

ÉTAT DE LA POPULATION MONDIALE 2000

Vivre ensemble,
dans des mondes
séparés



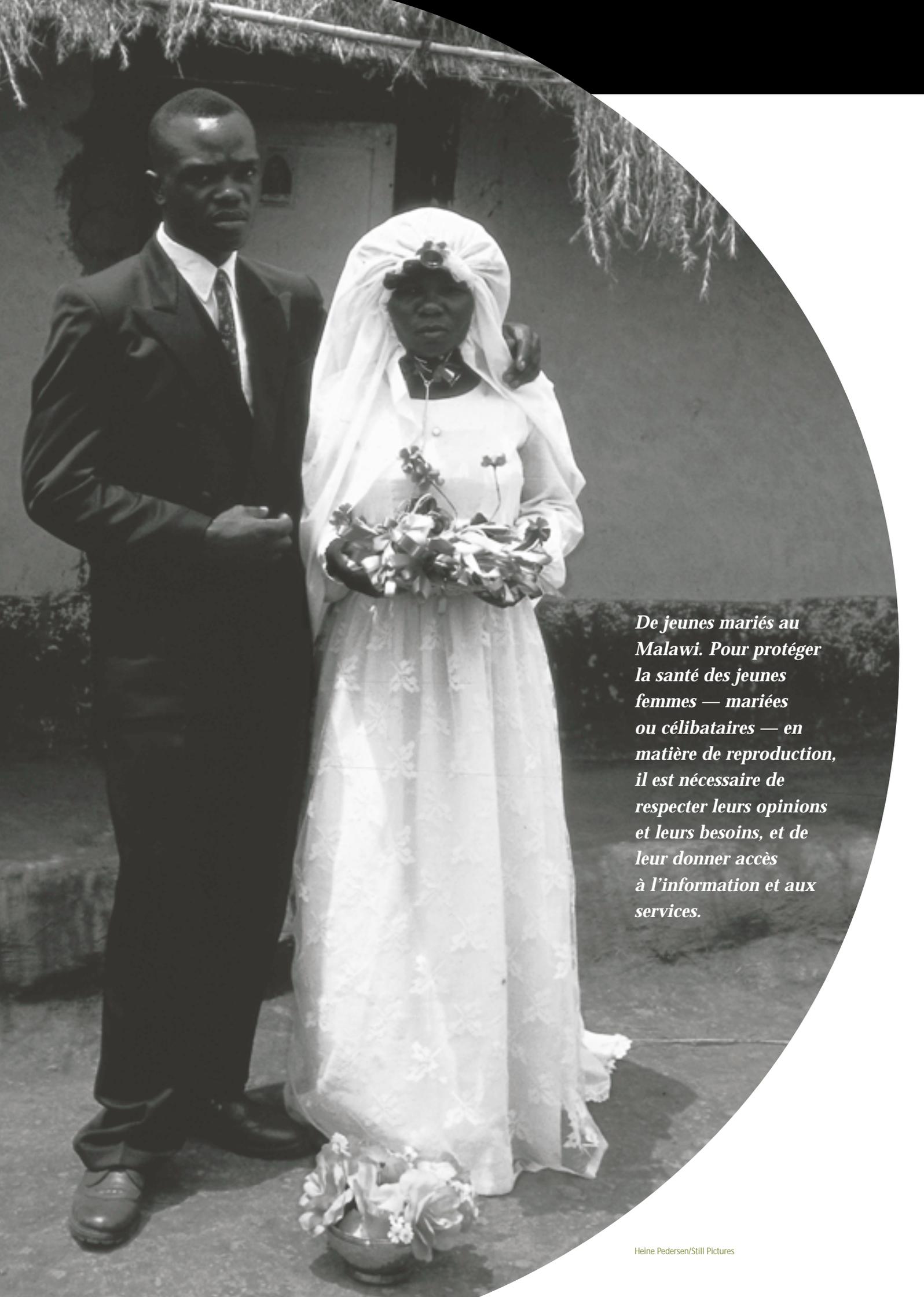
Shezad Noorani/Still Pictures

Hommes et Femmes
à une époque de
changements



Fonds des Nations Unies
pour la population

Dr. Nafis Sadik,
Directrice exécutive



De jeunes mariés au Malawi. Pour protéger la santé des jeunes femmes — mariées ou célibataires — en matière de reproduction, il est nécessaire de respecter leurs opinions et leurs besoins, et de leur donner accès à l'information et aux services.

Table des matières

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général	1
Introduction	1
Résumé	2
Sexe et santé	2
La violence à l'égard des femmes	5
Les hommes, les droits en matière de reproduction et l'égalité entre les sexes	5
Ce que coûte l'inégalité	5
S'efforcer de mettre fin à l'inégalité entre les sexes	7
Les mesures prises et les mesures à prendre	7

CHAPITRE 2

Sexe et santé	9
Composantes des soins de santé en matière de reproduction	11
La planification familiale	11
La maternité sans danger	11
L'avortement et les soins après avortement	13
Les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida	14
La mutilation génitale féminine	15
Questions relatives aux programmes de santé en matière de reproduction	16
Des problèmes de santé publique	16
Les restrictions imposées par la culture limitent le choix	16
Rôles professionnels et rôles sexospécifiques	17
Santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité et comportement des adolescents	17
Les programmes peuvent aider à changer les règles	19
Des politiques qui encouragent les partenariats	20
Besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction	20
Besoins des migrants et des réfugiés dans le domaine de la santé en matière de reproduction	21
Partenariats pour la planification familiale et la santé en matière de reproduction	22
Les réseaux	23
Les ONG nationales et les services de santé communautaires	23
Les ONG et la santé des adolescents en matière de reproduction	24

CHAPITRE 3

Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles : Une priorité dans le domaine des droits et de la santé	25
Impacts sur la santé en matière de reproduction	26
Traite des femmes et des fillettes	29
Crimes "d'honneur"	29
Action des ONG contre la violence sexiste	30

CHAPITRE 4

Les hommes, les droits en matière de reproduction et l'égalité entre les sexes	31
Les rôles des hommes et l'évolution des réalités	32

La violence	32
Inégalité entre les sexes et attentes culturelles	33
Appui des hommes à la santé en matière de reproduction et de sexualité	34
Des leçons de l'Inde	34
Autres activités d'ONG visant à faire participer les hommes	35
Un agenda commun	35

CHAPITRE 5

Ce que coûte l'inégalité entre les sexes	37
Les coûts de l'invisibilité économique	38
Les coûts liés au refus des soins de santé	38
Mortalité et morbidité maternelles	39
Le coût économique du VIH/sida	39
La violence sexiste	39
Les coûts psychologiques	40
L'éducation : les coûts de l'écart entre les sexes	40
Le microcrédit : investir dans les femmes	41
Démographie et sexe : coûts et perspectives	42
La prime démographique	42
L'impact du vieillissement	44
Comment mesurer les inégalités entre les sexes	44
Indices et autres indicateurs	45
Autres activités de suivi des progrès	46

CHAPITRE 6

Les droits de la femme sont des droits de la personne humaine	47
Traité relatifs aux droits de l'homme	47
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	48
Organes créés par les traités relatifs aux droits de l'homme : rapports et recommandations	48
Accords conclus par consensus aux conférences internationales	50
Conférence internationale sur la population et le développement	51
Examens après cinq ans	52

CHAPITRE 7

Ouvrer pour un avenir meilleur	53
Rôle des gouvernements	53
Soutien de la législation à l'égalité entre les sexes	53
Textes législatifs récemment adoptés	54
Conception des politiques et programmes	55
Les questions clés	55
Soutien du FNUAP à l'égalité entre les sexes	58
Soutien aux gouvernements	58
Santé des adolescents en matière de reproduction	58
Violence sexiste	58
Participation des hommes	58
Autres domaines d'assistance	59
Rôle des donateurs	60
Les tâches qui nous attendent	60

NOTES 61

SOURCES DES ENCADRÉS 66

ENCADRÉS

1. Discrimination et pauvreté vont main dans la main	2
2. La plupart des décès maternels pourraient être évités	4
3. Au-delà des 6 milliards.....	6
4. L'examen CIPD+5 et l'égalité des sexes	7
5. L'examen "Beijing+5" réaffirme l'attachement au Programme d'action de 1995	8
6. La discrimination contre les filles : une question de vie ou de mort	10
7. Indicateurs repères adoptés lors de l'examen CIPD+5	10
8. Le Honduras réduit la mortalité maternelle.....	12
9. Le tribut prélevé par l'avortement	13
10. Le sida est désormais le tueur Numéro Un en Afrique	14
11. Sri Lanka réussit à promouvoir la santé des femmes	16
12. L'activité sexuelle diffère chez les jeunes hommes et les jeunes femmes	18
13. Les normes régissant les relations entre les sexes peuvent faire obstacle à des rapports sexuels sans danger	19
14. La Fondation Gates aide à protéger les jeunes Africains contre le VIH/sida	20
15. Le FNUAP et les besoins de santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence	22
16. Utiliser les réseaux pour promouvoir la santé en matière de reproduction	24
17. En Suède, des meurtres donnent naissance à un débat sur la violence familiale	27
18. Au Pakistan, les agresseurs de femmes sont rarement punis	27
19. Selon un rapport, le trafic des femmes est rarement puni aux États-Unis	29
20. Deux crimes "d'honneur" en Jordanie	29
21. Des femmes ministres des affaires étrangères cherchent à mettre fin au trafic des êtres humains	30
22. Selon ONUSIDA, les hommes peuvent changer le cours de l'épidémie du sida.....	36
23. Le développement et les droits de la personne	38
24. Le travail des femmes est sous-rémunéré	38
25. Persistance de l'inégalité entre les sexes dans l'éducation	41
26. Les nouvelles technologies de l'information et l'émancipation des femmes.....	42

27. Les avantages du microcrédit ne sont pas seulement économiques	43
28. Le droit aux soins de santé en matière de reproduction	50
29. Le Programme d'action de la CIPD et l'égalité entre les sexes	51
30. Les femmes et la prise de décisions	54
31. Les femmes égyptiennes obtiennent des droits au divorce similaires à ceux des hommes	55
32. Le suivi et l'évaluation améliorent les programmes et encouragent à tenir compte des sexospécificités.....	56
33. En Inde, des réformes législatives contre le viol.....	57
34. En Afrique du Sud, lutte des professions juridiques et médicales contre le viol	57

DIAGRAMMES

1. Les besoins de planification familiale augmenteront à mesure que la population et la demande croissent	3
2. Pourcentage des naissances bénéficiant de la présence d'accoucheuses qualifiées, par sous-région	12
3. Fréquence des discussions entre mari et femme concernant la planification familiale	17
4. Pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans, par rapport au nombre total des naissances, par région/sous-région	18
5. Pourcentage des femmes adultes dénonçant une agression physique par un partenaire masculin.....	26
6. Taux bruts d'inscriptions dans l'enseignement secondaire, par sexe et par région	42
7. Pourcentage des hommes et des femmes (nés entre 1995 et 2000) appelés à atteindre l'âge de 80 ans, par région	43

TABLEAUX

1. La violence sexiste au long d'une vie de femme	28
2. Indicateurs de l'égalité entre les sexes	45

INDICATEURS

Suivi des objectifs CIPD — Indicateurs retenus	67
Indicateurs démographiques, sociaux et économiques.....	70
Indicateurs retenus pour les pays/territoires les moins peuplés	73
Notes relatives aux indicateurs	74
Notes techniques.....	74



Aperçu général

Introduction

L'inégalité des sexes freine l'épanouissement des individus, le développement des pays et l'évolution des sociétés, au détriment des hommes comme des femmes.

Les faits qui définissent l'inégalité entre les sexes — les limitations imposées aux choix, aux perspectives et à la participation des femmes — ont des conséquences directes et souvent pernicieuses pour la santé et l'éducation des femmes, ainsi que pour leur participation sociale et économique. Cependant, jusqu'à un passé récent, ces limitations ont été jugées sans importance ou inexistantes, acceptées ou ignorées. La réalité de la vie des femmes a été invisible aux hommes. Cette invisibilité persiste à tous les niveaux, de la famille à la nation. Bien qu'ils partagent le même espace, femmes et hommes vivent dans des mondes différents.

Les premiers pas ont été faits vers la fin de cette invisibilité. En 1979, en adoptant la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la communauté mondiale a décidé d'éliminer la discrimination sexuelle. La Convention, qui a la validité d'un texte de droit international, est désormais ratifiée par 165 des 188 États Membres de l'Organisation des Nations Unies.

Les soins de santé aux fillettes et aux femmes et leur éducation ont fait l'objet d'accords internationaux, notamment ceux conclus à une série de conférences mondiales sur les femmes à partir de 1975, à la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous de 1990 et à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994.

Un nombre rapidement croissant de pays ont adopté des politiques de population et de développement qui comprennent des mesures destinées à répondre aux besoins des fillettes et des femmes sur le plan des soins de santé et de l'éducation, y compris ceux de santé en matière de reproduction. L'éducation et la santé, y compris la santé en matière de reproduction, sont des droits fondamentaux. En répondant aux besoins éducatifs et sanitaires et en agissant dans le sens de l'égalité des sexes, on contribuera aussi à assurer l'équilibre de l'accroissement démographique et du développement économique.

La plupart des pays ont déjà adopté certaines mesures destinées à protéger la sécurité individuelle des femmes et leurs droits sur divers plans (mariage, propriété, succession, représentation politique et lieu de travail). Ces mesures sont en cours d'élargissement et leur application est de plus en plus imposée.

L'impact de l'émancipation des femmes sur les droits et les rôles des hommes fait l'objet d'un examen. Les efforts déployés pour situer les femmes dans l'axe majeur du développement font désormais ressortir le partenariat entre femmes et hommes.

Il ne faut pas confondre la "problématique hommes-femmes" avec les "problèmes propres aux femmes" : comprendre les sexes spécifiques, c'est comprendre les perspectives ouvertes, les contraintes et l'impact du changement alors qu'ils touchent aussi bien les femmes que les hommes. On comprend de plus en plus que le partenariat entre femmes et hommes est la base de familles solides et de sociétés viables dans un monde en transformation rapide.

PHOTO : Jeune Indienne au travail. L'éducation des filles n'est pas encouragée, ce qui limite leurs choix futurs.

UNICEF/0667/Vilas

Un partenariat égal constitue aussi l'objectif des organisations de femmes, qui grandissent rapidement en nombre et en force dans beaucoup de pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine. Les avantages de partenariats entre organisations officielles et groupes de femmes sont de mieux en mieux reconnus.

Pourtant, l'inégalité entre les sexes reste omniprésente. Question d'intérêt public, elle est aussi en relation avec le comportement privé et pour cette raison n'a pas encore fait l'objet d'un débat approfondi, surtout dans les pays où la vie familiale est organisée sur la base de la prédominance de l'homme. Ailleurs, même si des limitations pesant plus lourdement sur les femmes sont peut-être bannies ou condamnées, elles persistent sous des formes qui ont été rendues plus acceptables socialement.

Le rapport de cette année sur l'*État de la population mondiale* expose les raisons pour lesquelles il faut mettre en pleine lumière l'inégalité entre les sexes et la considérer comme un problème de haute urgence, qui retentit tant sur les droits de la personne que sur les priorités du développement. La discrimination sexuelle ne prendra pas fin avant que tous les yeux s'ouvrent sur ses contradictions inhérentes et que pays, communautés et familles prennent des mesures pour y mettre fin.

ENCADRÉ 1

Discrimination et pauvreté vont main dans la main

Selon la Banque mondiale, l'inégalité entre les sexes compromet le développement et les chances de réduire la pauvreté, tandis que la croissance économique et la hausse des revenus font reculer l'inégalité. Des études montrent que les sociétés où la discrimination est la plus marquée connaissent une pauvreté plus profonde, une croissance économique plus lente et une qualité de vie plus basse que les sociétés où elle l'est moins. C'est dans les pays les plus pauvres que les effets en sont les plus forts.

En veillant à ce que femmes et hommes jouissent des mêmes droits et aient un accès égal à l'éducation, aux emplois, à la propriété et au crédit, et en facilitant la participation des femmes à la vie publique, on réduit la mortalité infantile, on améliore la santé publique, on ralentit l'accroissement démographique et on renforce la croissance économique générale. Cela est vrai pour tous les pays, mais surtout les plus pauvres.

Le ratio de la scolarisation des filles par rapport à celle des garçons est le plus satisfaisant là où les revenus sont relativement élevés et l'égalité des sexes, assez affirmée. Les pays où la situation est inverse concernant soit les revenus, soit l'égalité des sexes ont des taux de scolarisation féminine plus faibles. L'éducation des filles est l'un des moyens les plus efficaces de promouvoir le développement.

A mesure que les revenus s'élèvent, les familles jadis pauvres dépensent davantage pour l'éducation, les soins de santé et la nutrition de leurs enfants; les filles en bénéficient généralement plus que les garçons. De même, un développement qui crée de nouvelles possibilités d'emploi bénéficie souvent plus aux femmes qu'aux hommes.

L'inégalité entre les sexes est aussi réduite par un développement économique qui améliore l'infrastructure dans les domaines de l'eau, de l'énergie et des transports. Cela permet aux femmes de passer moins de temps à chercher l'eau, amasser le combustible nécessaire à la cuisson des aliments et préparer les repas familiaux, leur en donnant ainsi plus pour gagner un revenu complémentaire et participer aux affaires de la communauté.

Par elle-même, la croissance économique n'éliminera pas les inégalités. Les sociétés qui promeuvent les droits de la femme et l'égalité des sexes en même temps que la croissance réussissent mieux à réduire les disparités entre les sexes que celles qui mettent l'accent sur la croissance seule.

Résumé

Des rapports de force moins inégaux entre hommes et femmes, s'ils se conjuguent avec un accès accru à des soins de santé en matière de reproduction qui soient de bonne qualité, sauveraient les vies de centaines de milliers de femmes, dont beaucoup parmi celles qui meurent de causes liées à la grossesse. Si les femmes avaient le pouvoir de prendre des décisions relatives à l'activité sexuelle et à ses conséquences, elles pourraient éviter chaque année une grande partie des 80 millions de grossesses non désirées, des 20 millions d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, des quelque 500 000 décès maternels (dont 78 000 résultent d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses) et des infections et lésions plusieurs fois plus nombreuses. Elles pourraient aussi éviter un grand nombre des 333 millions de nouvelles infections sexuellement transmissibles contractées chaque année. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables (Chapitre 2).

La violence contre les femmes prélève aussi un très lourd tribut sur leur santé, leur bien-être et leur participation sociale (Chapitre 3). Les hommes doivent se mobiliser eux-mêmes pour protéger la santé des femmes en matière de reproduction, par souci de leur intérêt propre, comme pour protéger leur famille (Chapitre 4).

L'égalité des femmes et des hommes est inséparable du développement (Chapitre 5). C'est aussi un droit de la personne (Chapitre 6). Les gouvernements doivent prendre des décisions fondamentales. Les pays donateurs ont accepté de soutenir ces priorités, mais les donateurs n'ont pas versé dans les années 90 même la moitié des montants convenus dans le domaine de la population et de la santé en matière de reproduction (Chapitre 7).

Sexe et santé (Chapitre 2)

Les services de santé en matière de reproduction, s'ils sont de bonne qualité, permettent aux femmes d'équilibrer des grossesses sans danger avec d'autres aspects de leur vie. La Conférence internationale sur la population et le développement et l'examen "CIPD+5", conduit cinq ans plus tard par l'ONU, ont reconnu la relation étroite qui existe entre l'identité sexuelle et la santé en matière de reproduction. Les programmes qui tiennent compte des sexospécificités écoutent les clients et les font participer à la conception des programmes et des services.

Composantes de la santé en matière de reproduction

On estime à environ un tiers — soit à peu près 80 millions par an — le nombre des grossesses non désirées ou dont le moment est inopportun. Le nombre des usagers des services de **planification familiale** dans les pays en développement — en supposant que ces services sont fournis — devrait augmenter de plus de 40 % d'ici 2015, passant à 742 millions contre 525 millions en 2000. Pour un peu plus de la moitié, l'augmentation sera due au nombre croissant des femmes d'âge procréateur (15-49 ans) dans ces mêmes pays : ce groupe augmentera de plus d'un cinquième durant les 15 prochaines années, passant à 1,55 milliard. Le reste de l'augmentation du nombre des utilisateurs résultera d'une demande accrue, car leur proportion s'élève dans l'ensemble de la population.



Les programmes de planification familiale qui connaissent le succès ont en commun plusieurs traits¹ :

- Le gouvernement prête un appui résolu;
- Les prestataires sont bien formés, sensibles au climat culturel, attentifs aux besoins des clients, amicaux et sympathiques;
- Les services sont de prix abordable et diverses méthodes contraceptives sont offertes;
- La délivrance de conseils garantit un consentement informé;
- Le respect de la vie privée et la confidentialité sont garantis;
- Les installations sont confortables et propres;
- Le service est prompt.

L'accès universel aux soins de santé en matière de reproduction et de sexualité est un objectif fondamental du Programme d'action de la CIPD. Depuis la CIPD, de nombreux pays ont élargi les services au-delà de la planification familiale et répondu aux besoins plus généraux des deux sexes sur le plan de la santé en matière de reproduction.

Une femme meurt chaque minute de **causes liées à la grossesse**. La mortalité maternelle est évitable par les moyens suivants :

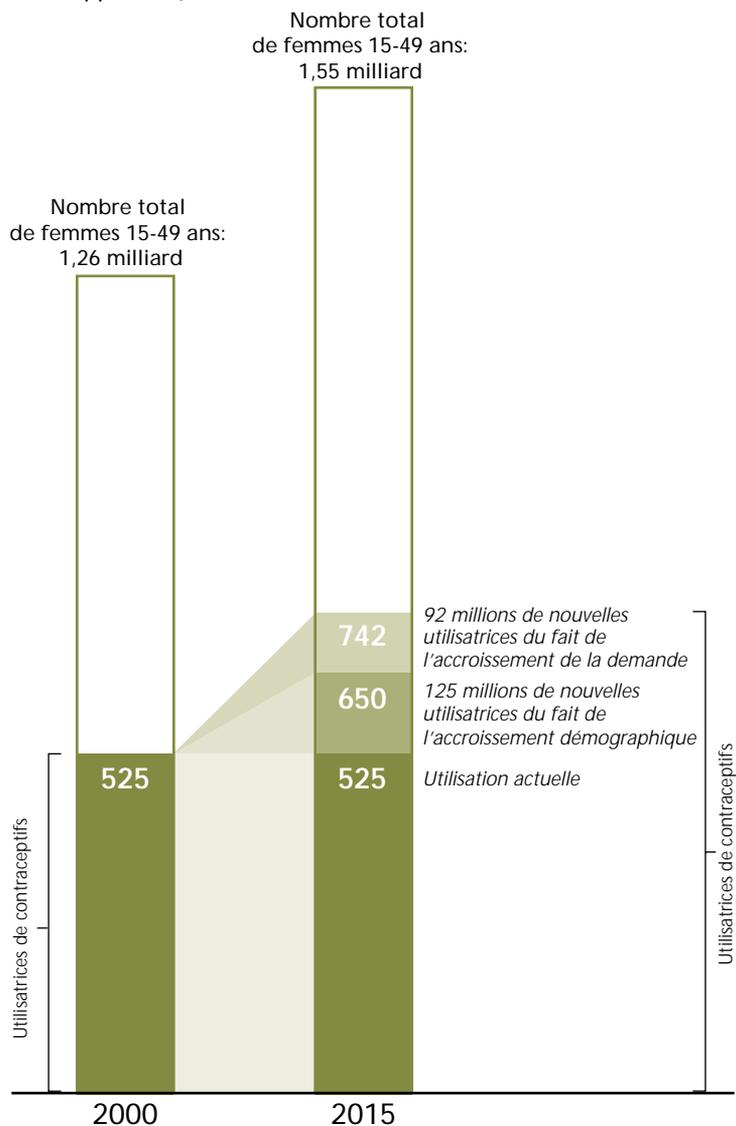
- Aider les femmes à éviter les grossesses non désirées;
- Garantir la présence d'accoucheuses qualifiées à chaque naissance;
- Dispenser des soins obstétricaux d'urgence;
- Dispenser des soins postnatals : 61 % des décès maternels surviennent après l'accouchement;
- Dispenser des soins après avortement efficaces : 78 000 décès maternels sont la conséquence d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, dont 95 % se situent dans les pays en développement.

Les deux cinquièmes environ du chiffre estimatif de 50 millions d'**avortements** pratiqués chaque année le sont dans des conditions dangereuses; 78 000 femmes en meurent et des millions souffrent de lésions ou de maladies. Un élargissement de l'accès à la planification familiale préviendrait beaucoup de grossesses non désirées et d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Dans de nombreux pays à faible revenu, des soins efficaces après avortement réduiraient la mortalité maternelle de non moins d'un cinquième.

Les **maladies sexuellement transmissibles (MST)** touchent cinq fois plus de femmes que d'hommes. On évalue à 333 millions le nombre annuel de nouveaux cas. Ces maladies causent la stérilité, des complications de la grossesse, des maladies puerpérales et le cancer du col de l'utérus.

Diagramme 1 : Les besoins de planification familiale augmenteront à mesure que la population et la demande croissent

Augmentation prévue des utilisatrices de contraceptifs, 2000-2015 (Millions de femmes âgées de 15 à 49 ans, dans les pays en développement)



Sources: Division de la population (ONU), *World Population Prospects: The 1998 Revision*; et projet de rapport du FNUAP.

Le **virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/sida)** est aujourd'hui la première cause de décès en Afrique et la quatrième au niveau mondial. À la fin de 1999, 34,3 millions d'hommes, de femmes et d'enfants étaient atteints du VIH ou du sida, dont 5,4 millions avaient été récemment infectés, et 18,8 millions étaient déjà morts de la maladie. Plus de 95 % des séropositifs vivent dans le monde en développement.

Les femmes sont plus vulnérables à l'infection que les hommes et sont infectées à un rythme plus rapide. En Afrique, le nombre de femmes séropositives dépasse de 2 millions celui des hommes infectés. Il est reconnu dans l'examen CIPD+5 que les femmes ont besoin d'informations, d'éducation, de savoir-faire, de services et de l'appui de la société pour se rendre moins vulnérables. Partout où cela est possible, les préservatifs masculins et féminins et les médicaments antirétroviraux

ENCADRÉ 2

La plupart des décès maternels pourraient être évités

Dans la plupart des pays en développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause majeure de décès et d'incapacité permanente chez les femmes âgées de 15 à 49 ans.

De toutes les statistiques sanitaires suivies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la mortalité maternelle est celle où l'écart le plus considérable s'observe entre pays développés et pays en développement : les femmes des pays en développement sont environ 30 fois plus exposées à mourir de causes liées à la grossesse que celles des pays développés.

Chaque jour, près de 1 400 femmes — une par minute — meurent des complications de la grossesse et de l'avortement, et plus de 99 % de ces décès se situent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Chaque année, plus de 50 millions de complications de la grossesse débouchent sur une maladie de longue durée ou une incapacité permanente.

Dans les pays en développement, 53 % seulement des accouchements se font en présence de personnel qualifié — médecins, infirmières ou sages-femmes. De meilleurs soins lors de l'accouchement et un plus large accès aux soins, qui coûtent environ 3 dollars par personne et par an, réduiraient sensiblement la mortalité maternelle. À Oran (Algérie), quand la gratuité des hôpitaux publics fut instaurée dans les années 70, le taux de mortalité maternelle est tombé de 42 % et le nombre des accouchements à domicile a très sensiblement baissé.

Une maternité sans danger suppose des soins de santé adéquats. Une étude a établi qu'aux États-Unis, parmi les membres d'un groupe religieux qui refusait tout soin médical, le ratio de mortalité maternelle était de 870 pour 100 000 naissances vivantes, c'est-à-dire aussi élevé que dans les pays les plus pauvres, bien que les membres de ce groupe aient eu des revenus comparables à ceux de leurs voisins.

Les maladies chroniques et la malnutrition laissent beaucoup de femmes incapables de faire face aux épreuves physiques de la grossesse. L'anémie, qui résulte souvent d'une mauvaise nutrition, touche 40 à 60 % des femmes enceintes dans les pays en développement, Chine non comprise, soit un pourcentage plus de deux fois supérieur à celui des pays développés. L'âge de la femme et le nombre des accouchements antérieurs influent aussi sur le risque qu'elle court.

On sauve des vies en évitant les grossesses non désirées. Durant une étude menée au Bangladesh de 1977 à 1985, des services intensifs de planification familiale, y compris les visites à domicile, ont été assurés dans quelques villages et le pourcentage des femmes y faisant usage de la contraception est passé de 8 à 40 %. De ce fait, le taux de mortalité maternelle est tombé à moins de la moitié de celui des autres villages du même district — alors même que le risque de mourir des suites de grossesse n'avait pas changé.

devraient être plus accessibles. Il est nécessaire d'informer et de conseiller concernant la sexualité, les rôles sexesociaux et les déséquilibres du rapport de force entre les sexes, la violence sexiste et d'autres problèmes. La planification familiale et les services relatifs aux MST et au VIH/sida doivent être intégrés aux services de santé en matière de reproduction.

En général, les femmes sont infectées à un beaucoup plus jeune âge que les hommes. Dans plusieurs pays africains, les filles séropositives dans le groupe d'âge 15-19 ans sont cinq ou six fois plus nombreuses que les garçons du même âge dans ce cas. Il est donc clair que des hommes plus âgés infectent les adolescentes. Une éducation sexuelle de bonne qualité aide les adolescents à retarder le moment de devenir sexuellement actifs et à recourir davantage à des pratiques sexuelles sans danger.

Dans le monde entier, environ 130 millions de fillettes et de jeunes femmes ont subi la **mutilation génitale féminine (MGF)**. Cette mutilation est extrê-

mement douloureuse et peut causer une grave infection, un état de choc, voire la mort. Celles qui y survivent ont des rapports sexuels douloureux et peuvent courir un plus grand risque durant et après l'accouchement. La MGF peut être la cause d'infections répétées et entraîner la stérilité.

Les préjugés d'ordre sexuel peuvent aussi conduire à divers types de **limitations des soins** — par exemple, faire réserver aux docteurs certaines procédures, ou offrir dans les dispensaires publics les soins de santé maternelle et infantile exclusivement, de sorte que les femmes et les hommes sans enfants ou célibataires ne se sentent pas à l'aise s'ils vont y demander des services de santé en matière de reproduction.

Les services de santé en matière de reproduction reconnaissent de plus en plus que cette forme de santé concerne les hommes aussi bien que les femmes, compte tenu de l'effet que la santé des femmes en ce domaine a sur les hommes, et aussi du soutien que les hommes doivent ici apporter à leurs partenaires.

Santé des jeunes en matière de reproduction

Jeunes hommes et jeunes femmes affrontent dans leur environnement des pressions et attentes différentes qui peuvent aller à l'encontre d'un comportement sexuel responsable. Former des jeunes à faire fonction d'éducateurs de leurs compagnons d'âge encourage la discussion et un comportement responsable. Parfois, il suffit d'appeler l'attention sur le fait que des normes différentes sont appliquées à chaque sexe pour conduire à des améliorations.

Cependant, de nombreuses fillettes et garçons sont contraints d'avoir des rapports sexuels précoces et dangereux pour diverses raisons (sérvices sexuels, mariage d'enfants ou pauvreté). D'autre part, les adultes empêchent les jeunes d'agir de manière responsable en limitant leur accès à l'information et aux services de santé. Les parents peuvent apprendre à informer et conseiller leurs enfants. Bien d'autres adultes, à l'intérieur comme en dehors de la famille, peuvent aussi jouer un rôle, notamment les dirigeants politiques et religieux, qui exercent une énorme influence sur l'évolution des attitudes sociales.

Besoins des hommes sur le plan de la santé en matière de reproduction

Les hommes peuvent contracter des infections sexuellement transmissibles et ont d'autres problèmes de santé en matière de reproduction, tels que l'impuissance et la stérilité. Les hommes aussi veulent espacer la naissance de leurs enfants; dans certains pays en développement, d'un quart à deux tiers des hommes disent qu'ils ne veulent plus d'enfants, mais ni eux-mêmes ni leurs épouses ne recourent à la contraception.

Les services de santé en matière de reproduction destinés aux hommes sont axés sur le traitement des MST et la lutte contre celles-ci. Ces dernières années, les méthodes contraceptives dont le contrôle incombe aux hommes ont été moins utilisées qu'auparavant par rapport aux autres. Les hommes célibataires ne disposent encore que d'informations limitées concernant la manière d'éviter les grossesses et de prévenir les infections. Des programmes bien conçus peuvent accroître l'intérêt des hommes pour la contraception et les persuader d'y recourir davantage.



Migrants et réfugiés

Les migrants et réfugiés ont des besoins spéciaux sur le plan de la santé en matière de reproduction. Le FNUAP a fourni une aide d'urgence en temps utile dans un certain nombre de pays en développement.

Partenariats pour la santé en matière de reproduction

Les organisations non gouvernementales (ONG) ont aidé à introduire des changements d'orientation majeurs dans les programmes de population et développement et ont placé les questions liées aux sexospécificités au centre de ces programmes. Les ONG oeuvrent pour l'égalité des sexes et s'occupent de conduire des activités de plaidoyer et de formuler des politiques portant sur des sujets aussi délicats que les grossesses non désirées, les MST et le VIH/sida, et la santé des adolescents en matière de reproduction, entre autres.

L'action des ONG concernant la violence contre les femmes est l'une des contributions les plus importantes à l'élimination des mauvais traitements sexistes. Les ONG nationales promeuvent la santé en matière de reproduction et le bien-être des femmes en dispensant des soins de santé et des services sociaux et en participant activement aux réformes du secteur sanitaire.

L'une des grandes forces des ONG réside dans leur aptitude à former des partenariats et des alliances entre elles-mêmes et avec les gouvernements. Les réseaux internationaux confèrent une validité aux groupes nationaux, qu'ils renforcent, et élèvent le profil des ONG dans le débat international.

Les partenariats entre société civile et gouvernement peuvent être extrêmement productifs. Au Bangladesh, par exemple, 25 % des activités de santé en matière de reproduction sont exécutées par des ONG. Il importe particulièrement de mettre en place des partenariats efficaces là où les investissements du secteur public sont le plus limités.

La violence à l'égard des femmes (Chapitre 3)

Dans le monde entier, indépendamment du revenu, de la classe sociale et de la culture, fillettes et femmes sont soumises à des mauvais traitements physiques, sexuels et psychologiques. La violence contre les femmes prend les formes suivantes : viol, mutilation génitale et agression sexuelle; grossesse, stérilisation ou avortement forcés; utilisation ou non-utilisation forcées de contraceptifs; crimes "d'honneur" ; traite des femmes; et violences liées à la dot.

Au niveau planétaire, une femme sur trois au moins a été battue, contrainte à avoir des rapports sexuels ou maltraitée de quelque autre manière — le plus souvent par quelqu'un de sa connaissance, même son mari ou un autre membre masculin de la famille. Jusqu'à la moitié des femmes adultes ont été battues ou atteintes de quelque manière dans leur être physique par un partenaire à un certain moment de leur vie; une femme sur quatre a été maltraitée durant une grossesse.

Chaque année, le viol et la violence familiale coûtent aux femmes, dans le monde entier, l'équivalent de millions d'années de vie en bonne santé. La violence physique s'accompagne presque toujours de cruauté mentale, qui peut être non moins avilissante et dégradante.

De nombreuses cultures excusent ou du moins tolèrent un certain degré de violence contre les femmes. Même les femmes estiment qu'un certain degré de violence physique est justifié dans certaines conditions. Non moins de 5 000 femmes et filles sont victimes chaque année des prétendus crimes "d'honneur", souvent pour le "deshonneur" d'avoir été violée.

Les conséquences de la violence sur le plan de la santé en matière de reproduction sont les suivantes : grossesses non désirées, complications de la grossesse, avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et infections sexuellement transmissibles.

On évalue à 4 millions par an, dans le monde entier, le nombre de femmes et de fillettes achetées et vendues à un mari, un proxénète ou un marchand d'esclaves. Bien que ce trafic soit pratiqué principalement en Asie, les femmes d'Europe de l'Est y sont de plus en plus exposées.

Reconnaissant le recours croissant à la violence contre les femmes par des belligérants qui en font une arme, une conférence de la Cour pénale internationale tenue en 1998 a ajouté à sa définition des crimes de guerre un statut relatif à la justice contre les auteurs de crimes sexuels, aux termes duquel le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée et d'autres formes de violence sexuelle constituent de "graves violations" des Conventions de Genève contre les crimes de guerre².

Les hommes, les droits en matière de reproduction et l'égalité entre les sexes (Chapitre 4)

Les considérations d'ordre sexospécifique concernent les hommes comme les femmes; aussi, comprendre leur identité sexuelle, c'est comprendre les perspectives et les contraintes qui sont propres aux femmes et aux hommes. Les définitions des rôles sexosociaux sont souvent rigoureusement stéréotypées et correspondent de moins en moins aux changements externes. Ces attentes hors de l'ordinaire sont à l'origine de la persistance de l'inégalité entre les sexes.

Les hommes commencent à s'intéresser à la santé des femmes en matière de reproduction quand ils sont mieux informés de la manière dont ils peuvent aider à assurer une grossesse et un accouchement sans danger. Des opinions partagées sur le mariage et le type de comportement approprié améliorent la santé des deux partenaires en matière de reproduction.

Ce que coûte l'inégalité (Chapitre 5)

L'émancipation des femmes et leur égalité avec les hommes constituent en elles-mêmes d'importants objectifs en matière de droits de la personne, mais elles font aussi partie intégrante du développement. Ce n'est pas seulement un problème d'économie : pour citer les paroles de la Directrice exécutive du FNUAP, le docteur Nafis Sadik, "une meilleure santé et une meilleure éducation, ainsi que la liberté de planifier l'avenir de leur famille, élargiront les choix économiques des femmes, mais aussi libéreront leur esprit et élèveront leur moral".

De nombreuses cultures excusent ou du moins tolèrent un certain degré de violence contre les femmes.

Une grande partie du travail des femmes, rémunéré ou non rémunéré, a un impact économique, bien qu'il arrive rarement que leur contribution soit remarquée ou intégralement quantifiée. Si elle était reconnue pour ce qu'elle est réellement et recevait un appui correspondant à sa valeur, celle-ci serait encore plus grande. En donnant aux exploitantes agricoles du Kenya le même appui qu'aux exploitants, par exemple, on augmenterait le rendement de leurs terres de plus de 20 %; en élevant les rémunérations des femmes au niveau de celles des hommes, en Amérique latine, on augmenterait de 5 % la production nationale des pays intéressés.

L'un des secrets du développement durable consistera à reconnaître les coûts de la discrimination sexuelle et les avantages de l'égalité, rendant ainsi les uns et les autres visibles aux décideurs et aux familles, et à se mettre d'accord sur les mesures à prendre.

Soins de santé et éducation

L'absence de soins de santé est préjudiciable à l'économie aussi bien qu'aux individus. Non moins de 30 % de la croissance économique peuvent être imputés à un meilleur état sanitaire et nutritionnel. D'autre part, l'espérance de vie est plus courte dans les pays pauvres et parmi les groupes de population pauvres. Les compressions des services de santé, comme celles imposées après la crise financière de l'Asie, affectent plus durement les pauvres, et les

femmes pauvres en particulier, qui sont les principaux usagers des services publics. Là où la réduction du financement a conduit à imposer des redevances, il a fallu allonger la durée des convalescences et la proportion des actifs dans l'ensemble de la population a diminué. Les femmes pauvres étaient parmi les plus durement touchées.

L'accès limité des pauvres aux soins de santé a un impact relativement plus grand sur les femmes que sur les hommes. En particulier, les femmes pauvres sont plus exposées à mourir des suites de la grossesse. Le décès d'une mère est plus qu'une tragédie personnelle : il faut compter parmi ses coûts économiques et sociaux l'impact sur la santé et l'éducation des enfants, ainsi que sur l'aptitude du père à maintenir l'unité de la famille.

De même que le décès et incapacité permanente des mères, le VIH/sida a un coût économique et social fort élevé, en partie du fait que les décès frappent essentiellement des jeunes et des adultes dans la force de l'âge, quand les responsabilités familiales sont les plus lourdes et la capacité de gain la plus grande. Pour une part en raison de l'inégalité entre les sexes, les femmes sont maintenant plus exposées que les hommes à l'infection par le VIH. Les coûts économiques du VIH/sida peuvent représenter une perte de 0,5 point de pourcentage dans la croissance annuelle du produit intérieur brut (PIB), fardeau considérable dans les pays où la croissance est déjà lente.

La violence sexiste comporte aussi des coûts, qui vont de celui des soins aux victimes de lésions à celui de la dissolution de la famille; les coûts indirects comprennent les perspectives d'avenir ainsi fermées aux femmes et à leurs enfants. L'inégalité a aussi des coûts psychologiques, notamment du fait d'une moindre confiance en soi et d'un état dépressif chez les femmes, et de la frustration des hommes qui entretiennent des espoirs irréalistes.

Des études ont montré à maintes reprises que l'éducation des fillettes et des femmes a pour effet de relever tous les indices du développement. Refuser l'éducation aux femmes a ralenti le développement économique et social. Les deux tiers environ des 300 millions d'enfants qui n'ont pas accès à l'éducation sont des filles et les deux tiers des quelque 880 millions d'adultes analphabètes sont des femmes.

D'autre part, la rentabilité économique de l'investissement fait dans l'éducation des femmes est plus élevée que pour les hommes. Les différences entre les taux de fécondité selon les régions sont en corrélation étroite avec les différences entre les niveaux de la santé publique et ceux de l'éducation des femmes. Une récente étude a attribué aux progrès réalisés dans le niveau d'éducation des femmes un tiers de l'accroissement de l'espérance de vie masculine et féminine entre 1960 et 1990.

Tendances démographiques

Les programmes de planification familiale et de santé en matière de reproduction améliorent en général la santé des femmes. Ils tendent à abaisser le taux total de fécondité et à ralentir la croissance démographique. Le vieillissement des populations aura aussi des conséquences économiques et sociales; la vieillesse pose des problèmes différents aux deux sexes. Les facteurs sexospécifiques influent nettement sur ces tendances et exigent une attention neuve des responsables.

ENCADRÉ 3

Au-delà des 6 milliards

Au milieu de l'année 2000, la population mondiale était de 6,06 milliards et elle augmente de 75 millions d'individus par an. Cette croissance se situe, à plus de 95 %, dans les pays en développement. Le chiffre futur et le taux de croissance de la population mondiale dépendent des mesures prises pour mettre fin à la discrimination fondée sur le sexe. L'expérience faite dans les pays en développement au cours des 30 dernières années a montré que, si l'on offre aux femmes un éventail complet de choix, elles ont des enfants moins nombreux, mais en meilleure santé et mieux éduqués que leurs mères n'en ont eu. S'il y avait un accès universel à la planification familiale et si les femmes pouvaient n'avoir que le nombre d'enfants qu'elles désirent, le taux total de fécondité diminuerait d'un tiers dans de nombreux pays.

Les taux de croissance souhaitables relèvent du débat public et de la politique nationale; les taux réels dépendent de décisions privées. Depuis 1968, les pays ont convenu que les couples et les individus ont le droit de choisir le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance, ainsi que de disposer des moyens et de l'information nécessaires à cette fin. La CIPD a réaffirmé ce point et souligné que la politique de la population, y compris les incitations et désincitations à avoir des enfants, doit respecter ce droit fondamental.

De nombreux pays sont presque tombés au taux de remplacement, c'est-à-dire celui où les parents n'ont que le nombre d'enfants nécessaire pour les remplacer dans la population, ou sont tombés en dessous de ce taux. Mais beaucoup des pays les plus pauvres, où les inégalités entre les sexes sont souvent aussi les plus prononcées, connaissent le problème d'une fécondité élevée. En travaillant à instaurer l'égalité entre les sexes, avec une stricte attention aux besoins de santé et d'éducation — y compris la planification familiale entendue comme un aspect de la santé en matière de reproduction — on promouvra les droits de la personne et, en même temps, on dégagera la contribution potentielle des femmes au développement. Les femmes qui tiennent leur propre destin entre leurs mains aident à modeler l'avenir de leur pays.



ENCADRÉ 4

L'examen CIPD+5 et l'égalité des sexes

La Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 a fait de l'égalité des sexes et de l'émancipation des femmes les objectifs centraux du Programme d'action, étalé sur 20 ans, qui vise à répondre aux besoins individuels et à aider les pays à réaliser un développement durable.

L'année dernière, un examen du chemin parcouru dans les cinq années écoulées depuis la Conférence (CIPD+5) a permis d'évaluer les progrès vers les objectifs convenus, identifier les obstacles et fixer de nouveaux repères.

L'examen CIPD+5 a recommandé notamment les mesures clefs ci-après dans le domaine de l'égalité des sexes :

- Établir des mécanismes de nature à promouvoir une représentation égale des femmes à tous les niveaux du processus politique et de la vie publique;
- Promouvoir les droits des adolescents, y compris les adolescentes mariées, à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction;
- Assurer l'accès de toutes les femmes, tout au long du cycle de vie, à des soins de santé appropriés, abordables et de qualité;
- Répondre aux besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité sans porter atteinte aux services destinés aux femmes dans le même domaine;
- Éliminer les inégalités entre les sexes sur le marché du travail, instituer des lois assurant une rémunération égale pour un travail égal ou pour un travail de valeur égale et les faire respecter;
- Suivre l'impact différent sur les femmes et les hommes de la mondialisation économique et de la privatisation des services sociaux de base, en particulier des services de santé en matière de reproduction;
- Encourager une totale absence de tolérance pour les attitudes nuisibles, telles que la préférence pour les fils, qui peut déboucher sur une sélection prénatale fondée sur le sexe, la discrimination et la violence à l'égard des filles, et pour toutes les formes de violence à l'égard des femmes, à savoir notamment la mutilation génitale féminine, le viol, l'inceste, la traite, la violence et l'exploitation sexuelles;
- Promouvoir l'accès des filles à la santé, à la nutrition, à l'éducation et aux perspectives d'avenir;
- Soutenir le rôle des parents s'agissant de renforcer l'image des filles à leurs propres yeux, leur confiance en soi et leur statut social;
- Promouvoir des rôles modèles masculins positifs afin que les garçons deviennent des adultes qui respectent la santé et les droits des femmes en matière de reproduction.

Les avantages économiques de la baisse de la fécondité comprennent une "prime démographique", qui s'offre au moment où la population active augmente par rapport au nombre des personnes à charge. En améliorant l'éducation des filles et en couvrant leurs besoins de santé spéciaux, on aidera à tirer le meilleur parti possible de cette prime démographique.

Comment mesurer le préjugé sexiste

Plusieurs mesures composites servent à évaluer le préjugé sexiste. Les écarts sont considérables et, pour beaucoup de pays, les indicateurs divergent quant aux domaines qui appellent le plus d'attention; mais tous s'accordent dans une large mesure sur la position relative des pays et des localités.

S'efforcer de mettre fin à l'inégalité entre les sexes (Chapitre 6)

L'égalité est un droit de la personne

L'égalité des femmes et des hommes a été admise en tant que principe fondamental des droits de la personne depuis l'adoption de la Charte des Nations Unies, en 1945. Plusieurs accords consignés dans des traités internationaux, comme la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, obligent les États signataires à prendre des mesures contre les pratiques discriminatoires.

En tant qu'expression de la conscience du monde, les décisions de conférences internationales fondées

sur le consensus sont de puissants outils de promotion du droit à l'égalité. La CIPD (1994) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995), ainsi que les examens menés après cinq ans concernant ces deux conférences, ont défini d'un commun accord les objectifs spécifiques qui tendent à sa réalisation.

Les mesures prises et les mesures à prendre (Chapitre 7)

Les gouvernements doivent prendre les décisions fondamentales d'aller de l'avant en matière d'égalité entre les sexes. Les changements à introduire dans le droit national relèvent de la décision du pouvoir souverain; d'autre part, dans de nombreux pays en développement, la société civile est assez exiguë et privée de moyens d'action. Par ailleurs, les gouvernements offrent de nombreux emplois, et leurs règles et pratiques exercent une puissante influence sur l'évolution de la société. Les gouvernements sont les principaux fournisseurs de services tels que la santé et l'éducation, et la politique suivie dans ces domaines déterminera le rythme du changement.

Les parlementaires sont les intermédiaires entre la population et le gouvernement, bien que les organisations non gouvernementales jouent un rôle croissant dans la définition et la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes. Souvent, ce sont les parlementaires qui font connaître au gouvernement les réactions du public à une politique donnée, ainsi que l'évolution des besoins et des pratiques.

ENCADRÉ 5

L'examen "Beijing+5" réaffirme l'attachement au Programme d'action de 1995

A la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale, "Les femmes en l'an 2000 : Egalité entre les sexes, développement et paix pour le XXI^e siècle" (ou, simplement, "Beijing+5"), tenue à New York du 5 au 10 juin, les gouvernements ont réaffirmé leur attachement aux objectifs de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue en 1995.

Les représentants ont constaté que de nets progrès avaient été accomplis dans la mise en oeuvre de l'accord de 1995, mais que d'importants obstacles subsistaient. Ils ont adopté une Déclaration politique et un accord sur les "Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement".

Bien que les dimensions sexospécifiques de la pauvreté soient de plus en plus reconnues, la session extraordinaire a constaté que l'inégalité économique entre hommes et femmes s'élargissait. Si la mondialisation a apporté à certaines femmes des perspectives et une autonomie économiques accrues, elle a marginalisé davantage d'autres femmes.

Au nombre des conclusions et recommandations de grande importance, il convient de mentionner les suivantes :

- Des mesures s'imposent pour accroître la participation des femmes à la prise de décisions en matière de politique économique, aux activités de développement, à la prévention et à la résolution des conflits; et pour encourager l'entrée des femmes dans la sphère politique;
- L'alphabétisation des adultes doit progresser de 50 % d'ici 2015, et l'enseignement primaire gratuit et obligatoire doit être assuré tant pour les filles que pour les garçons; les programmes doivent aborder le problème des stéréotypes sexospécifiques, envisagés comme une cause de ségrégation dans la vie professionnelle;
- Il est nécessaire d'adopter une législation plus stricte contre toutes les formes de violence familiale, y compris le viol conjugal et les sévices sexuels; la violence à l'égard des femmes et des filles est une violation des droits fondamentaux;
- Il est nécessaire d'adopter des lois et d'instituer des politiques et des programmes d'enseignement de nature à éliminer les pratiques traditionnelles nuisibles, y compris la mutilation génitale féminine, le mariage précoce ou forcé et les crimes "d'honneur"; et d'éliminer l'exploitation sexuelle à des fins commerciales, le trafic des femmes et des enfants, l'infanticide des filles, les crimes inspirés par une motivation raciale et les violences liées à la dot;
- Au cours des dernières années, une attention croissante a été portée à la santé en matière de reproduction et de sexualité et aux droits des femmes en matière de reproduction; les gouvernements doivent mettre en oeuvre l'accord atteint à la session extraordinaire consacrée en 1999 à "CIPD+5", y compris les repères définis dans cet accord (Encadré 7);
- La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles est une priorité : les femmes doivent avoir facilement accès aux soins obstétricaux, post-partum et maternels essentiels, ainsi qu'à un service efficace d'aiguillage et de transport vers les établissements dispensant des soins plus spécialisés, en cas de besoin;
- Au nombre des autres priorités sanitaires figurent la prévention des grossesses non désirées, la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du sein, du col de l'utérus et de l'ovaire, de l'ostéoporose et des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida;
- Les recommandations du Programme d'action aux termes desquelles les gouvernements doivent traiter l'impact sanitaire de l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, qui constitue un problème majeur de santé publique, et réduire le recours à l'avortement grâce à des services de planification familiale élargis et améliorés n'ont pas été pleinement appliqués;
- Les adolescents continuent à manquer de l'éducation et des services nécessaires pour leur permettre de faire face à leur sexualité de manière positive et responsable et doivent recevoir l'éducation, l'information et des services appropriés, spécifiques, accueillants à l'usager et accessibles, sans aucune discrimination, qui répondent efficacement à leurs besoins de santé en matière de reproduction et de sexualité;
- Des programmes sont nécessaires pour persuader et mettre en mesure les hommes d'adopter un comportement sans danger et responsable en matière de reproduction et de sexualité, et d'utiliser efficacement des méthodes propres à prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida;
- Femmes et hommes doivent avoir un accès égal et universel, tout au long de leur vie, aux services sociaux liés aux soins de santé, y compris l'éducation, l'eau salubre et l'assainissement, la nutrition, la sécurité alimentaire et des programmes d'éducation sanitaire.

Un changement dans la société ne peut être introduit simplement par voie législative. Il doit être encouragé par les dirigeants et par l'exemple. Il peut aussi l'être par une campagne internationale visant à faire appliquer les accords atteints dans des instruments légalement contraignants, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et le consensus moralement contraignant de débats internationaux comme la CIPD. Des initiatives majeures, telle que la campagne mondiale pour l'éducation des filles, ont été lancées afin de réactiver le débat et de mobiliser l'appui promis.

Les pays donateurs sont invités à soutenir ces priorités et se sont engagés à le faire. Mais, dans les années 90, les donateurs n'ont pas même versé la moitié des montants convenus dans le domaine de la population et de la santé en matière de reproduction; l'aide de la communauté internationale à l'émancipation des femmes et à l'éducation est aussi terriblement insuffisante. Le montant des fonds destinés à aider les pays à faire progresser l'égalité entre les sexes n'est pas à la mesure des besoins, ce qui nuit aux intérêts des femmes et des hommes, comme aussi de leurs pays, et à l'avenir collectif de l'humanité.



Sexe et santé

L'inégalité entre les sexes et la discrimination sexuelle causent un dommage direct et indirect à la santé des fillettes et des femmes tout au long du cycle de vie; et le fait que leurs besoins sanitaires soient négligés empêche de nombreuses femmes de participer pleinement à la société. L'inégalité des rapports de force entre hommes et femmes limite souvent le contrôle que celles-ci exercent sur leur activité sexuelle et leur capacité de se protéger contre les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida; les adolescentes sont particulièrement vulnérables.

L'insuffisance des soins de santé en matière de reproduction pour les femmes entraîne des taux élevés de grossesses non désirées, d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, et de décès et lésions consécutifs à la grossesse et à l'accouchement qu'il eût été possible d'éviter. La violence contre les femmes, notamment les pratiques traditionnelles nuisibles comme la mutilation génitale féminine, prélève un lourd tribut sur leur santé, leur bien-être et leur participation à la société. La violence sous diverses formes aggrave aussi l'inégalité et empêche les femmes d'atteindre leurs buts procréateurs (voir aussi Chapitre 3).

Les hommes ont également des besoins de santé en matière de reproduction, et leur participation est essentielle à la protection de la santé des femmes en matière de reproduction.

Les services de santé en matière de reproduction aident à émanciper les femmes

La fourniture de services de santé en matière de reproduction qui soient de qualité permet aux femmes d'équilibrer une procréation sans danger avec les autres aspects de leur vie. Elle aide aussi à les protéger des risques de santé, facilite leur participation sociale, y compris sous le rapport de l'emploi, et permet aux filles de poursuivre et d'achever leur scolarité.

Le Programme d'action de la CIPD a reconnu l'importante relation qui existe entre sexe et santé en matière de reproduction, et l'examen CIPD+5 de 1999 a souligné ce lien. Dans l'accord sur les principales mesures à adopter dans l'avenir, il est souligné qu'«une démarche tenant compte des sexes doit être adoptée dans tous les processus de formulation et d'application des politiques et dans la prestation de services, surtout concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité, y compris la planification familiale»¹.

La santé en matière de reproduction ne concerne pas seulement les femmes; c'est aussi un problème de santé familiale et un problème social. Les programmes qui tiennent compte des sexes peuvent aborder la dynamique de la connaissance, du rapport de force et de la prise de décisions dans les relations hommes-femmes, entre les prestataires de

PHOTO : A Cuba, une enseignante montre comment utiliser un préservatif. Les jeunes ont besoin d'obtenir accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction.

Mark Edwards/Still Pictures



ENCADRÉ 6

La discrimination contre les filles : une question de vie ou de mort

L'infanticide, l'insuffisance de la nourriture et des soins médicaux, les sévices physiques, la mutilation génitale, les rapports sexuels forcés et les accouchements précoces causent la mort de nombreuses filles.

Dans certains pays d'Asie, on compte 105 hommes pour 100 femmes dans la population adulte du fait de la discrimination contre les filles. Bien que de nombreux pays aient interdit les tests destinés à déterminer le sexe du fœtus, ils continuent d'être pratiqués illégalement et les fœtus avortés sont plus souvent féminins que masculins.

Les filles sont plus exposées à mourir que les garçons dans certaines parties du monde, surtout l'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Ouest et l'Afrique du Nord. Dans certains pays où les filles sont le plus nettement défavorisées, les garçons sont les principaux bénéficiaires des médicaments et traitements médicaux.

Selon une étude menée à un centre de traitement de la diarrhée au Bangladesh, y sont soignés 166 garçons pour 100 filles. En Amérique latine et en Inde, les filles sont souvent immunisées plus tard que les garçons ou ne le sont pas du tout. En certains endroits, les garçons reçoivent une nourriture plus abondante et de meilleure qualité que les filles. Les pratiques d'allaitement naturel et de sevrage semblent aussi favoriser les garçons dans certains pays.

ENCADRÉ 7

Indicateurs repères adoptés lors de l'examen CIPD+5

Le Programme d'action de la CIPD recommandait la mise en place d'une série de buts et objectifs quantitatifs interdépendants. Ce sont notamment : l'accès universel à l'enseignement primaire, avec le souci particulier d'éliminer l'écart entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire; l'accès universel aux soins de santé primaires; l'accès universel à un éventail complet de soins de santé approfondis en matière de reproduction, dont la planification familiale; la réduction de la morbidité et de la mortalité des nourrissons, des jeunes enfants et des mères; et l'allongement de l'espérance de vie.

Après avoir examiné les progrès réalisés dans ces domaines, l'Assemblée générale, lors de sa session extraordinaire de 1999, s'est accordée sur une nouvelle série de repères :

- Le taux d'analphabétisme féminin de 1990 devra diminuer de moitié en 2005; et le taux net de scolarisation au niveau primaire pour les enfants des deux sexes devra être en 2010 de 90 % au moins;
- En 2005, 60 % des centres de soins de santé primaires et de planification familiale devront offrir l'éventail le plus large qui soit réalisable de méthodes de planification familiale sans danger et efficaces, les soins obstétricaux essentiels, la prévention et la gestion des infections de l'appareil génital, y compris les maladies sexuellement transmissibles, et les méthodes à adjuvant pour prévenir ces infections; 80 % des centres devront offrir de tels services en 2010; et tous en 2015;
- Au moins 40 % de toutes les naissances devront en 2005 bénéficier de la présence d'accoucheuses qualifiées partout où le taux de mortalité maternelle est très élevé, et 80 % au niveau mondial; ces chiffres devront être en 2010 de 50 et 85 %, respectivement; et de 60 et 90 % en 2015;
- L'écart entre la proportion des individus utilisant des contraceptifs et la proportion de ceux qui expriment le désir d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants devra être réduit de moitié en 2005, de 75 % en 2010, et disparaître totalement en 2015. Il ne convient pas de faire usage d'objectifs ou quotas de recrutement pour tenter d'atteindre ce but;
- Pour réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH/sida, 90 % au moins des jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans devront avoir accès en 2005 aux méthodes de prévention — telles que les préservatifs féminins et masculins, les tests volontairement subis, les entretiens-conseils et le suivi — et 95 % au moins en 2010. Les taux d'infection par le VIH dans le groupe d'âge 15-24 ans devra être réduit de 25 % en 2005 dans les pays les plus touchés, et de 25 % en 2010 au niveau mondial.

services et les clients, enfin entre les dirigeants communautaires et les citoyens².

Une démarche attentive aux sexes implique aussi qu'institutions et communautés doivent adopter des pratiques plus équitables et plus inclusives. Il faut écouter les clients et les faire participer à la conception des programmes et des services. En tant qu'usagers principaux des services de santé en

matière de reproduction, il convient que les femmes participent à tous les niveaux de la définition des politiques et de l'application des programmes. Les responsables doivent considérer l'impact de leurs décisions sur les hommes et sur les femmes et la manière dont les rôles sexosociaux facilitent ou entravent l'exécution des programmes et le progrès vers l'égalité des sexes.



L'universalité de l'accès aux soins de santé en matière de reproduction et de sexualité était un objectif central de la CIPD. Selon l'examen CIPD+5, il faut mesurer le progrès vers cet objectif par le suivi de la fourniture des services.

Composantes des soins de santé en matière de reproduction

La planification familiale

À la session extraordinaire consacrée à CIPD+5, les gouvernements ont convenu de redoubler d'efforts afin de trouver les ressources nécessaires pour appliquer le Programme d'action de la CIPD. Ils ont reconnu l'importance de fournir l'éventail le plus large possible de méthodes de contraception, ce qui comporte l'offre de nouvelles options et la promotion des méthodes sous-utilisées.

Le choix des nouveaux repères relatifs à l'élimination de l'écart entre la proportion des individus recourant à la contraception et de ceux qui expriment le désir d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants constitue un problème redoutable. Environ un tiers de toutes les grossesses — 80 millions par an — semblent non désirées ou placées à un moment inopportun³. Il est prévu qu'au cours des 15 prochaines années le nombre des personnes pratiquant la contraception augmentera de plus de 40 %, passant de 525 à 742 millions, à mesure que la population mondiale continue d'augmenter, les programmes de s'étendre et la proportion des couples qui souhaitent pratiquer la contraception de croître⁴.

Les facteurs sociaux et culturels, y compris les normes sexospécifiques, conditionnent les intentions des femmes en matière de procréation — c'est-à-dire le nombre d'enfants et l'espacement des naissances qu'elles souhaitent. Si les femmes pouvaient n'avoir que le nombre d'enfants qu'elles souhaitent, le taux total de fécondité diminuerait de près d'un enfant dans de nombreux pays. Moins les femmes veulent d'enfants, plus longtemps elles ont besoin de contraception, et plus de services sont nécessaires.

Les femmes n'obtiennent pas toujours l'appui dont elles ont besoin pour rester fidèles à leurs intentions en matière de procréation. Dans certains contextes culturels, par crainte des représailles qu'exerceraient le mari ou d'autres personnes s'ils les désapprouvent, beaucoup recourent à la contraception en secret⁵. Les femmes interviewées dans le cadre d'un projet de Women's Studies étalé sur cinq ans et conduit dans huit pays par Family Health International ont déclaré que pour atteindre leurs objectifs de planification familiale, elles avaient besoin de l'appui de leurs partenaires, d'informations adéquates, de méthodes discrètes et du respect des prestataires de services⁶.

C'est aux femmes qu'il incombe de commencer et de contrôler l'utilisation de la plupart des contraceptifs modernes : contraceptifs oraux, dispositifs intra-utérins (DIU), diaphragmes, pessaires occlusifs et contraceptifs injectables n'ont pas d'équivalent parmi les méthodes destinées aux hommes. Sur les 58 % de couples mariés qui pratiquent la contraception dans le monde entier, moins d'un tiers recourent à une méthode supposant la participation masculine (préservatifs et vasectomie) ou la coopération masculine (méthode du rythme et

retrait). Dans les régions en développement, près des deux tiers des utilisateurs de contraceptifs recourent à la stérilisation de la femme ou aux DIU⁷.

Le préservatif féminin obtient un grand succès dans beaucoup d'endroits où il a été introduit ces dernières années. Cependant, en de nombreux pays, même ceux où l'incidence du VIH/sida est élevée, le taux d'utilisation des préservatifs demeure relativement faible. L'abstinence périodique et le retrait, pour être utilisés avec succès, imposent des exigences que beaucoup jugent difficiles à respecter et bien des informations inexacts circulent concernant leur mode correct d'utilisation⁸. Même les utilisateurs résolu et bien informés sont plus exposés aux grossesses non désirées avec ces méthodes que ceux qui en pratiquent d'autres.

Les programmes de planification familiale qui connaissent le succès ont en commun plusieurs traits⁹ :

- Le gouvernement prête un appui résolu;
- Les prestataires de services sont bien formés, sensibles au climat culturel, attentifs aux besoins des clients, amicaux et sympathiques;
- Les services sont de prix abordable et diverses méthodes contraceptives sont offertes (l'éventail complet des méthodes modernes comprend les contraceptifs oraux, les DIU, les contraceptifs injectables, les implants, les préservatifs masculins et féminins, la contraception d'urgence et la contraception chirurgicale volontaire);
- La délivrance de conseils garantit un consentement informé au choix d'une méthode contraceptive;
- Le respect de la vie privée et la confidentialité sont assurés;
- Les installations sont confortables et propres;
- Le service est prompt.

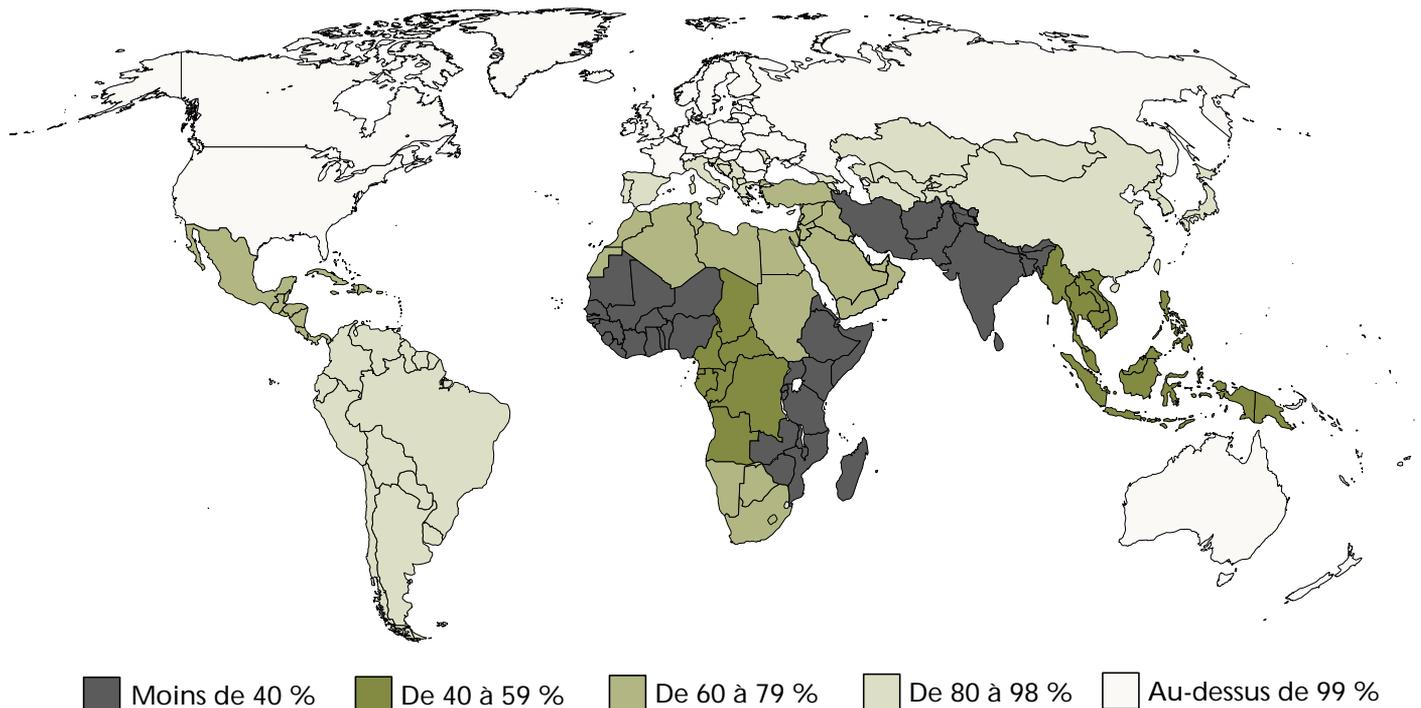
Depuis la CIPD, de nombreux pays — dont les suivants : Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Égypte, Ghana, Inde, Indonésie, Jamaïque, Jordanie, Maroc, Mexique, Népal, Ouganda, Pakistan, Pérou, Philippines, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sri Lanka et Zambie — ont pris des mesures pour élargir les services au-delà de la planification familiale et répondre aux besoins plus généraux des deux sexes sur le plan de la santé en matière de reproduction¹⁰.

La maternité sans danger

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des quelque 500 000 décès maternels enregistrés chaque année surviennent dans les pays en développement, où les complications de la grossesse et de l'accouchement coûtent la vie à une femme sur 48 environ. Il n'est pas rare en Afrique qu'une femme sur le point de mettre au jour dise adieu à ses enfants. En Tanzanie, les mères parlent ainsi : "Je vais en mer chercher un nouveau bébé, mais le voyage est long et dangereux et il se peut que je ne revienne pas"¹¹. En certains endroits, non moins de 40 % des femmes souffrent d'une maladie grave après l'accouchement¹².

D'ici 2015, les besoins en contraceptifs augmenteront de plus de 40 % dans les pays en développement.

Diagramme 2 : Pourcentage des naissances bénéficiant de la présence d'accoucheuses qualifiées, par sous-région.



Source : Organisation mondiale de la santé

ENCADRÉ 8

Le Honduras réduit la mortalité maternelle

De 1990 à 1997, les décès maternels ont enregistré au Honduras une chute spectaculaire, le Gouvernement ayant manifesté un souci accru de protéger la santé des femmes.

À la suite d'une étude de 1990 sur la question, le Gouvernement hondurien a fait de la réduction de la mortalité maternelle un objectif prioritaire de santé publique. Grâce à l'augmentation des ressources, le Ministère de la santé a pu offrir des soins obstétricaux d'urgence dans un plus grand nombre de centres de santé ruraux et urbains et d'hôpitaux de district. Le personnel sanitaire a été étoffé dans les zones reculées et des maternités ont été ouvertes dans celles d'accès difficile. La prestation de soins prénatals est devenue plus fréquente dans les centres de santé. Des accoucheuses traditionnelles ont été formées et intégrées au système de santé, ce qui eut pour effet de les faire mieux accepter par les communautés et d'aiguiller plus souvent d'urgence les patientes vers un hôpital. Les transports, les routes et la communication ont aussi été améliorés.

Grâce à ces mesures, le ratio de mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) est tombé de 182 à 108. Le taux de mortalité maternelle (nombre de décès pour 1 000 femmes d'âge procréateur) a diminué de moitié, tombant de 0,26 à 0,13.

Les nourrissons et les enfants subissent aussi les conséquences de la mauvaise santé des mères. Les mêmes facteurs qui causent la mortalité et la morbidité

maternelles, à savoir notamment les complications et la médiocre prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, contribuent à un chiffre annuel d'enfants mort-nés et de décès de nouveau-nés évalué à 8 millions. Il est tragique de constater que, si la mère meurt, ses enfants courent aussi un risque accru de mourir. Une étude menée au Bangladesh a établi que, si une femme meurt après l'accouchement, le nouveau-né meurt aussi presque certainement. Une autre étude, menée aussi au Bangladesh, a établi que les enfants de moins de 10 ans dont la mère meurt ont de trois à 10 fois plus de chance de mourir dans un délai de deux ans que les enfants de parents vivants¹³. En République-Unie de Tanzanie, les enfants de mère décédée étaient très exposés à devoir quitter l'école pour s'acquitter de tâches ménagères¹⁴.

En évitant les grossesses non désirées grâce à la planification familiale, on réduit le taux de mortalité maternelle. Les soins prénatals ont le même effet, mais dans le monde en développement seulement 70 % des naissances sont précédées d'une visite au moins à un dispensaire. Chaque année, 38 millions de femmes ne reçoivent aucun soin prénatal. Seulement la moitié environ de toutes les femmes enceintes reçoivent des injections antitétaniques; le tétanos tue actuellement plus de 300 000 enfants de moins de 5 ans.

Il importe aussi de veiller à ce que chaque accouchement bénéficie de la présence d'une personne ayant reçu une formation obstétricale. Dans les pays en développement, c'est le cas de 53 % seulement des accouchements¹⁵, ce qui veut dire que 52,4 millions de femmes sont chaque année abandonnées à leur sort.



Cependant, la principale manière de prévenir les décès maternels est d'assurer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, à savoir le traitement des hémorragies, des infections, de l'hypertension et de l'arrêt du travail. De nombreuses femmes du monde en développement, surtout dans les zones rurales, n'ont pas accès aux interventions propres à sauver la vie, comme l'aiguillage vers les centres médicaux, l'administration d'antibiotiques et la chirurgie. Quatre problèmes courants aggravent considérablement le risque couru par les femmes durant l'accouchement : l'identification trop lente d'un problème en voie d'apparition, la décision trop lente d'agir, la mise à disposition trop lente d'un moyen de transport et l'arrivée trop lente aux services appropriés. Pour sauver la vie des mères, il est capital de mettre en place un système à base communautaire qui garantisse le transport rapide vers un centre médical bien équipé.

Les soins post-partum sont particulièrement importants. Parmi les femmes qui meurent de causes liées à la grossesse, 24 % meurent durant la grossesse; 16 %, durant l'accouchement; et 61 %, après l'accouchement, d'une hémorragie puerpérale, de troubles dus à l'hypertension et de septicémie¹⁶. Les agents sanitaires de communauté peuvent être formés à déceler et traiter les problèmes du post-partum, ainsi qu'à délivrer des conseils sur l'allaitement naturel, les soins aux nourrissons, l'hygiène, les vaccinations, la planification familiale et les moyens de rester en bonne santé.

Les communautés s'organisent pour prévenir les décès maternels durant l'accouchement. L'éducation menée à cette fin insiste sur l'importance de signaler immédiatement aux centres de santé les complications éventuelles. Le Réseau de prévention de la mortalité maternelle a introduit des mesures destinées à améliorer les services de maternité sans danger dans certaines parties de l'Afrique. L'amélioration de la qualité d'autres aspects des soins de santé a conduit à utiliser davantage les centres médicaux spécialisés dans les accouchements à risque élevé.

À Juaben (Ghana), une banque du sang a été fondée et une salle d'opérations, aménagée dans un centre de santé communautaire. Les sages-femmes sont formées aux techniques propres à sauver la vie et reçoivent un rôle central dans la prestation des services. Le nombre des femmes qui viennent recevoir des soins a presque triplé, tandis que la proportion de celles qui sont aiguillées vers des échelons plus élevés du système sanitaire a diminué¹⁷.

En Afrique, certaines communautés offrent des plans de transport autofinancés pour la maternité sans danger¹⁸. L'Indonésie est en train de mettre à l'essai des programmes d'assurance sociale destinés à couvrir le coût des soins obstétricaux d'urgence¹⁹.

Les experts de la maternité sans danger affirment qu'il serait possible d'offrir davantage de soins obstétricaux d'urgence sans l'apport de ressources additionnelles considérables, en améliorant les services déjà disponibles dans les hôpitaux et certains centres de santé²⁰.

L'avortement et les soins après avortement

Chaque année, les femmes subissent un nombre d'avortements évalué à 50 millions, dont 20 millions sont pratiqués dans des conditions dangereuses; en-

viron 78 000 d'entre elles meurent et des millions souffrent ensuite de lésions et de maladies. Un quart au moins de tous les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses concernent des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans²¹.

La CIPD a reconnu dans l'avortement un important problème de santé publique et appelé les gouvernements à réduire le nombre des grossesses non désirées et à prévenir l'avortement en élargissant l'accès aux services de planification familiale. "Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi", précise le Programme d'action, "l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement"²².

Le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes a invité les gouvernements à "envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal"²³.

Lors de CIPD+5, les gouvernements ont convenu que, pour réduire le nombre de décès maternels causés par les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, "dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les systèmes de santé devraient former les prestataires de soins de santé et les équiper et devraient prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible"²⁴.

Dans de nombreux pays à faible revenu, des soins après avortement efficaces réduiraient les taux de mortalité maternelle de non moins d'un cinquième²⁵.

Un certain nombre de pays, surtout en Afrique et en Amérique latine, mettent l'accent sur la réduction de l'impact sanitaire des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses en dispensant des soins après avortement. Cette activité consiste notamment à renforcer la capacité des établissements sanitaires

ENCADRÉ 9

Le tribut prélevé par l'avortement

En Amérique latine, les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont la cause d'environ la moitié de tous les décès maternels. En Roumanie, avant la légalisation de l'avortement en 1992, environ 86 % des décès maternels étaient dus aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Dans la première année qui a suivi la légalisation, le nombre de décès maternels est tombé à 40 % du chiffre total de 1989.

Un quart au moins de tous les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses concernent des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Souvent, les adolescentes retardent le moment de l'avortement au-delà de la fin du premier trimestre et cherchent l'aide de personnes sans formation médicale, ce qui rend les complications plus fréquentes. Dans de nombreux pays, les adolescentes provoquent fréquemment l'avortement par leurs propres moyens.

Au Chili et en Argentine, plus d'un tiers des décès maternels chez les adolescentes sont la conséquence directe d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Au Pérou, un tiers des femmes hospitalisées pour complications de l'avortement sont âgées de 15 à 24 ans. Selon les évaluations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en Afrique subsaharienne, jusqu'à 70 % des femmes hospitalisées pour complications de l'avortement sont âgées de moins de 20 ans. Dans une étude concernant l'Ouganda, les adolescentes représentaient près de 60 % des décès consécutifs à l'avortement.

d'offrir : un traitement d'urgence pour les complications de fausses couches ou d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses; les conseils et services relatifs à la planification familiale après avortement; et les liens entre le traitement d'urgence après avortement et les soins de santé en matière de reproduction²⁶. Des pays tels que le Ghana ont formé les sages-femmes et d'autres catégories de prestataires à offrir des soins après avortement.

Certains pays ont encouragé l'usage de l'aspiration manuelle sous vide pour traiter les avortements incomplets; cette méthode s'est avérée plus sûre, moins coûteuse et plus acceptable que le curetage.

Les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida

Le VIH/sida demeure un problème critique de santé publique, surtout en Afrique, continent qui affronte les pires effets de l'épidémie. Le VIH/sida est désormais la première cause de décès en Afrique et la quatrième au niveau mondial. À la fin de 1999, 34,3 millions d'hommes, de femmes et d'enfants étaient atteints du VIH ou du sida et 18,8 millions en étaient déjà morts. En 1999, on a compté 5,4 millions de nouvelles infections dans le monde entier, dont 4,0 millions en Afrique subsaharienne et un million environ en Asie du Sud et du Sud-Est, où la prévalence de la maladie augmente rapidement dans certains pays²⁷.

La pandémie du sida inflige des épreuves incalculables aux individus, aux familles et aux sociétés. On évalue à 13,2 millions le nombre d'enfants, la plupart en Afrique, qui à la fin de l'an 2000 auront perdu leur mère ou leurs deux parents du fait du sida²⁸. Le nombre de femmes infectées par le VIH est en train de rattraper et de dépasser rapidement celui des hommes. En Afrique, le nombre des femmes séropositives dépasse maintenant de 2 millions celui des hommes.

Pour des raisons tant culturelles que biologiques, les femmes sont plus vulnérables aux MST que les hommes. Les MST, sida non compris, frappent les femmes plus de trois fois plus souvent que les hommes²⁹. Les différences anatomiques font que les infections de l'appareil génital se transmettent plus facilement aux femmes, mais sont plus difficiles à diagnostiquer dans leur cas. Chez les femmes, plus souvent que chez les hommes, les MST ne sont pas accompagnées de symptômes; et, quand ces symptômes apparaissent chez les femmes, ils sont plus subtils. Du fait de leur statut social inférieur et de leur dépendance économique par rapport aux hommes, les femmes ne sont pas toujours en situation de négocier l'emploi de préservatifs en tant que mesure de prévention des MST³⁰.

Des études du Centre international de recherches sur les femmes ont illustré le rôle critique de l'identité sexuelle et de la sexualité s'agissant d'influer sur les interactions sexuelles et sur l'aptitude des hommes et des femmes à adopter des comportements sans danger. Ces études, conduites dans 10 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes, aident à définir des concepts complexes tels que ceux d'identité sexuelle, de sexualité et de rapport de force. Elles mettent aussi en lumière l'importance de donner aux femmes un accès plus large à l'information et à l'éducation, aux savoir-faire, aux services et à l'appui de la société afin de les rendre moins vulnérables au VIH/sida et d'améliorer leurs perspectives dans le domaine de la santé en matière de reproduction³¹.

Reconnaissant que la pandémie du VIH/sida est beaucoup plus grave qu'on ne l'avait perçu à la CIPD, le document CIPD+5 réaffirme l'importance de donner accès aux préservatifs masculins, appelle à fournir en grand nombre des préservatifs féminins et exhorte les gouvernements à promulguer une législation et adopter des mesures propres à prévenir une discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida

Pour des raisons tant culturelles que biologiques, les femmes sont plus vulnérables aux MST que les hommes.

ENCADRÉ 10

Le sida est désormais le tueur Numéro Un en Afrique

Le sida est désormais au nombre des plus graves menaces qui pèsent sur le développement social et économique de l'Afrique. La diffusion de l'épidémie a dépassé toutes les prévisions. Dans les pays durement frappés, où jusqu'à un quart des adultes sont infectés, le sida efface les progrès réalisés sur la voie du développement au cours de nombreuses décennies. L'espérance de vie tombe dans certains pays à des niveaux inconnus depuis 1960, les gains durement acquis en matière de survie des enfants sont en train d'être reperdus et les travailleurs qualifiés, qui sont en nombre limité, d'être décimés.

Les ressources actuellement affectées à la lutte contre l'épidémie sont terriblement insuffisantes. Le sida progresse trois fois plus vite que les moyens financiers dont disposent ceux qui le combattent.

L'expérience faite dans certains pays africains montre qu'il est possible de ralentir le taux des infections nouvelles et que les sociétés peuvent commencer à affronter efficacement l'épidémie du VIH/sida lorsque les gouvernements engagent leur prestige politique et des ressources financières; font participer pleinement la société civile; mettent en route un large éventail d'activités (prévention, soins et appui); et attirent ainsi davantage de ressources externes.

Les études donnent à penser qu'un montant additionnel d'un milliard de dollars, au minimum, est nécessaire chaque année pour répondre aux besoins de l'Afrique sur le plan de la prévention du VIH/sida et des soins aux sujets infectés. Une partie de ces fonds devra être dégagée à l'aide de sources non traditionnelles, comme la communauté des entreprises et les fondations, ou réaffectées à partir des fonds sociaux, des projets de réforme sectorielle et des opérations d'allègement de la dette. Le Partenariat international contre le sida en Afrique patronne les efforts de mobilisation de ressources aux niveaux tant national que régional.



ou vulnérables à l'infection par le VIH. Le document appelle les gouvernements, chaque fois que possible, à mettre à la disposition des femmes des médicaments antirétroviraux, durant et après la grossesse, et à dispenser les conseils nécessaires pour que les mères souffrant du VIH/sida puissent prendre des décisions libres et informées concernant l'allaitement naturel³².

Les programmes de santé en matière de reproduction peuvent réduire l'incidence des MST, y compris le VIH/sida, en fournissant des informations et des conseils sur des problèmes critiques tels que la sexualité, les rôles sexospécifiques, le déséquilibre du rapport de force entre femmes et hommes, la violence sexiste et son lien avec la transmission du VIH; la transmission du VIH de mère à enfant; la distribution de préservatifs féminins et masculins; le diagnostic et le traitement des MST; l'élaboration de stratégies propres à retrouver les sujets contacts; et l'aiguillage des personnes infectées par le VIH vers des services spécialisés.

La CIPD a plaidé pour l'intégration des services de planification familiale et relatifs aux MST/VIH/sida dans le cadre des services de santé en matière de reproduction. L'intégration de ces composantes est considérée comme un moyen qui pourrait s'avérer rentable de communiquer aux femmes sexuellement actives et à leurs partenaires des informations et services susceptibles de les aider à prévenir et traiter les infections. Toutefois, une étude fondée sur les conclusions d'une analyse de situation portant sur plusieurs pays africains a montré l'insuffisance de l'infrastructure qui servirait de base à la promotion des services intégrés de planification familiale et relatifs aux MST à assurer en dispensaire³³. De nombreux dispensaires de planification familiale ne sont pas équipés pour offrir des services relatifs aux MST et leur personnel n'a pas été suffisamment formé. D'autres études ont aussi signalé qu'il n'y avait pas de preuve concluante que l'intégration des services de planification familiale et relatifs aux MST comporte des avantages³⁴.

Bien que les agents sanitaires ne reçoivent généralement pas une formation et un appui suffisants pour fournir des informations et services relatifs aux MST/VIH/sida, des études de cas menées au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Ouganda et en Zambie ont permis d'établir que les prestataires de soins étaient disposés à parler de sexualité et de MST avec leurs clients et qu'ils pouvaient comprendre la nécessité d'identifier les individus exposés aux infections sexuellement transmissibles³⁵.

Aux Philippines, le FNUAP et la Women's Health Care Foundation agissent de concert pour améliorer l'accès aux services de santé en matière de reproduction à l'aide de travailleurs sanitaires de communauté, de jeunes des rues et de vendeurs des rues formés à cette fin. Cette fondation offre des services cliniques relatifs aux MST/VIH/sida, notamment en aiguillant vers les centres de test, et dirige des séances d'éducation et de délivrance de conseils à l'intention des femmes urbaines pauvres et des travailleuses de l'industrie du sexe. Le FNUAP soutient la formation des prestataires de services et des agents de santé bénévoles à la délivrance de conseils et à l'éducation communautaire et a ouvert une ligne téléphonique qui répond en permanence aux questions sur les MST et la sexualité³⁶.

Le Partenariat international contre le sida en Afrique, qui vient d'être formé, s'efforce de tirer parti des structures existantes aux niveaux mondial, régional et national pour faire face aux effets dévastateurs

du sida en Afrique³⁷. Au milieu de 1999, les ministres des finances et d'autres dirigeants venus de plus de 20 pays africains ont fait connaître leur appui et une douzaine d'organismes bilatéraux de développement ont accepté de mobiliser davantage de ressources pour appuyer le Partenariat. Une gamme d'ONG africaines ont aussi accepté de jouer un rôle actif. Le Partenariat travaille à renforcer les programmes nationaux par les moyens suivants : encourager un soutien politique visible et constant; aider à élaborer des plans d'action conjoints négociés au niveau national; augmenter les ressources financières; et renforcer la capacité technique tant nationale que régionale.

La moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans³⁸. Selon un examen conduit en 1997 par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), une éducation sexuelle de bonne qualité aide les adolescents à retarder le début de l'activité sexuelle et à choisir plus souvent des pratiques sexuelles sans danger³⁹. Depuis la CIPD, il a été prêté appui dans 64 pays à l'intégration de la prévention du VIH/sida aux programmes d'éducation tant scolaire qu'extrac scolaire.

L'Ouganda, par exemple, a adopté une approche directe et globale pour aborder le problème des MST et du VIH/sida, en particulier chez les jeunes; les taux de prévalence du VIH chez les jeunes sont en cours de stabilisation. Au Swaziland, le Programme d'éducation au VIH/sida et aux problèmes de population dans les écoles du pays, le Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education Programme (SHAPE), a été lancé en 1990 pour prévenir la diffusion du VIH/sida et réduire le nombre de grossesses chez les étudiantes âgées de 14 à 19 ans. En 1997, le programme a été également introduit dans les écoles primaires. Il a eu pour effet d'améliorer les connaissances et les attitudes plus que le comportement⁴⁰.

Lors de CIPD+5, les gouvernements ont reconnu que les jeunes de 15 à 24 ans sont très exposés à l'infection par le VIH et ont fixé des objectifs afin de réduire la prévalence dans ce groupe d'âge (voir Encadré 7).

La mutilation génitale féminine

En Afrique et en Asie occidentale, de nombreuses sociétés pratiquent la MGF, souvent appelée circoncision féminine. Dans le monde entier, quelque 130 millions de fillettes et de jeunes femmes ont subi cette pratique dangereuse et douloureuse, et deux millions de plus y sont exposées chaque année.

La MGF est pratiquée dans environ 28 pays africains — où le taux de prévalence varie considérablement, allant de 5 % en République démocratique du Congo à 98 % en Somalie —, dans la péninsule arabique et le long du Golfe. Elle est attestée aussi parmi certains groupes minoritaires en Asie et parmi les femmes immigrantes en Europe, au Canada et aux États-Unis.

La MGF est l'ablation totale ou partielle du clitoris et des autres parties génitales. La forme la plus extrême de MGF, ou infibulation, consiste à pratiquer l'ablation du clitoris et des deux lèvres et à coudre les deux côtés de la vulve. Cette opération ne ménage qu'une petite ouverture permettant le passage de l'urine et du sang menstruel. L'infibulation représente une proportion évaluée à 15 % de tous les

cas de MGF et comprise entre 80 et 90 % à Djibouti, en Somalie et au Soudan.

D'autres formes moins extrêmes consistent dans l'ablation totale ou partielle du clitoris (clitoridectomie), ou du clitoris et des petites lèvres (excision). Environ les trois quarts de toutes les fillettes soumises à cette pratique dégradante ont subi l'une ou l'autre de ces formes moins radicales⁴¹.

Cette terrible violation des droits fondamentaux des fillettes et des jeunes femmes est fondée sur l'opinion répandue qu'il faut contrôler la sexualité féminine et préserver la virginité des filles jusqu'au mariage. Dans ces cultures, les hommes n'épouseront pas des filles non circoncises parce qu'ils les jugent "impures" ou de moeurs trop libres⁴².

La mutilation génitale est presque toujours effectuée dans des conditions non hygiéniques et sans anesthésie. Elle est aussi extrêmement douloureuse et peut entraîner une grave infection, un état de choc, voire la mort. Si la fillette survit, elle est exposée à souffrir durant les rapports sexuels, ce qui amoindrit sa qualité de vie⁴³. Comme la MGF limite l'intensité de l'expérience sexuelle, il en résulte pour les femmes un problème de santé tant physique que mentale, en même temps qu'une relation plus profonde et satisfaisante ne peut se développer entre les partenaires.

Les risques immédiats liés à la MGF sont l'hémorragie de l'artère clitoridienne, une infection, la rétention d'urine et un empoisonnement du sang dû à l'emploi d'instruments contondants non stérilisés et souvent grossiers. Ultérieurement, les complications sont principalement dues à la fermeture partielle des méats vaginal et urinaire, ce qui déclenche des infections chroniques de l'appareil urinaire, des infections répétées de l'appareil génital et des douleurs dans le dos et le pelvis. En particulier, chez les victimes des formes les plus radicales de cette pratique, il existe un risque accru d'accouchement difficile, voire de décès en mettant au jour.

Dans certains cas, la MGF peut condamner à la stérilité. Une étude menée au Soudan a établi que les femmes qui avaient subi la MGF y étaient deux fois plus exposées que les autres⁴⁴. Cela est dû à une maladie inflammatoire du pelvis causée par des

infections répétées, résultat de la rétention d'urine ou du sang menstruel, qui se répandent dans tout l'appareil génital et enflamment les trompes de Fallope. Dans les sociétés traditionnelles, la stérilité est particulièrement préjudiciable car la valeur d'une femme y est souvent mesurée par son aptitude à porter des enfants⁴⁵.

Questions relatives aux programmes de santé en matière de reproduction

Des problèmes de santé publique

Pour améliorer la santé des deux sexes en matière de reproduction, il faut adopter une approche "santé publique" orientée vers la communauté et qui mette l'accent sur la prévention. Une santé médiocre en matière de reproduction est le fruit direct d'une inégalité fondée sur le sexe concernant la répartition du pouvoir et des ressources au sein de la société.

La participation de la communauté peut aider à corriger cet état de choses — en veillant à ce qu'hommes et femmes soient des partenaires égaux dans le développement économique et social et que la voix des femmes se fasse entendre en même temps que celle des hommes dans la communauté⁴⁶; en veillant à ce que les filles soient, aussi bien que les garçons, élevées dans des environnements sains et aient une chance égale d'aller à l'école et de se développer physiquement avant d'assumer un rôle procréateur; en garantissant le droit des femmes de vivre à l'abri de la contrainte sexuelle et de la menace de violence, ainsi que d'avoir des rapports sexuels sans craindre une infection ni une grossesse non désirée; et en fournissant à toutes les femmes accès à des soins prénatals sûrs, y compris les soins obstétricaux d'urgence si la grossesse ou l'accouchement ne se déroulent pas normalement.

La santé en matière de reproduction ne fait pas partie de l'ensemble de services essentiels assurés par chaque pays, mais l'Afrique du Sud, le Bangladesh, l'Inde, le Mexique, l'Ouganda, le Sénégal et la Zambie, entre autres pays, lui y font place. Par exemple, l'ensemble bangladais de services essentiels comprend la santé maternelle (soins prénatals, durant l'accouchement et postnatals; régulation de l'écoulement menstruel; et soins en cas de complications après avortement); la santé des adolescents; la planification familiale; la gestion et la prévention/le contrôle des infections de l'appareil génital, des MST et du VIH/sida; et la santé des enfants⁴⁷.

Les restrictions imposées par la culture limitent le choix

Les opinions établies concernant le comportement approprié peuvent réduire l'accès à l'information et aux soins de santé, aussi bien qu'en amoindrir la qualité. Tabous directs et restrictions indirectes détournent les femmes de parler de leurs besoins et des risques qu'elles courent sur le plan sanitaire, tandis que celles qui sont analphabètes ou ne s'ouvrent que difficilement ont du mal à obtenir les informations voulues.

ENCADRÉ 11

Sri Lanka réussit à promouvoir la santé des femmes

Les femmes sri-lankaises, dont l'espérance de vie est de 74 ans, jouissent du meilleur état de santé accessible aux femmes dans les pays d'Asie du Sud. Les raisons en sont complexes, mais il faut notamment citer "le développement du système de santé et les mesures de santé publique qui ont réduit la mortalité maternelle, aussi bien que les changements socioéconomiques qui ont modifié la condition de la femme et la valeur des filles en comparaison des garçons aux yeux des parents, aussi bien de la mère que du père". Les chiffres absolus de mortalité des filles et des garçons sont plus faibles que dans les autres pays de l'Asie du Sud, pour une part "en raison du rôle clef qui incombe aux femmes s'agissant de préserver la santé familiale et de leur autonomie relative, aussi bien que du haut degré de développement général de l'éducation et des services de santé à Sri Lanka".



Ces restrictions signifient que les femmes sont tributaires des décisions prises par d'autres concernant le besoin d'une attention médicale; l'opportunité de retarder ou prévenir une grossesse; les examens prénatals durant la grossesse; la présence d'une accoucheuse qualifiée; ou l'obtention d'un moyen de transport en cas d'urgence obstétricale. Il peut être difficile aux femmes de soulever des préoccupations relatives à la santé en matière de reproduction : un sujet tel que les irrégularités de l'écoulement menstruel est particulièrement difficile à aborder. Il peut arriver que les problèmes de santé des femmes soient ignorés jusqu'au moment où leur état devient grave et où les traitements possibles sont plus limités ou plus coûteux.

Les couples et les familles qui discutent de planification familiale sont plus susceptibles de recourir aux services. Quand une telle discussion est proscrite, certaines femmes y recourent en cachette. Même quand ce recours "en cachette" est un secret connu de tous, une telle restriction leur interdit des relations étroites et confiantes avec leur partenaire. Les règles et préférences culturelles peuvent influencer sur les modalités du choix de la contraception — convenu entre les partenaires ou secret.

Les programmes de qualité reconnaissent les impératifs culturels et en tiennent compte. Ceux qui élaborent les programmes deviennent aujourd'hui plus ouverts à la nécessité d'agir dans le contexte culturel où vivent leurs clients. En Tunisie, un programme tire parti de la coutume locale de mettre fin à l'isolement d'une nouvelle mère au quarantième jour suivant l'accouchement pour fournir à l'occasion d'une visite unique au dispensaire des services post-partum et de planification familiale aux femmes et des soins aux nourrissons⁴⁸. Une étude menée en 1987 a établi que 84 % des mères se rendent à la visite du quarantième jour et que 56 % d'entre elles commencent à utiliser une méthode contraceptive.

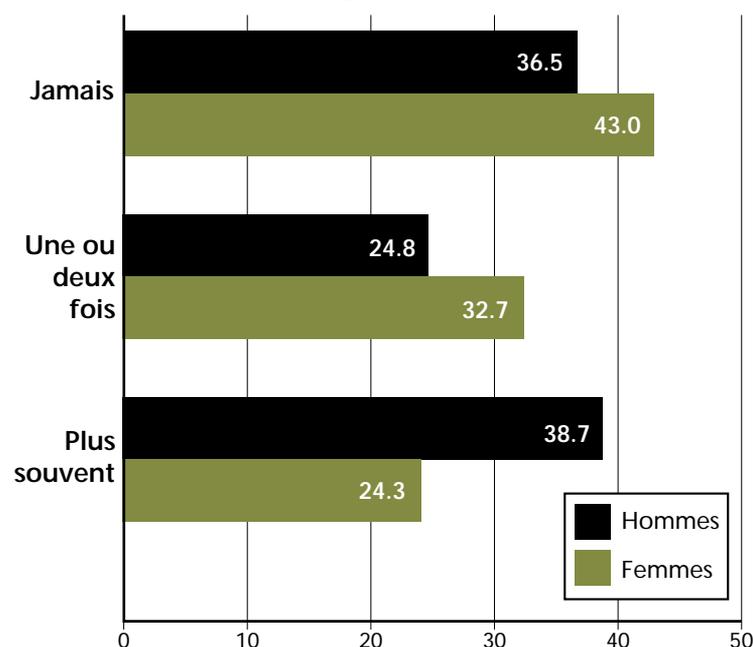
Rôles professionnels et rôles sexospécifiques

Il est difficile pour les femmes de parler franchement de leurs besoins de santé en matière de reproduction avec des praticiens hommes, en raison de la différence tant de sexe que de condition. Il leur est sans doute plus facile de s'entretenir avec des femmes prestataires de services, mais la différence de condition subsiste, surtout pour les femmes pauvres. Certaines procédures (par exemple l'insertion d'un DIU ou la prescription de pilules) sont parfois réservées aux médecins, qui sont généralement des hommes.

Là où la culture interdit à des hommes (même aux médecins) d'examiner les patientes, la qualité des soins en souffre considérablement.

Les hommes répugnent souvent à se rendre dans les dispensaires pour des services de santé en matière de reproduction, car ils passent pour des "lieux réservés aux femmes" que celles-ci utilisent principalement pour des services de santé maternelle et infantile. En offrant aux hommes, chaque fois que possible, un espace distinct (par exemple, une entrée, une salle d'attente et une caisse distinctes, avec un personnel unique pour hommes et femmes), même dans un centre commun aux deux sexes, on peut augmenter le nombre d'utilisateurs masculins⁴⁹.

Diagramme 3 : Fréquence des discussions entre mari et femme concernant la planification familiale, Malawi, 1992 (pourcentage)



Source : Division de la population (ONU), 2000. *World Population Monitoring, 2000 : Population, Gender and Development*.

L'intégration des activités de prévention et de traitement de MST/sida aux programmes de planification familiale peut aussi aider à rendre les dispensaires plus accueillants aux hommes.

Santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité et comportement des adolescents

Les jeunes hommes et les jeunes femmes affrontent des pressions sociales différentes qui retentissent sur leur aptitude à aborder la sexualité de manière responsable. Les garçons sont souvent incités à devenir sexuellement actifs afin de prouver qu'ils sont des hommes et d'être acceptés par leurs amis⁵⁰. Les filles peuvent se sentir tenues de ne pas rechercher d'informations de caractère sexuel par crainte d'être jugées "faciles" ou — autre imputation possible — soupçonnées d'avoir des rapports sexuels en échange de divers avantages.

Les pressions qui s'exercent sur les jeunes viennent aussi d'eux-mêmes. Ils souhaitent devenir des hommes et des femmes et peuvent ainsi modeler leur comportement sur des stéréotypes masculins et féminins enseignés par les médias, les adultes et les compagnons d'âge. Suivre de tels stéréotypes peut conduire à un comportement risqué.

Par exemple, les jeunes hommes qui sont fermement convaincus de la validité des stéréotypes masculins ont un plus grand nombre de partenaires

ENCADRÉ 12

L'activité sexuelle diffère chez les jeunes hommes et les jeunes femmes

Au niveau mondial, la très grande majorité des jeunes hommes ayant une expérience sexuelle dans le groupe d'âge 15-19 ans sont célibataires, tandis que les deux tiers ou davantage des jeunes femmes dans le même cas et appartenant au même groupe d'âge sont mariées. Le moment de l'initiation sexuelle des adolescents varie beaucoup selon le pays et le sexe.

Chez les jeunes femmes, la proportion de celles qui ont leur premier rapport sexuel dès l'âge de 17 ans au Mali (72 %), en Jamaïque (53 %), au Ghana (52 %), aux États-Unis (47 %) et en République-Unie de Tanzanie (45 %) est sept à 10 fois plus élevée qu'en Thaïlande (7 %) et aux Philippines (6 %). La proportion des jeunes hommes qui ont eu un rapport sexuel avant d'atteindre l'âge de 17 ans en Jamaïque (76 %), aux États-Unis (64 %) et au Brésil (63 %) est à peu près 10 fois plus élevée qu'aux Philippines (7 %).

Les différences entre jeunes hommes et jeunes femmes sont très marquées au Ghana et au Mali, où une proportion plus élevée de femmes que d'hommes devient sexuellement active de bonne heure; et au Brésil, au Costa Rica, en République dominicaine, au Pérou et en Thaïlande, où l'inverse est vrai.

sexuels, une intimité plus superficielle avec leurs partenaires, tendent plus souvent à se représenter les deux sexes dans une relation d'hostilité réciproque, utilisent moins régulièrement des préservatifs et s'inquiètent plus de ce que ceux-ci limitent leur plaisir. En outre, ils attachent moins d'importance au fait que leurs partenaires tiennent à ce qu'ils utilisent un préservatif, se sentent moins responsables de prévenir une grossesse et sont davantage persuadés que la grossesse est une preuve de leur virilité⁵¹.

Au Mexique et aux États-Unis, les adolescentes qui ont cherché à utiliser des méthodes de contraception s'identifiaient moins aux rôles sexuels traditionnels de la femme que les filles du même âge qui devenaient enceintes⁵². En Thaïlande, au Zimbabwe et en beaucoup

d'autres pays, le stéréotype admiré de la fille tranquille, innocente et "gentille" empêche les adolescentes de négocier l'utilisation du préservatif⁵³.

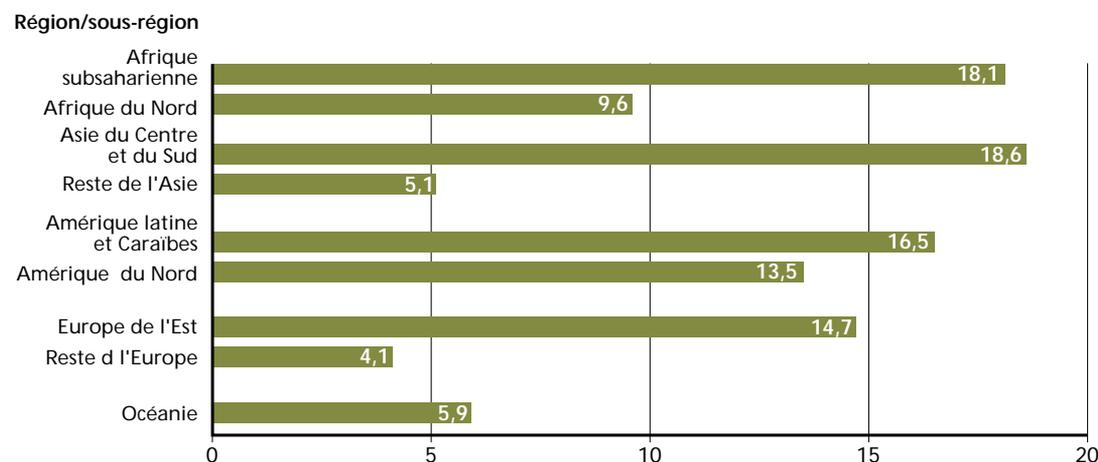
Tant les garçons que les filles ont souvent en commun de croire à une norme double qui peut conduire à adopter un comportement déplorable sur le plan de la santé en matière de reproduction. En Inde et en Thaïlande, beaucoup des adolescents interviewés étaient d'avis que les garçons pouvaient avoir de multiples partenaires sexuels, mais non les filles, et que les rapports prémaritaux étaient permis aux garçons, mais non aux filles⁵⁴. Souvent, les adolescents des deux sexes ont déclaré que les jeunes hommes qui ne prenaient pas l'initiative des rapports sexuels et n'en gardaient pas le contrôle étaient de caractère faible — attitude qui conduit parfois les garçons à contraindre les filles à avoir des rapports sexuels⁵⁵.

Les parents doivent assumer un plus grand rôle. Ils disent souhaiter que leurs enfants soient instruits des réalités sexuelles, mais ils négligent le plus souvent de les en instruire. La plupart des parents se sentent mal informés ou sont embarrassés d'aborder le sujet et ils craignent que leurs enfants posent une question à laquelle ils ne pourraient répondre⁵⁶.

Les filles parlent avec leur mère de menstruation et de grossesse, mais rarement de la manière de communiquer avec un partenaire sexuel. Les garçons reçoivent encore moins d'informations de leurs parents, certainement pas autant qu'ils le souhaiteraient⁵⁷. Les pères sont souvent silencieux ou absents et proposent ainsi un modèle masculin peu capable d'affection. De fait, selon une étude menée au Zimbabwe, les pères étaient "fréquemment absents du cadre familial et apparaissaient généralement comme éloignés, redoutables, maussades et imprévisibles, bref des êtres qu'il vaut donc mieux éviter"⁵⁸.

Les inégalités d'ordre social et sexuel dont elles ont eu l'exemple durant l'enfance et l'adolescence rendent les filles plus vulnérables à la grossesse et à l'infection par le VIH parce qu'elles ne peuvent négocier des relations sexuelles sans danger en tant qu'égaux de leurs partenaires⁵⁹. Les filles sont aussi plus exposées que les garçons aux sévices sexuels et aux violences physiques de la part d'un partenaire.

Diagramme 4 : Pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans, par rapport au nombre total des naissances, par région/sous-région



Source : Division de la population (ONU), 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development*.



Les jeunes femmes mariées peuvent se trouver particulièrement défavorisées. De jeunes épouses qui préféreraient attendre avant d'avoir des enfants risquent de s'apercevoir que leurs maris, leurs familles, même certains prestataires de soins de santé ne leur donneront pas de contraceptifs avant qu'elles aient un enfant⁶⁰. Quand les femmes dépendent de leur mari, elles peuvent aussi ne pas être en situation de négocier des pratiques sexuelles sans danger⁶¹.

Les programmes peuvent aider à changer les règles

Ces attitudes peuvent changer et les programmes peuvent y aider. Bien entendu, les programmes ne sont que l'un des nombreux facteurs qui influent sur les normes régissant les relations entre les sexes, mais il est utile de commencer par eux.

Parfois, il suffit d'appeler l'attention sur l'inégalité engendrée par ces normes pour conduire à des améliorations. À des foires locales, en Inde, le Centre for Health Education, Training and Nutrition Awareness a présenté des spectacles dramatiques qui illustraient comment l'idée reçue que les femmes ne devaient pas voyager sans autorisation et devaient remplir toutes les tâches domestiques pouvait empêcher leurs familles de recevoir des soins de santé appropriés. Les dirigeants locaux ont avoué n'avoir jamais réfléchi à ces questions et ont appuyé avec vigueur les changements qui donnaient aux femmes plus de liberté⁶².

Aider les jeunes à prendre conscience de leurs opinions préconçues en matière de relations entre les sexes peut conduire à une meilleure coopération. En Thaïlande, le Projet de lutte contre le sida (Bangkok) a utilisé des groupes témoins de jeunes hommes et de jeunes femmes pour discuter de l'utilisation des préservatifs. On a ainsi découvert qu'en Thaïlande hommes et femmes avaient une conception différente des rapports sexuels. Tandis que les filles recherchaient une liaison amoureuse, les garçons recherchaient l'acte sexuel et obligeaient parfois les filles à avoir des rapports sexuels non protégés. Sur la base de ses conclusions, le Projet a imprimé des brochures distinctes pour les jeunes hommes et pour les jeunes femmes. Chaque brochure comportait un exposé de ce que l'autre sexe recherchait et attendait, ainsi que des moyens d'aborder ces problèmes⁶³. Les brochures ont eu tant de succès que d'autres projets en ont acheté des milliers d'exemplaires.

Certains programmes s'intéressent aux jeunes qui ont une bonne aptitude à la communication et à la coopération afin de voir ce qu'ils font de bien. Au Brésil, certains garçons n'agissent pas en conformité avec les stéréotypes culturels dominants selon lesquels les hommes doivent être agressifs et peu portés à communiquer. Ces garçons avaient tous un parent ou un ami qui leur a donné un autre exemple à suivre. Les garçons capables de réfléchir sur leur propre vie ou qui ont fait preuve de compétence dans un domaine quelconque d'activité — études, travail, sports ou musique — ont été mieux à même d'ignorer les stéréotypes masculins traditionnels. Les programmes peuvent agir de plusieurs manières : par exemple, entrer en contact avec les jeunes hommes pour réfléchir à leurs actions, leur offrir des guides qui encouragent les rapports sexuels sans danger, les doter de savoir-faire, et les aider à mettre en question les rôles modèles traditionnels⁶⁴.

L'expérience des programmes passés indique que les jeunes ont besoin de programmes qui soient accessibles, s'abstiennent de porter un jugement et s'ouvrent aux désirs des jeunes⁶⁵. Parce que les jeunes sont si divers — garçons et filles, mariés et célibataires, sexuellement actifs et inactifs — il n'y a pas d'approche unique qui convienne à tous⁶⁶. Bien qu'il faille mener des activités distinctes pour répondre aux besoins des garçons et des filles, il est particulièrement efficace de faire en sorte qu'ils s'écoutent les uns les autres afin de faciliter une communication ouverte entre partenaires.

La formation de jeunes au rôle d'éducateur de leurs compagnons d'âge peut légitimer les débats sur la responsabilité sexuelle. Les jeunes hommes en rencontrent d'autres, semblables à eux-mêmes, qui parlent aisément et sans détour de sexualité et encouragent un comportement responsable présenté comme une qualité "masculine" séduisante. La fonction d'éducatrice de leurs compagnes d'âge peut aussi permettre aux filles de parler de sexe sans risquer qu'on les qualifie de dissolues⁶⁷.

Les programmes peuvent répondre à moindre prix aux besoins des jeunes s'ils évitent de traiter la sexualité des adolescents comme un problème médical. Beaucoup de jeunes, peut-être la plupart d'entre eux, n'ont besoin que d'informations, des savoir-faire nécessaires à la conduite de leur vie et de conseils sensés. Ces besoins peuvent être satisfaits dans les cadres communautaires que les jeunes préfèrent. Ces cadres peuvent différer en fonction du sexe et de l'âge; les clubs sportifs, les groupes de scouts/éclaireuses, les pharmacies et les lieux de travail sont normalement du nombre⁶⁸. Les services de santé peuvent soutenir ces activités⁶⁹.

ENCADRÉ 13

Les normes régissant les relations entre les sexes peuvent faire obstacle à des rapports sexuels sans danger

Au Brésil, les garçons apprennent qu'être un homme, cela consiste notamment à être sexuellement actif. Un "homme" doit être sexuellement actif et à l'abri du manque d'argent. Pour la plupart des garçons, il est plus facile de devenir sexuellement actif que de trouver un emploi, de sorte que les conquêtes sexuelles sont l'un des rares moyens qui leur permettent d'affirmer leur masculinité. Les garçons apprennent de personnes de leur propre sexe les normes qui régissent la condition masculine. Amis, oncles, voisins, même leurs pères taquent les garçons et les encouragent à devenir sexuellement actifs, les traitant d'homosexuels s'ils ne le sont pas.

Les filles brésiliennes reçoivent un message différent. Une femme doit être plus fragile qu'un homme, moins agressive, plus capable de contrôler sa sexualité. Avant le mariage, elle ne doit pas être sexuellement active, ni informée des problèmes sexuels. Après le mariage, son mari lui enseignera tout ce qu'elle a besoin de savoir.

De telles normes conduisent à une coopération et à une communication médiocres en matière sexuelle. Les filles disent qu'elles ne peuvent suggérer l'utilisation de préservatifs ni en porter sur elles par crainte de passer pour dissolues. Les garçons disent qu'ils ne peuvent accepter la continence par crainte de passer pour faibles. Les filles risquent la honte si elles cherchent à s'informer de la sexualité ou s'y intéressent. Les garçons risquent le ridicule s'ils se contentent d'une seule partenaire.

Les programmes doivent aussi viser les adultes pour que ceux-ci n'empêchent pas les jeunes d'agir d'une manière sexuellement responsable en limitant leur accès à l'information et aux services de santé. Par exemple, le personnel sanitaire refuse souvent de traiter les jeunes qui recherchent des soins de santé, les parents négligent d'informer leurs enfants et les enseignants oublient de leur présenter toute documentation relative à la santé sexuelle.

Dans une étude menée au Kenya, 71 % des parents ont déclaré s'être entretenus avec leurs enfants de leur travail scolaire durant l'année écoulée, mais 28 % seulement de leur comportement sexuel⁷⁰. Il faut que les parents examinent leurs propres idées reçues concernant le sexe et la sexualité et décident si ce sont les valeurs qu'ils souhaitent transmettre à leurs enfants. Une fois que les parents reconnaissent l'importance de leur propre rôle dans le processus d'éducation, les programmes peuvent être centrés sur la fourniture d'informations et les aider à déterminer les manières possibles d'aborder un entretien avec leurs enfants.

Les parents ne sont pas les seuls adultes qui aient à intervenir. En Ouganda, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) adopte une définition élargie du mot "parents" — tous les adultes qui s'occupent des enfants : mères, pères, grands-parents, tantes, oncles, beaux-parents, tuteurs et amis de la famille. Les agents sanitaires, les enseignants, les entraîneurs sportifs et tous ceux qui travaillent avec les jeunes peuvent aussi devenir pour eux des sources d'information effectives. De même que les parents, ces adultes ont besoin d'examiner leurs propres idées reçues, ainsi que d'accéder à une information précise.

ENCADRÉ 14

La Fondation Gates aide à protéger les jeunes Africains contre le VIH/sida

En avril 2000, la Fondation Bill et Melinda Gates a annoncé un don de 57 millions de dollars destiné aux programmes qui protègent contre le sida les jeunes défavorisés du Botswana, du Ghana, de l'Ouganda et de la République-Unie de Tanzanie. Cette fondation américaine a pour priorité essentielle de prévenir les maladies mortelles chez les enfants pauvres.

Ce don, étalé sur cinq ans, servira à élargir les campagnes nationales visant à éduquer les jeunes en matière de prévention du VIH/sida et à faire en sorte qu'ils puissent se protéger. Les gouvernements des pays bénéficiaires exécuteront les programmes en partenariat avec le FNUAP, deux ONG internationales ayant une expérience étendue de l'Afrique subsaharienne – the Program for Appropriate Technology in Health (PATH) et Pathfinder International – et des groupes locaux.

Les quatre pays ont été choisis en fonction des besoins et de leur détermination attestée de prévenir le VIH/sida parmi les jeunes. Les agents de terrain du FNUAP, du PATH et de Pathfinder ont élaboré des projets qui comprennent des programmes d'éducation dans les zones rurales et urbaines, la délivrance de conseils par les compagnons d'âge aux jeunes scolarisés ou non scolarisés, des services de santé en matière de reproduction qui soient accessibles (par exemple, fournis dans des centres de jeunesse) et une formation à l'emploi destinée aux jeunes.

Les programmes bénéficiant de cet appui serviront aussi de modèle à d'autres pays durement frappés et aux activités internationales d'assistance. Un réseau régional d'appui facilitera la mise en commun des expériences nationales.

Plusieurs types de programme enseignent la communication entre générations en matière de sexualité. Au Kenya, par exemple, l'Association pour la planification familiale met à l'essai un modèle centré sur les parents et visant à élargir l'accès à l'information et aux services parmi les jeunes de la ville de Nyeri. Grâce à ce programme, les parents sont formés à avoir une attitude amicale envers leurs enfants, à fournir aux adolescents et à d'autres parents des informations, des conseils de base et des adresses utiles. En outre, les prestataires de soins tant privés que publics sont formés à prendre en charge les adolescents qu'on leur envoie parce qu'ils ont besoin d'une information plus poussée, de conseils ou de soins cliniques⁷¹.

Le FNUAP a soutenu plusieurs projets d'éducation des parents en Afrique et ailleurs. Au Malawi, par exemple, un projet en cours vise à intégrer l'éducation des parents dans un programme de formation à base communautaire. En Égypte, un projet interrégional soutenu par le FNUAP a formé avec succès des théologiens musulmans à éduquer et conseiller, dans un cadre non structuré, les parents sur divers sujets : santé en matière de reproduction, éducation sexuelle et planification familiale. Au Mexique, *Gente Joven* vise à améliorer la communication entre les générations et à susciter chez les adultes et les parents une attitude claire et positive concernant la sexualité des jeunes. Le programme offre aux parents de jeunes âgés de 11 à 20 ans des cours de base les préparant à aborder avec eux les problèmes d'ordre sexuel. En 1991, la formation a également été dispensée à 110 000 animateurs de jeunesse.

Des politiques qui encouragent les partenariats

Les normes sociales actuelles sont en faveur de refuser aux jeunes des informations exactes, tandis que la culture populaire glorifie et encourage l'activité sexuelle⁷². Les décideurs peuvent aider à changer ces normes. Ils peuvent adopter et faire respecter des lois qui protègent filles et garçons des violences commises par les adultes et du mariage précoce. En collaboration avec les professionnels de la santé, ils peuvent donner aux adolescents accès à l'information, aux savoir-faire et aux services s'ils en ont besoin. Ils peuvent soutenir les efforts déployés pour empêcher que les jeunes, surtout les filles, n'abandonnent leurs études.

Plus important encore, les décideurs et les dirigeants politiques peuvent devenir de nouveaux rôles modèles qui valident l'image de femmes capables et d'hommes compatissants. Par leurs actions, ils peuvent démontrer qu'hommes et femmes sont capables de communiquer et coopérer et qu'ils le font effectivement.

Besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction

Si les femmes courent un plus grand risque que les hommes de contracter des maladies de l'appareil génital, les hommes ne sont pas non plus à l'abri des infections sexuellement transmissibles et souffrent d'autres problèmes de santé en matière de



reproduction, tels que l'impuissance et la stérilité. Le décès ou la maladie de leurs épouses, dus à la médiocrité des soins de santé en matière de reproduction, constitue un autre fardeau dont beaucoup d'hommes sont accablés.

On a évalué à 1,9 million le nombre d'années de vie active que, chaque année, les hommes âgés de 15 à 59 ans perdront en raison des MST, non compris le VIH/sida, et à 16,8 millions le nombre des années de vie active perdues en raison du VIH/sida lui-même⁷³. La stérilité, qui résulte fréquemment de MST non traitées, touche des millions d'hommes, mais les statistiques sont très fragmentaires car la santé des hommes en matière de reproduction n'est souvent pas évaluée sur le plan médical et demeure insuffisamment étudiée⁷⁴.

Les hommes, tout autant que les femmes, veulent espacer la naissance de leurs enfants ou en limiter le nombre; mais leurs besoins ne sont pas satisfaits. Dans certains pays en développement, par exemple, d'un quart à deux tiers des hommes disent qu'ils ne veulent plus avoir d'enfants, mais ni eux-mêmes ni leurs épouses n'emploient de moyens contraceptifs⁷⁵.

Les services de santé en matière de reproduction destinés aux hommes se concentrent avant tout sur le traitement et le contrôle des MST. Dans de nombreux pays, on s'est efforcé de fournir des informations et des services aux jeunes recrues⁷⁶. Les programmes soutenus par le FNUAP en Bolivie, en Équateur, au Nicaragua, au Paraguay et au Pérou font mieux prendre conscience au sein des forces armées et des forces de police de la santé des hommes en matière de sexualité et de reproduction, de l'inégalité des relations entre les sexes et de la violence à l'égard des femmes⁷⁷.

Le taux du recours à la contraception attribué aux hommes (préservatifs, retrait, abstinence périodique et vasectomie) a diminué ces dernières années. Il est tombé à 26 %, soit 11 % de moins qu'en 1987 et 5 % de moins qu'en 1994⁷⁸. La vasectomie (contraception chirurgicale masculine) est une procédure plus sûre et plus respectueuse de l'intégrité physique que son homologue chez la femme (ligature des trompes), mais elle est beaucoup moins fréquemment pratiquée.

Les utilisateurs potentiels citent des raisons, diverses selon les individus, pour lesquelles ils trouvent une méthode donnée inacceptable (par exemple, ils se demandent si elle est permanente ou réversible, ou craignent qu'elle n'ait un effet négatif sur le désir ou la performance sexuels). Mais ces méthodes offrent des avantages : prévention du VIH dans le cas des préservatifs, permanence de nombreuses vasectomies, gratuité de l'abstinence et du retrait.

En de nombreux pays, beaucoup d'hommes célibataires continuent de disposer de peu d'informations concernant la manière d'éviter la grossesse, de prévenir le VIH/sida et les autres MST. Les hommes célibataires sexuellement actifs déclarent dans une certaine proportion utiliser des préservatifs (de 7 à 50 % en Afrique subsaharienne et de 27 à 64 % en Amérique latine)⁷⁹. Cependant, les lacunes de l'information, l'embarras, la répugnance des fournisseurs font obstacle à une utilisation plus fréquente.

Les programmes qui visent à modifier les attitudes masculines et à mieux assurer la santé en matière de reproduction, notamment en diffusant la planification familiale, ainsi qu'à enseigner le respect des sexes⁸⁰, ont marqué quelque progrès.

Les programmes de délivrance de conseils par les compagnons d'âge ont été particulièrement utiles pour répondre aux besoins des adolescents.

La Fédération ghanéenne pour la procréation responsable a accru l'intérêt des hommes pour la contraception grâce à une approche qui combine l'action des médias et les interventions externes du personnel des dispensaires aux fins d'appeler l'attention sur un large éventail de problèmes de santé en matière de reproduction, dont l'impuissance et la stérilité⁸¹.

Au Mexique et en Colombie, la délivrance de conseils par les compagnons d'âge a fait mieux accepter la vasectomie. Au Mexique, la formation des conseillers et du personnel paramédical a permis d'augmenter le taux d'acceptation de 25 %, de sorte que la contraception chirurgicale féminine est désormais moins pratiquée. En Turquie, les entretiens-conseils avec des couples sur la vasectomie, à la suite d'un avortement, ont rendu cette pratique plus acceptable et diminué le nombre d'avortements.

Besoins des migrants et des réfugiés dans le domaine de la santé en matière de reproduction

C'est un problème prioritaire de santé publique que de répondre aux besoins de santé, y compris en matière de reproduction, des personnes que l'infrastructure normale n'atteint pas ou ne peut atteindre. Il s'agit des personnes sinistrées par un conflit ou une catastrophe naturelle; des groupes de population établis dans des zones écartées et de communautés diverses vivant dans la pauvreté; ou des pays qui subissent l'effet négatif de revers économiques ou d'une période de transition. Femmes et enfants constituent une proportion exceptionnellement élevée de ces communautés, et de plus en plus en tant que chefs de famille.

On a évalué aux chiffres d'environ 125 millions les migrants internationaux et de 15 millions les réfugiés qui actuellement, dans le monde entier, cherchent à assurer une vie meilleure à eux-mêmes et à leurs familles hors de leur pays d'origine, ou qui fuient les guerres, les luttes civiles, la famine et la destruction de l'environnement. Vingt autres millions de personnes sont déplacées à l'intérieur de leurs propres pays. La plupart de ces migrants et réfugiés finissent dans des zones urbaines et la plupart d'entre eux — jusqu'à 80 % dans certains cas — sont des femmes et des enfants⁸².

Presque tous les réfugiés et la moitié de tous les migrants vivent dans les pays en développement, où les services sont d'ordinaire terriblement insuffisants pour répondre à leurs besoins de santé en matière de reproduction. Plus encore que les autres groupes, migrants et réfugiés ont besoin de soins de santé en matière de reproduction, y compris la protection contre le sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, de services de maternité sans danger, et d'une protection contre les sévices sexuels. Trop souvent, ils n'ont pas accès à ces importants services. Agglutinés à la périphérie des villes, logés dans des camps temporaires à l'écart de tout, souvent privés d'un domicile propre, les membres de ces groupes de population sont au nombre des plus vulnérables⁸³.

Puisque les familles migrantes des pays en développement sont généralement pauvres, qu'elles

Les hommes, tout autant que les femmes, veulent espacer la naissance de leurs enfants, mais leurs besoins ne sont pas satisfaits.

mènent une existence sordide dans des bidonvilles, dans des colonies de squatters ou sur la voie publique, elles sont plus exposées que l'ensemble de la population aux grossesses non désirées, aux complications de la grossesse et de l'accouchement, et à la violence familiale. Femmes et enfants sont en outre exposés à l'exploitation sexuelle, aux MST (y compris le VIH/sida) et à la violence sexiste⁸⁴. Femmes et adolescentes deviennent souvent la proie de proxénètes.

Par l'intermédiaire du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), la communauté internationale s'emploie à rendre aux personnes déplacées, surtout aux femmes et aux enfants, des conditions de vie décentes. La formation à l'emploi et à des savoir-faire, l'accès aux outils, à l'équipement et aux programmes de crédit permettent aux femmes et à leurs familles de reconstruire leur vie⁸⁵. De la même manière, des programmes de santé en matière de reproduction doivent atteindre les femmes — et les hommes — des sociétés en transition ou réfugiées, leur offrant des services qui les mettront à l'abri des grossesses non désirées et de la maladie et les aideront à rester en bonne santé en cas de grossesse.

Les personnes chassées de leur foyer du fait de conflits civils, de guerres ou de catastrophes naturelles sont souvent exposées aux risques qui menacent la santé en matière de reproduction et n'ont pas d'accès régulier aux services et à l'information. En de telles

situations, beaucoup de femmes se trouvent chefs de famille, voire seules et sans protection familiale, ce qui les expose encore davantage à l'exploitation sexuelle et aux risques qui l'accompagnent.

La violence sexuelle est fréquente durant les conflits armés, surtout lorsque les combattants se mêlent aux populations civiles. Dans plusieurs conflits récents, preuve a été faite que les viols furent nombreux. Il est donc absolument nécessaire de fournir aux femmes et aux jeunes qui ont été victimes de violences sexuelles le traitement, les conseils et services nécessaires, à savoir notamment la contraception d'urgence, la prévention des MST, dont le VIH/sida, et une prise en charge des accouchements et des complications de l'avortement.

Partenariats pour la planification familiale et la santé en matière de reproduction

Les gouvernements peuvent promouvoir la participation communautaire à l'amélioration de la santé en matière de reproduction et rendre les programmes du secteur public plus sensibles aux sexospécificités. Un certain nombre de guides et de programmes ont été élaborés pour atteindre ces objectifs et divers pays ont

ENCADRÉ 15

Le FNUAP et les besoins de santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence

Depuis 1994, le FNUAP a activement centré l'attention de la communauté internationale sur la santé et les droits des réfugiés et des personnes déplacées en matière de reproduction, prêtant son appui à des projets d'urgence concernant la santé en matière de reproduction dans plus de 30 pays. Ces projets assurent : des soins d'hygiène individuelle; des soins prénatals, un accouchement sans danger et des soins postnatals; le traitement des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum; des informations et services relatifs à la planification familiale; la prévention et la gestion des infections de l'appareil génital et des MST, y compris le VIH/sida; et la prise en charge des conséquences de la violence sexuelle.

En 1995, le FNUAP et le HCR, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, ont organisé un colloque destiné aux organismes humanitaires. Il a abouti à la création d'un Groupe de travail interinstitutions sur les besoins de santé des réfugiés en matière de reproduction, et à la publication de *An Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Refugee Situations*, ouvrage que de nombreux organismes ont abondamment utilisé dans les situations d'urgence qui se sont présentées ultérieurement. La plus récente version du manuel a été lancée en juin 1999 par l'OMS, le HCR et le FNUAP.

Le groupe de travail demeure un organe actif de coordination pour les organismes internationaux dans ce domaine; il leur offre un cadre où partager des informations sur leurs interventions, fixer des normes de soins, guider la recherche et coordonner les activités de formation et de plaidoyer.

Le groupe de travail a aussi aidé à mettre au point et perfectionner le contenu d'une série de 12 trousseaux d'urgence pour l'obstétrique et la santé en matière de reproduction, qu'il est possible d'envoyer par voie aérienne dans les zones de crise avant que des programmes plus complets ne soient élaborés. Le FNUAP compose ces trousseaux et les met sur demande à la disposition des organismes et des gouvernements dans les situations d'urgence. Il a fourni cet équipement et ces fournitures, aussi bien qu'un appui technique aux services de santé en matière de reproduction, au Kosovo, au Timor oriental et dans les pays suivants: Afghanistan, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Érythrée, Guinée-Bissau, Mongolie, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Zimbabwe.

En 1999 et dans les premiers mois de 2000, le FNUAP a réagi à un certain nombre de catastrophes naturelles, à savoir notamment des séismes en Turquie; des glissements de terrain au Venezuela; un cyclone en Inde; des inondations à Madagascar, au Mozambique et au Zimbabwe.

Le FNUAP collabore étroitement avec d'autres organisations et organismes internationaux, ainsi qu'avec des groupes locaux. Il a signé des accords de partenariat avec le HCR, l'Organisation internationale pour les migrations et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Le FNUAP fournit régulièrement des services d'experts s'agissant de réunir des informations sur les aspects démographiques de crises, à titre de contribution aux évaluations des besoins humanitaires interinstitutions de l'ONU et à la planification y relative.



élargi la formation pertinente à l'intention du personnel affecté aux programmes⁸⁶. Les organisations non gouvernementales ont souvent fait preuve à cet égard de plus de souplesse que les services gouvernementaux et ont souvent moins de mal que les gouvernements à agir dans des domaines délicats tels que la santé des adolescents et la violence sexiste.

Les réseaux

L'une des grandes forces des ONG est leur aptitude à former des partenariats et des alliances entre elles-mêmes et avec les gouvernements ou autres entités. Ces réseaux d'organisations appliquent diverses perspectives et divers types de compétences aux préoccupations communes.

Au **Brésil**, la *Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos* est un réseau de dimension nationale qui rassemble 60 ONG et groupes féminins, 20 groupes universitaires actifs dans les questions d'égalité des sexes et de santé, des femmes parlementaires, des praticiens de la médecine et du droit, et des militants des droits de la personne. Depuis la CIPD, ce réseau a facilité la participation des femmes à la formulation et à l'application des politiques concernant la santé et les droits des femmes et des adolescents en matière de reproduction, renforçant la perspective des sexes et aidant à créer une nouvelle vision et de nouveaux indicateurs de santé.

La **Fédération internationale pour la planification familiale** (FIPF) groupe les associations de planification familiale de 150 pays. La Charte de la FIPF sur les droits en matière de sexualité et de reproduction, élaborée en 1995, sert dans le monde entier à remanier la législation et à conduire des activités de plaidoyer sur des problèmes délicats tels que l'avortement sans danger et les grossesses non désirées.

Health Empowerment Rights and Accountability (HERA) est un réseau international d'ONG, réunissant des chercheurs et des organisations féminines, qui fut formé durant le processus CIPD pour militer en faveur de l'égalité des sexes, ainsi que de la santé et des droits en matière de reproduction. Coordonné par l'International Women's Health Coalition de New York, les mises à jour, fiches d'information, consultations et ateliers de HERA ont beaucoup contribué à faire prendre conscience à la communauté internationale de l'importance des sexes et des droits de la femme dans les stratégies de population et de développement.

L'**International Reproductive Rights Research Action Group**, créé en 1992, collabore avec d'autres réseaux féminins tels que **Development Alternatives with Women for a New Era**, Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes, **Women's Health Coalition** et **Réseau mondial des femmes pour les droits sur la reproduction**. L'influence de leurs politiques se fait sentir dans les sept pays où ces organisations ont entrepris des travaux de recherche (Brésil, Égypte, États-Unis, Malaisie, Mexique, Nigéria et Philippines), ainsi qu'au niveau international, où elles ont aidé à inscrire sur l'agenda intergouvernemental les aspects culturels, politiques et économiques des droits en matière de reproduction.

Le **Fonds mondial pour les femmes** a été créé au milieu des années 80 pour aider les femmes et les organisations féminines à transformer leurs sociétés. Le Fonds mondial a étudié l'impact de ses subventions

dans huit pays, notamment sur les attitudes des femmes concernant la planification familiale et l'emploi de contraceptifs. L'étude a établi ce qui suit : "le fait de participer aux activités des organisations émancipe les femmes (en améliorant leur confiance en soi, leurs connaissances, leurs savoir-faire et en augmentant leur autonomie économique). Ces changements ont à leur tour un impact sur la santé en matière de reproduction et le comportement procréateur. Pour beaucoup de femmes, ils accroissent tant leur désir de recourir à la contraception que leur aptitude à y avoir accès"⁸⁷.

Les ONG nationales et les services de santé communautaires

Les ONG nationales promeuvent la santé en matière de reproduction et le bien-être des femmes, dispensant soins de santé et services sociaux et participant activement aux processus de réforme du secteur sanitaire. Au Bangladesh, par exemple, les ONG exécutent un quart des activités concernant la santé en matière de reproduction. L'une d'elles est le Comité bangladais de progrès rural (Bangladesh Rural Advancement Committee), fondé en 1972, dont le personnel comprend plus de 20 000 membres et qui atteint 2,1 millions de femmes et fillettes réparties entre 65 000 villages et 34 000 écoles.

Dans plusieurs pays (**Bangladesh, Colombie, Jamaïque, Mexique, Pérou et Zambie**), les ONG ont assumé un rôle dirigeant s'agissant d'élargir les services — en particulier d'assurer la planification familiale dans le contexte de la santé en matière de reproduction et d'offrir des services aux hommes et aux jeunes gens. Profamilia, organisme colombien affilié à la FIPF, assure dans ce pays plus de 60 % des services de planification familiale. Depuis 1994, il a élargi l'éventail des services de santé en matière de reproduction, sans parler d'autres activités d'émancipation des femmes. Au Pérou, l'ONG féminine Manuela Ramos collabore avec près de 90 % des organisations de femmes à base communautaire par le biais d'un projet appelé *ReproSalud*⁸⁸.

En **Chine**, la Fondation Ford a soutenu le Programme de santé en matière de reproduction et de développement de la femme, qui vise à aborder la santé des femmes en matière de reproduction dans le contexte socioéconomique plus large dont dépend leur état de santé général⁸⁹. Le programme a permis aux femmes rurales pauvres de mieux comprendre leurs besoins de santé et d'agir pour les satisfaire. Les communautés ont participé à la prise de décisions et à la conception des programmes. Il a aussi formé des professionnels, aux niveaux national et local, à appliquer une approche "de bas en haut" pour répondre aux besoins des individus et des communautés.

Certaines associations de planification familiale affiliées à la FIPF s'efforcent d'aider les communautés à identifier leurs problèmes sur le plan de la santé en matière de reproduction, inspirant ainsi confiance au sein des communautés en ceux qui dispensent des soins de santé et garantissant que les nouveaux services répondent aux besoins communautaires. À Madras, en **Inde**, cette approche a aidé les femmes à apprendre à mieux communiquer, leur permettant ainsi de parler à leurs maris et de jouer un rôle plus important pour ce qui est d'assurer le bien-être de leurs enfants⁹⁰.

Les ONG ont souvent moins de mal que les gouvernements à agir dans des domaines délicats tels que la santé des adolescents.



ENCADRÉ 16

Utiliser les réseaux pour promouvoir la santé en matière de reproduction

Le projet ACCESS du Centre for Development and Population Activities (CEDPA) a fourni au Nigéria des services à base communautaire dans le domaine de la planification familiale et de la santé en matière de reproduction, en collaborant avec 10 organisations qui oeuvrent en faveur de la femme dans plusieurs États du Nigéria. Tous sont des chapitres, au niveau de l'État, de réseaux nationaux plus importants, à savoir le Conseil national des sociétés féminines, l'Organisation chrétienne nigériane pour la santé, l'Association nigériane des femmes rurales, Femmes du Nigéria, et l'Organisation nigériane pour la santé au niveau local. Les organisations oeuvrent en collaboration avec 500 sociétés locales qui offrent des services intégrés par l'intermédiaire de plus de 2 000 agents, vendeurs ambulants et négociants. La force de ces réseaux provient de leurs légitimité et crédibilité dans le pays même et, ce qui compte davantage, de leur pertinence au niveau local et de leur aptitude à collaborer avec les programmes des autorités locales et à les soutenir.

Les ONG et la santé des adolescents en matière de reproduction

Les ONG s'efforcent de faire participer les adolescents à la satisfaction de leurs besoins sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Donner aux filles un endroit où parler de leurs sentiments et de leurs attentes concernant la procréation, la santé et la sexualité est une stratégie importante aux fins d'améliorer la santé en matière de reproduction et l'égalité des sexes.

Des groupes traditionnels, comme l'Association mondiale des guides et des éclaireuses, plaident aussi en faveur des droits des jeunes filles en matière de reproduction. Des ONG locales comme la *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* (Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes), CEDPA en **Inde**, Arrow en **Malaisie**, ISIS International-Manille aux **Philippines**, l'Association tanzanienne des femmes des médias en **République-Unie de Tanzanie** et le Women's Health Project en **Afrique du Sud** recourent à des débats entre compagnes d'âge et à des techniques de formation aux sexospécificités afin d'encourager les filles à parler de leur santé en matière de reproduction et de sexualité et à mieux s'affirmer dans leurs rapports avec les garçons.

En **Ouganda**, le Programme d'amélioration de la vie des adolescents en matière de procréation est un programme à base communautaire soutenu par le FNUAP qui vise principalement les jeunes non scolarisés; il s'efforce de créer pour les adolescents un environnement sans danger qui combine les activités de loisir avec les conseils et services relatifs à la santé en matière de reproduction. Bien que centré sur les adolescents, ce programme rend aussi les parents, les dirigeants religieux et les chefs de communauté conscients de l'importance de dispenser de tels conseils et services.

D'autres groupes, tels que le Women's Rehabilitation Centre au **Népal** et des membres du Réseau mondial des femmes pour les droits sur la reproduction, actifs dans plus de 23 pays, se mesurent à la tâche difficile d'améliorer la santé, le bien-être et les choix des enfants qui sont d'anciens travailleurs de l'industrie du sexe arrachés à leur situation.



Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles : Une priorité dans le domaine des droits et de la santé

*“[La violence à l'égard des femmes] se rencontre dans toutes les conditions sociales et économiques et elle est profondément enracinée dans des cultures du monde entier – à tel point que des millions de femmes y voient un mode de vie”.*¹

La violence sexiste — c'est-à-dire, sous diverses formes, le viol, la violence familiale, les crimes “d'honneur” et la traite des femmes — prélèvent un lourd tribut sur la santé mentale et physique. De plus en plus, la violence sexiste est reconnue comme un très grave problème de santé publique et une sérieuse violation des droits fondamentaux².

Au niveau mondial, au moins une femme sur trois a été battue, contrainte à avoir des rapports sexuels ou maltraitée de quelque autre manière — le plus souvent par quelqu'un de sa connaissance, y compris son mari ou un autre membre masculin de la famille. Une femme sur quatre a été victime de sévices durant une grossesse³.

Des millions de femmes ont besoin d'une attention médicale ou subissent de quelque autre manière l'impact de la violence sexiste; la crainte de la violence empêche toute discussion et limite les choix de santé et les perspectives de vie de millions d'autres.

La cruauté mentale accompagne presque toujours les sévices physiques. En outre, dans un tiers à la moitié des cas, il s'y ajoute des sévices sexuels. Une forte proportion des femmes battues subissent des violences de manière répétée⁴.

La violence à l'égard des femmes est une violation des droits de la personne extrêmement répandue, mais cependant insuffisamment reconnue. En conséquence, la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (Vienne, 1993) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ont donné priorité à ce problème.

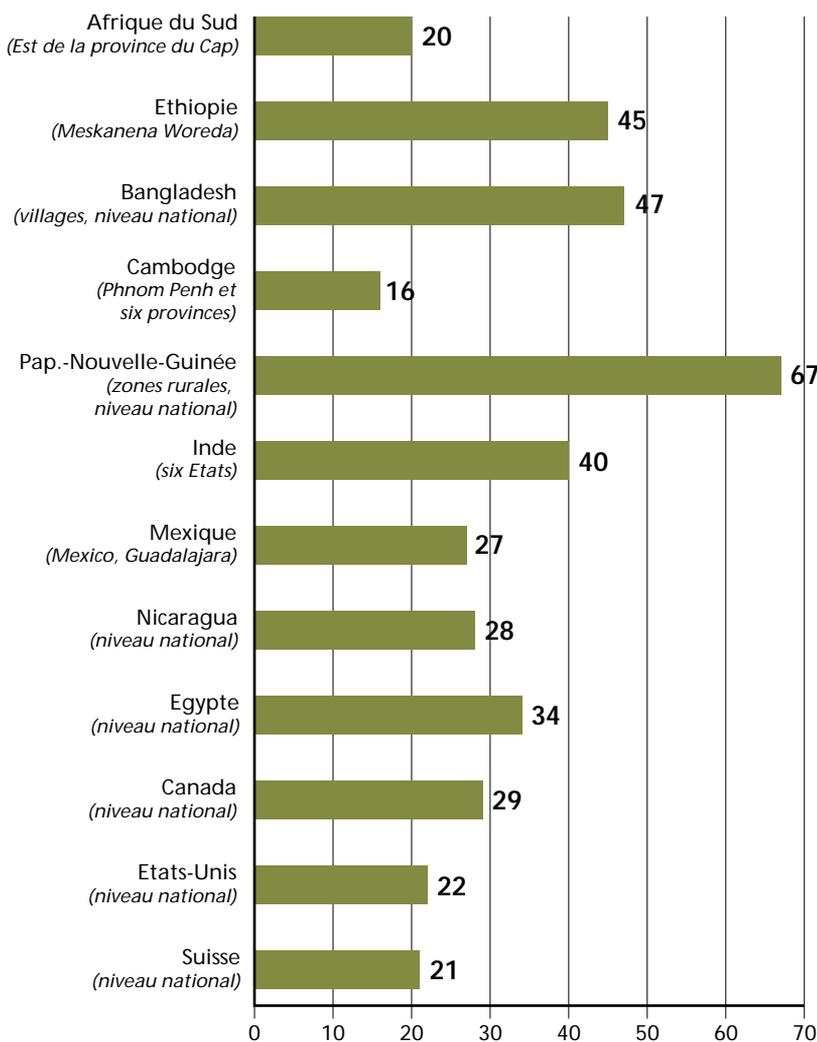
La violence à l'égard des femmes et des filles prend de nombreuses formes :

- Au moins 60 millions de filles qui devraient autrement être en vie “manquent à l'appel” dans divers groupes de population, surtout en Asie, du fait d'avortements, d'infanticides ou d'absence de soins en raison de leur sexe;
- Des études donnent à penser que la violence familiale est répandue dans la plupart des sociétés et constitue une cause fréquente de suicide chez les femmes;

PHOTO: Prostituées indiennes. Les trafiquants, qui s'attaquent aux êtres pauvres et vulnérables, font tomber par la ruse beaucoup de femmes et de jeunes filles dans la prostitution.

Bartholomew/Liaison

Diagramme 5 : Pourcentage des femmes adultes dénonçant une agression physique par un partenaire masculin (Dans tous les modes de vie commune; d'après plusieurs études)



Source : L. Heise, M. Ellsberg et M. Gottemoeller, "Ending Violence against Women". *Population Reports*, Série L, Numéro 11. Baltimore, Ecole de santé publique de l'Université Johns Hopkins, Population Information Program.

- Le viol et d'autres formes de violence sexuelle sont en augmentation. De nombreux viols ne sont pas signalés en raison de la honte et du traumatisme qui en sont inséparables, ainsi que du manque de sympathie témoigné aux victimes par les systèmes judiciaires. L'évaluation de la proportion des viols donnant lieu à dénonciation varie selon les pays — de moins de 3 % en Afrique du Sud à 16 % environ aux États-Unis;
- Deux millions de fillettes âgées de 5 à 15 ans sont chaque année livrées à la prostitution;
- Au moins 130 millions de femmes ont été contraintes de subir la mutilation génitale féminine ; deux millions sont exposées chaque année à cette pratique dégradante et dangereuse;

- Les prétendus crimes "d'honneur" coûtent la vie à des milliers de jeunes femmes chaque année, surtout en Asie occidentale, en Afrique du Nord et dans certaines parties de l'Asie. Au moins 1 000 femmes ont été assassinées au Pakistan en 1999.

Aux États-Unis, une femme est battue toutes les 15 secondes, généralement par son partenaire⁵. La violence physique s'accompagne presque toujours de cruauté mentale, qui peut être tout aussi abaissante et dégradante. Sur 613 femmes victimes de sévices au Japon, par exemple, près de 60 % avaient subi de leur partenaire des sévices physiques et sexuels, ainsi que des actes de cruauté mentale; 8 % seulement n'avaient subi que des sévices physiques⁶. De même, à Leon (Nicaragua), les chercheurs ont établi que, sur 188 femmes maltraitées par leur partenaire, cinq seulement n'avaient pas subi d'agression sexuelle⁷.

Quantifier les actes de violence contre les femmes et les jeunes filles ne suffit naturellement pas à décrire l'atmosphère de terreur qui imprègne souvent des relations fondées sur la violence. Par exemple, dans une enquête nationale sur la violence familiale conduite au Canada en 1993, les chercheurs ont découvert que non moins d'un tiers de toutes les femmes qui avaient été soumises à la violence familiale avaient craint pour leur vie à un moment quelconque⁸. Les femmes reconnaissent souvent que la cruauté mentale et la dégradation sont à la longue plus difficiles à supporter que la douleur physique⁹.

De nombreuses cultures pardonnent ou du moins tolèrent un certain degré de violence contre les femmes. Dans le sous-continent indien et dans certaines parties de l'Asie occidentale et de l'Afrique, par exemple, les hommes passent pour avoir le droit de punir leurs épouses comme ils le jugent bon. Dans de nombreuses sociétés règne la profonde conviction qu'un mari a le droit de battre sa femme ou de la menacer d'être battue.

Même les femmes estiment souvent que les sévices physiques sont justifiés jusqu'à un certain point dans certaines conditions. Par exemple, 80 % des femmes interrogées dans l'Égypte rurale ont déclaré que les coups étaient chose courante, et souvent à juste raison, surtout si la femme a refusé d'avoir des rapports sexuels avec son partenaire¹⁰.

La justification de la violence résulte des normes régissant les rapports entre les sexes — de points de vue faussés concernant les rôles et responsabilités des hommes et des femmes dans leurs relations.

Dans le monde entier, les études ont montré que ce sont toujours les mêmes types de situations qui entraînent une réaction violente, entre autres : ne pas obéir au mari, répondre à ses observations, refuser les rapports sexuels, ne pas lui servir à manger en temps voulu, négliger les soins aux enfants ou les travaux domestiques, poser des questions au mari concernant l'emploi de l'argent ou ses maîtresses, ou aller quelque part sans sa permission¹¹.

Impacts sur la santé en matière de reproduction

La violence sous toutes ses formes cause un dommage immense à la santé en matière de reproduction et au bien-être des femmes et des filles dans le monde entier, sous des formes directes et indirectes :



- Des grossesses non désirées et un accès limité à l'information en matière de planification familiale et aux contraceptifs;
- Des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses ou des lésions subies durant un avortement légal après une grossesse non désirée;
- Des complications consécutives à des grossesses fréquentes et à risque élevé, ainsi qu'au manque de soins de suivi;
- Des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida;
- Des problèmes gynécologiques persistants;
- Des problèmes psychologiques, dont la crainte des rapports sexuels et la perte du plaisir sexuel.

La violence en tant qu'obstacle à la planification familiale

Bien que l'utilisation de la plupart des contraceptifs soit acceptée par les deux partenaires, les chercheurs ont constaté que les femmes maltraitées tendent à ne pas faire usage des services de planification familiale, même s'ils sont aisément disponibles, par crainte des représailles de leur mari. Au Zimbabwe et au Kenya, par exemple, les femmes dissimulent souvent leurs pilules contraceptives parce qu'elles sont terrifiées des conséquences qu'entraînerait la découverte par leur mari du fait qu'il ne contrôle plus la fécondité de son épouse¹². De même, au Pérou et au Mexique, des femmes maltraitées qui ont participé à des débats de groupe ont dit qu'elles ne parlaient pas de contraception avec leur mari de crainte qu'il ne devienne violent¹³. Dans une étude menée au Ghana, près de la moitié de toutes les femmes et 43 % des hommes ont dit qu'un homme avait le droit de battre sa femme si elle faisait usage d'une méthode de planification familiale sans son consentement exprès¹⁴.

Avortement

Les femmes victimes de sévices ou qui craignent de soulever le problème de la planification familiale avec leur partenaire sont exposées à une série de grossesses non désirées. Beaucoup de ces femmes recherchent un avortement.

Grossesses à risque élevé

On a établi un lien entre la violence et le risque accru de fausses couches, de travail prématuré, de souffrance du fœtus et d'insuffisance pondérale à la naissance¹⁵. Une étude menée à Leon (Nicaragua) a établi que la violence à l'égard des femmes enceintes se traduisait par un nombre de nouveau-nés de poids insuffisant triple de la normale¹⁶. Des coups violents portés au ventre peuvent entraîner la mort du fœtus ou l'insuffisance pondérale à la naissance du fait d'un accouchement prématuré¹⁷. La violence peut aussi avoir un effet indirect sur l'issue des grossesses en exposant davantage les femmes à adopter un comportement nuisible, par exemple l'abus du tabac, de l'alcool ou des drogues, dont il est reconnu qu'il entraîne des complications de la grossesse et l'insuffisance pondérale à la naissance¹⁸. La tension et l'anxiété causées par la violence persistante de leur partenaire durant une grossesse peuvent rendre les femmes moins capables de recevoir la nutrition et

ENCADRÉ 17

En Suède, des meurtres donnent naissance à un débat sur la violence familiale

En octobre 1999, après la quatrième affaire en l'espace d'un mois où la police a interrogé ou accusé un homme après la mort de son épouse ou de sa partenaire, les appels à l'adoption de mesures propres à mettre un terme à la violence familiale contre les femmes se sont intensifiés en Suède.

Une femme de 32 ans est morte après une chute du balcon d'un cinquième étage. La police a interrogé son mari, âgé de 35 ans, des voisins ayant déclaré avoir vu le couple en venir aux mains sur le balcon avant la chute. Dans une seule semaine de septembre, trois autres femmes ont été assassinées et leurs partenaires étaient les principaux suspects. Un homme a reconnu avoir tué sa femme. Une jeune fille de 19 ans a été battue à mort chez elle après avoir dénoncé les menaces reçues de son ancien ami.

En Suède, environ 16 femmes sont tuées chaque année par leur partenaire, ce qui représente environ un sixième de tous les meurtres. Quelque 20 373 affaires de sévices à l'encontre de femmes ont été signalées entre janvier et septembre 1998.

Les recherches sur la violence familiale conduites durant la période 1991-1996 ont montré que les hommes qui tuent leur épouse ou partenaire étaient souvent ivres ou avaient des problèmes psychologiques. La jalousie et la séparation étaient les raisons les plus communes.

Les autorités sont exhortées à prêter plus d'attention aux signes avertisseurs. "Dans de nombreux cas, voisins et amis savent que l'homme bat la femme et la femme a même dénoncé ces menaces ou agressions à la police, mais les mesures prises sont insuffisantes", a déclaré un porte-parole du Conseil national pour la prévention du crime.

3

ENCADRÉ 18

Au Pakistan, les agresseurs de femmes sont rarement punis

Selon un rapport de Human Rights Watch établi en 1999, "au Pakistan, les femmes affrontent une violence sexiste dont la fréquence augmente vertigineusement, un système judiciaire profondément prévenu contre elles, et un régime d'application des lois qui traumatise une seconde fois les femmes victimes au lieu de faciliter l'administration de la justice". Citant des taux de violence familiale qui vont jusqu'à 90 %, la dénonciation d'au moins huit viols chaque jour dans l'ensemble du pays, et une montée alarmante des prétendus crimes "d'honneur", le rapport affirme que de tels délits continuent d'être perpétrés avec une impunité presque totale.

Le rapport affirme que les responsables de l'application des lois refusent habituellement d'intervenir dans les cas de violence familiale, qu'ils qualifient de différends privés. Les femmes victimes de sévices qui tentent de déposer plainte sont invariablement renvoyées et la police leur conseille régulièrement, parfois en faisant pression sur elles, de se réconcilier avec leurs époux ou parents violents.

Les femmes qui dénoncent un viol ou une agression sexuelle commis par des étrangers ne sont souvent pas crues et traitées sans aucun respect. Elles doivent se mesurer avec des forces de police grossières, des médecins légistes qui s'intéressent à savoir si elles sont vierges ou non au lieu de soigner leurs lésions, des procureurs non formés à leur profession, des magistrats sceptiques, un cadre juridique discriminatoire et insuffisant. "Seules les plaignantes qui ont le plus de ressort et de ressources savent manoeuvrer dans un milieu aussi hostile", selon le rapport. "Et celles qui le font voient rarement leurs assaillants punis."

La loi pakistanaise sur le viol, l'Offence of Zina Ordinance, permet le viol conjugal, n'institue pas le délit d'attentat à la pudeur et, dans certains cas, n'autorise pas la femme victime à témoigner.

Le rapport précise que les organisations spécialisées dans la défense des droits des femmes ont été soumises à diverses formes d'intimidation, dont une surveillance gouvernementale et des menaces d'interdiction.



les soins médicaux adéquats, comme de prendre le repos et l'exercice voulus; ce qui risque de retarder la croissance du fœtus¹⁹.

MST

Des rapports sexuels forcés ou non protégés exposent les femmes à contracter des MST, dont le VIH/sida. Il est possible d'éviter de nombreuses MST et infections de l'appareil génital si les hommes prennent l'habitude d'utiliser des préservatifs et s'abstiennent de rapports sexuels quand la femme se plaint de douleurs ou d'autres problèmes. De nombreuses femmes ont peur de demander à leur partenaire de porter un préservatif durant les rapports sexuels par crainte d'une réaction violente.

Les victimes de viol sont particulièrement exposées aux infections. Aux États-Unis, par exemple, jusqu'à 30 % des femmes violées chaque année contractent de ce fait une MST.

Les attentats à la pudeur commis contre des fillettes sont un autre aspect profondément troublant de ce problème. Par exemple, une étude menée à Zaria (Nigéria) a établi que 16 % des patients hospitalisés en raison d'infections sexuellement transmissibles étaient âgés de moins de 5 ans²⁰. Au Centre génito-urinaire de Harare (Zimbabwe), les médecins ont découvert que plus de 900 enfants âgés de moins de 12 ans, en 1990 seulement, avaient été traités pour une MST²¹.

Problèmes gynécologiques persistants

Les violences physiques et sexuelles rendent aussi les femmes plus vulnérables à un certain nombre de troubles gynécologiques courants, dont les douleurs pelviennes chroniques. Dans de nombreux pays, ces douleurs sont à l'origine de non moins de 10 % des visites aux gynécologues et entraînent un quart du nombre total des hystérectomies²². Bien que les

douleurs pelviennes chroniques soient normalement causées par des adhérences, l'endométriose ou des infections, la moitié environ des cas traités n'ont pas de causes pathologiques identifiables. Plusieurs études ont établi que les femmes souffrant de douleurs pelviennes tendent à se recruter, partout et toujours, parmi celles qui ont subi des sévices sexuels durant l'enfance, des agressions sexuelles ou des sévices physiques et sexuels de la part de leur partenaire²³.

Les autres problèmes gynécologiques liés à la violence sexuelle sont notamment les saignements vaginaux, les écoulements vaginaux, les règles douloureuses, les inflammations du pelvis et le dysfonctionnement de l'activité sexuelle²⁴. Les agressions sexuelles augmentent aussi le risque de dépression prémenstruelle qui affecte jusqu'à 10 % des femmes d'âge procréateur et modifie leur état physique et leur comportement²⁵.

Problèmes psychologiques

La violence perturbe la vie affective des femmes et de leur famille. Au Nicaragua, par exemple, des études menées sur un groupe témoin ont établi que beaucoup de femmes considéraient les effets psychologiques persistants de la violence familiale plus graves et déprimants que ses effets physiques. La violence peut aussi conduire au suicide²⁶.

Aux États-Unis, un tiers environ des femmes battues passent par de graves crises de dépression²⁷. Une étude a établi que dans un quart des cas, les tentatives de suicide survenaient à la suite de violences. Les données recueillies aux États-Unis donnent à penser que les femmes victimes de violences sexuelles dans leur enfance s'associent assez souvent à des partenaires violents et courent un risque supérieur à la normale de se prostituer ou d'abuser de drogues²⁸.

Tableau 1 : La violence sexiste au long d'une vie de femme

Phase	Type de violence
Avant la naissance	Avortement en fonction du sexe du fœtus, coups violents portés durant la grossesse, grossesse forcée (viol en temps de guerre)
Petite enfance	Infanticide des filles, violence psychique et physique, accès moindre que les garçons à la nourriture et aux soins médicaux
Enfance	Mutilation génitale; inceste et sévices sexuels; accès moindre que les garçons à la nourriture, aux soins médicaux et à l'éducation; prostitution des enfants
Adolescence	Violences exercées par les jeunes gens au cours de rencontres à deux, rapports sexuels imposés par la situation économique, sévices sexuels au lieu de travail, viol, harcèlement sexuel, prostitution forcée
Âge procréateur	Violence à l'égard des femmes exercée par le partenaire, viol conjugal, sévices et meurtres liés à la dot, assassinat par le partenaire, cruauté mentale, sévices sexuels au lieu de travail, harcèlement sexuel, viol, mauvais traitements à l'égard des femmes handicapées
Vieillesse	Mauvais traitements à l'égard des veuves, et aussi des personnes âgées (dans ce dernier cas, ce sont surtout des femmes)

Source : L. Heise, 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*, document de travail de la Banque mondiale, Washington, DC : Banque mondiale.



Une autre étude conduite aux États-Unis a établi que les femmes victimes d'attentats à la pudeur durant leur enfance avaient trois fois plus de chance d'être enceintes dès l'âge de 18 ans que les autres femmes. D'autre part, les femmes victimes de sévices durant leur enfance étaient deux fois plus exposées à se laisser infecter par une MST ou le VIH en ayant des rapports sexuels non protégés avec de multiples partenaires²⁹.

Traite des femmes et des fillettes

Selon les évaluations, 4 millions de femmes et de fillettes sont achetées et vendues dans le monde entier, à de futurs époux, à des proxénètes ou à des marchands d'esclaves³⁰. Beaucoup tombent dans le piège de trafiquants qui leur promettent des emplois. Dans certains pays, ceux-ci ciblent des communautés pauvres et vulnérables. Ils arrivent par exemple durant une sécheresse ou avant la récolte, quand les vivres sont rares, et persuadent les familles pauvres de vendre leurs filles pour de petites sommes.

Chaque année, selon l'UNICEF, au moins 10 000 fillettes et femmes de pays limitrophes pauvres entrent en Thaïlande où elles finissent travailleuses de l'industrie du sexe. Environ 5 000 à 7 000 jeunes Népalaises sont introduites chaque année en Inde par des trafiquants et finissent le plus souvent de la même manière à Mumbai ou New Delhi³¹.

Bien que ce trafic concerne avant tout l'Asie, les femmes d'Europe de l'Est y sont de plus en plus vulnérables.

Crimes "d'honneur"

Dans le monde entier, il se peut que non moins de 5 000 femmes et jeunes filles soient chaque année victimes de prétendus crimes "d'honneur", beaucoup d'entre elles pour le "deshonneur" d'avoir été violées; l'auteur de ce crime est souvent un membre de leur famille étendue.

Bien des formes de violence à l'égard des femmes sanctionnées par la communauté, comme les crimes "d'honneur", sont liées à l'exigence de chasteté et de virginité imposée par la communauté ou la famille. Ceux qui commettent des actes aussi absurdes et injustifiés reçoivent souvent des peines légères ou sont acquittés par les tribunaux, parce que la défense de l'honneur familial passe pour une circonstance atténuante.

Selon Asma Jahangir, Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires et arbitraires, les crimes "d'honneur" sont en augmentation dans le monde entier. Mme Jahangir travaille en liaison étroite avec les enquêteurs spéciaux des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes et sur l'indépendance des juges et des avocats face à cette question.

"Les auteurs de ces crimes sont le plus souvent des membres masculins de la famille des femmes assassinées, qui échappent à toute sanction ou ne reçoivent qu'une peine réduite en vertu de l'argument que le meurtre a été commis pour défendre leur notion pervertie de l'honneur familial," écrit Mme Jahangir dans son rapport annuel de 2000 à la Commission des droits de l'homme³². Selon le

rapport, de tels crimes ont été signalés dans les pays suivants : Bangladesh, Brésil, Égypte, Équateur, Inde, Israël, Italie, Jordanie, Maroc, Ouganda, Pakistan, Royaume-Uni, Suède et Turquie.

Toujours selon le rapport, une jeune femme de 18 ans a été fouettée à mort à Batsail (Bangladesh) sur l'ordre de religieux pour comportement "immoral". En Égypte, un père a exhibé la tête coupée de sa fille dans les rues en criant : "J'ai vengé mon honneur".

Le rapport signale que les crimes "d'honneur" sont plus répandus dans les pays où la majorité de la population est musulmane, mais sont pratiqués aussi ailleurs. Il ajoute toutefois que les dirigeants islamiques ont condamné la pratique et affirmé qu'elle était dépourvue de tout fondement religieux.

ENCADRÉ 19

Selon un rapport, le trafic des femmes est rarement puni aux États-Unis

Non moins de 50 000 femmes et enfants originaires d'Asie, d'Amérique latine et d'Europe de l'Est sont introduits chaque année aux États-Unis sous de faux prétextes et contraints à travailler dans l'industrie du sexe, ou bien comme ouvriers ou domestiques maltraités, selon un rapport de la Central Intelligence Agency. Cependant, au cours des deux dernières années, le Gouvernement n'a ouvert de poursuites que dans des affaires concernant au plus 250 victimes.

Fondé sur des interviews avec des fonctionnaires, des responsables de l'application des lois, des victimes et des juristes, le rapport affirme que les preuves existent depuis des années d'un vaste trafic qui porte sur des femmes et des enfants migrants, dont certains n'ont que neuf ans. De manière générale, les autorités n'aiment pas s'occuper de ces affaires parce que l'enquête et les poursuites sont difficiles et que les sanctions prises sont souvent très légères.

Le rapport expose en détail de très nombreux cas d'étrangères qui ont répondu à des petites annonces offrant des emplois d'au pair, vendeuses, secrétaires ou serveuses de restaurant aux États-Unis, pour découvrir à leur arrivée que ces emplois n'existaient pas. Au lieu de cela, elles se trouvaient prisonnières, placées sous bonne garde et contraintes de se prostituer ou de travailler à la journée. Certaines d'entre elles étaient immédiatement vendues à des patrons de maison publique. Selon le rapport, les trafiquants cherchaient leurs victimes de préférence dans les pays suivants : Thaïlande, Viet Nam, Chine, Mexique, Russie et République tchèque.

ENCADRÉ 20

Deux crimes "d'honneur" en Jordanie

Kifaya, fillette jordanienne de 12 ans, était intelligente et remplie de curiosité. Mais, quand elle est rentrée chez elle un soir après s'être promenée dans le quartier avec quelques amis, il lui fallut faire face à un père hors de lui. Criant qu'elle avait déshonoré sa famille entière, le père s'est mis à battre Kifaya à coups de bâton et de chaîne de fer jusqu'à ce qu'elle ait cessé de vivre. Il a déclaré à la police qu'il avait tué sa fille unique parce qu'elle allait se promener sans sa permission.

Vers le même moment, Hanan, 34 ans, a été tuée à coups de feu par son frère pour le "crime" d'épouser un chrétien. Son frère a laissé le corps dans la rue et fumé une cigarette en attendant l'arrivée de la police. Chaque année, de 25 à 50 femmes et jeunes filles sont victimes de crimes "d'honneur" en Jordanie.



Action des ONG contre la violence sexiste

L'action des ONG dans le monde entier contre la violence à l'égard des femmes est l'une des contributions les plus importantes à l'élimination de l'oppression fondée sur le sexe.

Grâce à l'action des ONG africaines, avec le soutien d'organisations internationales, la MGF est mise en question et la pratique est bannie, donnant à des millions de fillettes et de femmes l'espoir d'exercer leurs droits et de jouir de la santé et de la sécurité. Le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, qui dispose d'un réseau de filiales dans 26 pays africains et trois pays européens, a mené contre la MGF un combat couronné d'un succès croissant au moyen de campagnes de prise de conscience et en dispensant une formation dans les écoles, les communautés et avec l'aide d'un personnel médical traditionnel et qualifié.

Les ONG sont aussi en première ligne de l'assistance aux femmes qui ont survécu à la violence et au viol en temps de guerre. La *Corporación Grupo de Apoyo* de Bosa (**Colombie**) abrite les femmes victimes de la violence familiale ou sexuelle pour qu'elles puissent reprendre confiance en elles-mêmes et récupérer leurs forces. À San Cristóbal de las Casas, ville située sur les hauts plateaux de Chiapas (**Mexique**), le *Centro de Apoyo a la Mujer* (Centre d'appui aux femmes) offre une formation et un appui aux femmes qui vivent dans une extrême pauvreté et dans l'incertitude du lendemain, en s'efforçant notamment de changer des pratiques telles que celles qui contraignent des fillettes de 10 ans seulement à se marier et des traditions qui excusent les sévices conjugaux, la violence familiale et l'inceste.

En **Bosnie**, où après des années de conflit les femmes subissent non seulement des violences sexuelles, mais aussi des atteintes à leur intégrité mentale et physique, un gynécologue allemand a créé l'organisation *Medica Zenica*. Dans ses cinq premières années d'activité, celle-ci a dispensé des conseils à 20 000 femmes et enfants et atteint les femmes de villages isolés grâce à un dispensaire mobile. Isis-Women's International Cross Cultural Exchange, en **Ouganda**, vient en aide aux femmes ayant survécu à la violence sexuelle dans plusieurs pays (Burundi, Ouganda, Rwanda et Soudan) grâce à un programme d'échanges à l'aide duquel les femmes mettent en commun leurs expériences dans une atmosphère de soutien mutuel et de guérison.

Les campagnes d'ONG contre la violence sexiste utilisent de plus en plus l'Internet. Par exemple, au Rajasthan (**Inde**), quand des membres de la société Bal Rashmi — qui s'oppose activement à l'exploitation sexuelle, au viol, aux meurtres et tortures liés à la dot — ont été mis en prison, une alerte lancée sur l'Internet a permis de suspendre leurs procès.

B.a.B.e., groupe de pression actif en **Croatie**, s'est servi de l'Internet pour faire mieux prendre conscience de l'expérience que les femmes ont eue de la violence durant la guerre et pour faire adopter une nouvelle législation familiale qui prévoit notamment des restrictions à la liberté de mouvement des hommes dans les affaires de viol conjugal. Le Réseau international des femmes — Urgence et solidarité — utilise l'Internet pour mettre en commun les expériences de femmes qui agissent dans des situations de conflit, guerre, catastrophe écologique ou extrême pauvreté.

L'ONG "Femmes vivant sous le droit islamique" a monté une campagne sur le World Wide Web pour protester contre le refus opposé aux femmes qui veulent jouir de leurs droits dans les sociétés islamiques; elle prête notamment soutien à l'Association des femmes afghanes. En **Afrique du Sud**, WomenNet a utilisé l'Internet pour une campagne "Arrêtez les viols" (Stop Rape) soutenue par une pétition internationale.

Aux **Philippines**, des ONG de femmes ont lancé le Programme national de prévention de la violence familiale; elles promeuvent "Voix des 2001 : Campagne pour briser le silence", initiative novatrice qui a réuni les récits de 2 001 femmes.

ENCADRÉ 21

Des femmes ministres des affaires étrangères cherchent à mettre fin au trafic des êtres humains

En octobre 1999, 14 femmes qui sont Ministres des affaires étrangères de leurs pays respectifs ont écrit au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, Kofi Annan, lui demandant de mettre fin à la pratique répandue qu'est la traite des femmes et des enfants.

"À l'aube du XXI^e siècle, il est inacceptable que des êtres humains, partout dans le monde, soient achetés et vendus, condamnés ainsi à des situations — comme l'exploitation sexuelle, la servitude du personnel domestique et l'asservissement pour dette — qui diffèrent bien peu de l'esclavage", ont écrit les Ministres des affaires étrangères des pays suivants : Afrique du Sud, Bahamas, Barbade, Bulgarie, El Salvador, États-Unis, Finlande, Liechtenstein, Luxembourg, Madagascar, Mexique, Mongolie, Niger et Suède.

"Nous reconnaissons l'importance d'une étroite coopération internationale pour vaincre les trafiquants à chaque étape de leurs activités criminelles", est-il affirmé dans cette lettre. Les ministres ont promis l'appui de leurs gouvernements respectifs au projet de convention contre la criminalité transnationale organisée et au protocole sur la traite des êtres humains, qui l'un et l'autre font actuellement l'objet de négociations.



Les hommes, les droits en matière de reproduction et l'égalité entre les sexes

L'égalité entre hommes et femmes est une question qui concerne la société en général, mais elle commence dans la famille. Comprendre la discrimination sexuelle, c'est comprendre les perspectives et les contraintes dans la mesure où elles affectent chacun des deux sexes. Les attitudes et comportements des hommes sont fortement influencés par les images que la société leur impose de ce que doit être un homme.

En particulier, l'idée préconçue que la contraception, la grossesse, l'accouchement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles concernent exclusivement les femmes fait que les hommes se soucient encore moins de participer à la protection de la santé en matière de reproduction — aussi bien la leur que celle de leurs partenaires.

Les définitions de la condition masculine se ramènent souvent à des stéréotypes rigides. Dans bien des contextes culturels, par exemple :

- Un "vrai homme" agit, il n'est pas celui sur qui l'on agit : il est exigeant ou agressif dans l'affirmation de ses désirs et dans les efforts déployés pour atteindre ses objectifs. Son domaine d'action propre est économique ou politique, non domestique ou familial;
- Un "vrai homme" est le chef de famille. Il pourvoit aux besoins du ménage, mais il a le droit d'utiliser ses ressources comme il l'entend. Il peut

faire passer son plaisir personnel avant les dépenses de la famille;

- Un "vrai homme" est fort. Il ne reconnaît ni n'admet l'incertitude — signe de faiblesse;
- L'émotivité peut être aussi un signe de faiblesse. Un "vrai homme" n'affiche donc qu'un souci limité des souhaits, du plaisir ou du bien-être de son partenaire. Il n'a guère de temps à consacrer aux aspects émotifs, par opposition aux aspects matériels, des rapports humains.

Ces stéréotypes et d'autres semblables ne correspondent pas à la réalité, que ce soit pour les hommes ou pour les personnes à leur charge. Les hommes qui — consciemment ou inconsciemment — conduisent leur vie en fonction de tels stéréotypes se préparent à connaître l'échec, des difficultés dans les rapports familiaux et un niveau de tension excessif.

Dans les cultures où le patriarcat est reconnu pour l'unique structure familiale appropriée, hommes et femmes peuvent être prisonniers d'un schéma de relations et de dépendances qui risque de ne causer que frustration aux uns et aux autres. Une femme sans mari peut n'avoir pas de position sociale, voire ne trouver que difficilement les moyens de survivre; mais, de son côté, un homme peut trouver la vie pénible sans une épouse qui fasse "le travail des femmes" — cultiver les plantes vivrières, préparer les repas et élever les enfants.

PHOTO : Le comportement des hommes au sein de leur famille est fortement influencé par l'image attendue de ce que doit être un "vrai homme".

Shehzad Noorani/Still Pictures



UNICEF / 0789 / Nicole Toutounji

La paternité responsable peut faire progresser l'égalité entre les sexes et améliorer le bien-être des familles.

Les hommes qui ne sont pas en mesure de déployer les pouvoirs et compétences attendus d'eux risquent de réagir en adoptant une attitude passive et en cherchant un refuge dans les drogues ou l'alcool, en recourant à la violence contre les êtres encore plus faibles ou en étalant jusqu'à l'exagération des airs bravaches et le goût du risque.

Les rôles des hommes et l'évolution des réalités

En particulier pour les hommes pauvres, peu instruits, sous-employés et marginalisés, toute tentative pour se montrer à la hauteur des idéaux de "masculinité" est fréquemment compromise par de dures réalités, qui changent constamment.

Une analyse détaillée des rapports entre les sexes dans le district Kisii, au Kenya¹, montre comment la confiance en soi des hommes peut être ruinée. Dans ce district, la plupart des hommes ne peuvent plus aspirer à posséder de vastes terres et de nombreux troupeaux, à avoir plusieurs épouses et à engendrer beaucoup d'enfants². En même temps, ils ont une conscience aiguë de la mesure dans laquelle ils sont tributaires du travail accompli par leurs femmes sur leur exploitation, ainsi que du coût croissant de la vie.

Ils sont maintenant tenus de payer pour l'éducation et les soins de santé de leurs enfants, qui étaient auparavant gratuits ou ne coûtaient qu'une redevance nominale. Les demandes d'argent et d'appui présentées

par leurs épouses rappellent régulièrement aux hommes qu'ils sont désormais moins en mesure de répondre aux attentes³. Leur autorité paternelle est encore affaiblie par l'évolution des circonstances et les valeurs nouvelles : fragmentation du sol, migration accrue vers les villes, diminution du nombre de mariages arrangés en fonction de la fortune de la fiancée, force nouvelle des associations locales de femmes, attentes de leurs enfants qui ont reçu une éducation.

Femmes et hommes ressentent également la tension. Même s'ils en comprennent les causes, ils n'ont pas les moyens d'y faire face. De ce fait, les épouses expriment leur frustration à voix de plus en plus haute; les maris abdiquent leurs responsabilités familiales; de nombreux foyers deviennent le champ d'âpres conflits; et le nombre de "foyers brisés" augmente⁴.

L'évolution des circonstances produit des tensions comparables dans les foyers d'Amérique latine, où la persistance des idéaux du *machismo* — conception de la masculinité fondée sur la force de l'homme et le contrôle qu'il exerce — pose des problèmes pour les relations familiales, la socialisation des adolescents et l'épanouissement des femmes⁵.

Au cours des trois dernières générations, les rôles attendus de l'homme en tant que maître et protecteur du foyer ont changé. Les maris d'aujourd'hui prennent davantage en compte les perspectives et la sexualité de leurs épouses, et la paternité est un élément plus important de l'image qu'ils se font d'eux-mêmes. Un sondage récent d'opinion publique dans deux villes péruviennes, Lima et Callao, a dégagé la conclusion que l'idéal de la paternité fait maintenant une place éminente à l'affection pour les enfants et à la communication avec eux⁶.

Une étude menée au Pérou a montré que, chaque fois qu'hommes et femmes parlent de leurs rapports, les femmes identifient des modes d'interaction plus divers avec les hommes⁷. Mais les hommes conçoivent leurs rôles sexuels uniquement en termes de domination ou de passivité. Cette différence entrave la communication et le changement.

Les tensions internes qui sapent les idéaux inaccessibles de performance et de compétence masculines peuvent permettre aux hommes de chercher de nouveaux rôles modèles et de nouvelles formes de comportement.

La violence

La violence exercée par les hommes contre les femmes est un phénomène de plus en plus reconnu et avoué. Elle résulte d'un ensemble complexe de causes, à savoir notamment les traditions familiales et culturelles, l'effondrement des traditions et institutions protectrices, la frustration des hommes et la perte de leur position de force.

Une analyse de la culture nord-américaine dépeint comme suit la masculinité traditionnelle :

la suppression d'un large éventail de sentiments, besoins et possibilités, comme le plaisir de prendre soin d'autrui, la réceptivité, la sympathie et la compassion, qui sont ressentis comme inconciliables avec le pouvoir masculin. Emotions et besoins ne disparaissent pas, mais leur expression est censurée. La persistance des émotions et besoins non associés à la condition masculine constitue en elle-même une abon-



dante source de craintes. Cette souffrance cachée peut s'exprimer sous forme d'agression contre les autres ou contre soi-même⁸.

Une étude menée aux Philippines a établi que 13 % des femmes mariées avaient subi des violences physiques de la part de leur mari⁹. On a constaté que la violence était plus fréquente dans les zones urbaines, quand les hommes étaient sans emploi, dans les ménages où l'épouse estimait les gains de son mari insuffisants, et dans ceux où les femmes gagnaient plus de la moitié du revenu familial¹⁰. La probabilité que des violences soient exercées était aussi plus grande dans les ménages où les hommes gardaient la plus grande partie ou la totalité de leurs gains; les hommes qui remettaient la totalité de leurs gains à leurs épouses (comme c'est la coutume) étaient deux fois moins susceptibles de les frapper que les autres.

La violence était la plus rare dans les ménages où les époux communiquaient et partageaient la responsabilité des décisions¹¹. Là où aucune décision n'était prise en commun, 25 % des couples ont signalé que le mari avait frappé sa femme. Là où toutes les décisions étaient prises en commun, l'incidence de la violence familiale tombait à 6 %.

Cette étude affirme qu'il importe d'aider hommes et femmes à communiquer concernant leurs rôles et responsabilités dans la famille — y compris les décisions sur l'usage des contraceptifs et les soins de santé en matière de reproduction — pour consolider les relations, éliminer l'inégalité entre les sexes et réduire le recours à la violence.

Inégalité entre les sexes et attentes culturelles

On considère comme allant de soi que les changements intervenus dans le domaine public — croissance économique, transformations politiques, nouveaux moyens de communication et de transport — se traduiront par des changements dans les attitudes et comportements individuels. Mais cette attente ne s'étend pas à la vie privée, où interviennent les problèmes fondamentaux de l'identité individuelle et de la famille. La société peut changer, mais les rôles sexosociaux ne sont pas supposés changer avec elle.

Cette anomalie est à la source de la persistance de l'inégalité entre les sexes. De nombreuses cultures maintiennent un système patriarcal traditionnel, où les hommes ont le premier rôle dans la prise de décisions concernant la famille et les relations sociales. Bien que le résultat ne soit généralement pas à leur avantage, les femmes peuvent accepter de garder leur place au sein de la communauté, et en fin de compte d'acquiescer le respect dû à une mère ou à une personne de l'ancienne génération.

L'opinion selon laquelle la famille, le foyer et la vie privée sont le domaine où s'exerce l'autorité et l'activité des femmes limite les perspectives ouvertes à celles-ci et les subordonne au contrôle des hommes. Cependant, elle comporte aussi des avantages : elle "protège" les femmes de la violence exercée du dehors, leur attribue une position reconnue et leur offre un champ où exercer leurs capacités et savoir-faire particuliers.

Dans de nombreuses cultures, les femmes obtiennent à un stade ultérieur de leur vie, après avoir cessé de porter des enfants, un statut plus élevé et diverses compensations. Cet état de choses peut assurer la soumission des femmes âgées, tandis que l'attente d'avantages futurs peut amener les jeunes femmes à taire leur mécontentement. Une autre possibilité est que la crainte de susciter la désapprobation de la famille ou de la communauté force l'adhésion des femmes, surtout quand cette crainte est renforcée par la menace d'un châtement physique ou de l'expulsion.

L'arrangement traditionnel renforce chez les hommes le sentiment de posséder pouvoir et compétences. Ce phénomène peut acquérir plus d'importance quand les hommes affrontent des défis externes, par exemple dans les périodes de rapide changement économique et social. Aux hommes qui occupent une condition relativement basse dans leur société, l'exercice d'un contrôle sur les femmes confère une position de force qui leur est refusée dans les autres aspects de leur vie.

Les mythes et les conceptions erronées perpétuent la structure du pouvoir et affaiblissent la position des femmes. Par exemple, dans certaines parties de l'Inde, les membres de la famille encouragent les femmes à manger peu durant la grossesse, dans la conviction qu'elles auront ainsi des bébés plus petits et des accouchements plus faciles¹². Des aliments nutritifs, par exemple les oeufs ou le lait, sont parfois associés à des influences supposées néfastes sur la mère ou le fœtus. Il existe parfois un préjugé condamnant l'exercice, le travail hors du foyer et même l'éducation, parce qu'ils rendraient les femmes "trop semblables à des hommes". La sexualité féminine est souvent redoutée et fait l'objet d'un mythe bizarre et féroce; la mutilation génitale féminine n'est que la mesure la plus extrême prise pour la contrôler, en deçà du meurtre.

L'ignorance des autres voies possibles et la crainte de l'inconnu renforcent les comportements et attitudes traditionnels et rendent difficile aux hommes d'accepter le changement. Une meilleure information et une franche discussion peuvent faciliter la transition, mais la voie du changement passe de préférence par l'exemple et une direction avisée.

Des parents mexicains. Il importe d'assurer tout au long du cycle de vie l'égalité entre les sexes sur le plan des soins de santé.



Jorgen Schytte/Still Pictures



Appui des hommes à la santé en matière de reproduction et de sexualité

Ayant plus de chance que les femmes d'être alphabétisés et d'accéder avec une relative facilité à l'information, les hommes sont souvent mieux placés qu'elles pour s'informer de la santé en matière de reproduction. Ils ne sont pas intéressés, toutefois, parce que la santé en matière de reproduction — y compris tout ce qui se rapporte à la contraception, à la grossesse, à l'accouchement et aux MST — est considérée comme relevant du domaine des femmes. Les "vrais hommes" ne s'occupent pas de semblables questions. (Même s'ils contractent une infection, c'est une femme qui est blâmée, et c'est quelquefois une femme qui passe pour en être le "remède". La croyance qu'avoir des rapports sexuels avec une vierge peut guérir du sida est la cause d'un nombre indéterminé d'infections chez les jeunes femmes.)

Cela peut changer. Si l'on choisit le moment et la méthode voulus, on peut obtenir des hommes, en leur donnant des informations sur la santé en matière de reproduction, la maternité et les soins aux enfants, qu'ils appuient davantage la grossesse et l'accouchement sans danger, ainsi que l'allaitement naturel¹³. Un projet mené avec succès en Égypte a montré que les hommes ont un vif désir de savoir ce qu'ils peuvent faire pour aider leurs épouses après une fausse couche et qu'ils souhaitent être informés de la santé en matière de reproduction¹⁴.

Le docteur Leela Visaria, qui joue de longue date un rôle actif en Inde dans la politique de santé en matière de reproduction, arrive à la conclusion que "la recherche doit aller au-delà des évaluations de l'incidence et de la prévalence et sonder les rapports de force entre partenaires", y compris le processus de négociation et de prise de décisions¹⁵.

Divers efforts ont été faits pour intéresser davantage les hommes à leur propre santé en matière de reproduction et à celle de leurs partenaires. Des approches à base communautaire ont porté sur un large éventail de préoccupations. Plusieurs programmes ont travaillé avec des groupes d'hommes, créant ainsi des occasions de communication plus facile. Les autorités traditionnelles ont été mobilisées pour motiver les hommes. De meilleurs moyens de trouver des informations exactes ont été mis à la disposition des hommes.

Des leçons de l'Inde

Plusieurs projets menés en Inde démontrent la validité générale de certains points s'agissant de faire intervenir les hommes dans les problèmes relatifs à la santé en matière de reproduction¹⁶.

Hommes et femmes perçoivent souvent de manière différente les problèmes de santé en matière de reproduction. Des couples d'adolescents mariés ont été interviewés dans le cadre d'une étude¹⁷ : les hommes décrivaient les effets positifs du mariage sur leur vie quotidienne, en précisant qu'à leur avis leurs épouses partageaient la même opinion, mais celles-ci avaient une vue plus nuancée du mariage, alors qu'elles s'adaptaient au fardeau de leurs responsabilités multiples.

Les maladies des hommes avaient un effet immédiat en raison de leur impact sur le salaire; les maladies des épouses n'étaient connues que si elles en parlaient à leurs maris ou si le rythme de vie du ménage en était perturbé; les femmes tendaient davantage à dissimuler leurs besoins de santé en raison de la dépense qu'il faudrait engager. Les femmes sentaient qu'une forte pression s'exerçait sur elles pour qu'elles conçoivent dès les premiers temps du mariage. Les hommes ne savaient à peu près rien de la planification familiale et avaient conscience de leur manque d'information.

Les hommes accompagnaient leurs épouses au premier examen médical pour confirmer une grossesse, mais celles-ci n'attendaient pas ou ne souhaitaient pas des visites ultérieures de leurs maris. Le personnel du dispensaire, désireux de protéger les autres femmes, n'encourageait pas ces visites.

Les maris ne se préoccupaient pas des soins de santé des femmes durant la grossesse, si ce n'est pour reconnaître la nécessité d'un régime alimentaire nutritif. S'ils conseillaient aux femmes de réduire le volume de leurs activités, ils ne faisaient généralement rien pour leur venir en aide, sauf dans quelques cas où ils les assistaient dans les besognes du ménage. L'accouchement était vu comme l'affaire des femmes et les hommes n'avaient généralement pas connaissance des problèmes qui se posaient éventuellement.

Le débat sur les problèmes relatifs à la santé en matière de reproduction ouvre une promesse de changement.

Les croyances traditionnelles peuvent compromettre la santé en matière de reproduction. Un projet a établi que les croyances traditionnelles sur le sperme et la sexualité ont conduit à moins se protéger contre les MST. Les croyances traditionnelles relatives à des problèmes tels que la difficulté d'érection ont fait obstacle aux soins de santé en matière de reproduction. La crainte d'être sexuellement insuffisants a conduit une minorité de jeunes hommes à des actes de violence familiale et les a détournés de recourir à la contraception.

Les efforts visant à intéresser les hommes à la santé en matière de reproduction doivent comporter une éducation sur les relations entre les sexes et leurs perspectives communes. L'ONG "Action sociale pour les habitants des zones rurales et les tribus de l'Inde" (SARTHI) a agi dans des contextes traditionnels en vue d'améliorer la condition des femmes et leur santé en matière de reproduction. Il a été établi que les activités initiales de cette ONG concernant la santé des femmes rendaient les hommes mieux informés et plus soucieux des questions sexospécifiques. Contrairement à l'attente, les hommes ne se sentaient pas menacés par les assemblées de femmes et proposaient même de se charger des besognes domestiques pour que leurs épouses puissent y participer. SARTHI a alors commencé d'étendre le programme à des hommes de tout âge et de former des hommes à la fonction de travailleurs sanitaires dans le cadre d'un nouveau programme de santé communautaire servant les hommes et les enfants.

Après plusieurs années, SARTHI a reconnu que ses activités d'émancipation des femmes devaient être accompagnées d'une action tendant à sensibiliser les hommes aux relations entre les sexes et à les affranchir des définitions patriarcales de la masculinité. Une transformation doit intervenir au niveau individuel avant que les travailleurs sanitaires mâles puissent devenir des rôles modèles pour la communauté.

Souvent les hommes ne s'intéressent pas à la santé en matière de reproduction parce qu'elle est considérée comme l'affaire des femmes.



Une autre ONG, le Centre pour une prise de conscience de l'éducation à la santé, de la formation et de la nutrition (CHETNA), a commencé au début des années 90 à faire participer les hommes à ses programmes de santé en matière de reproduction, après s'être aperçue de l'étendue de la domination des maris sur leurs épouses et de l'abandon où ils laissaient celles-ci, ainsi que des effets d'une telle situation sur la santé des femmes; certaines ont dit qu'elles n'étaient pas même libres de décider de la quantité de leurs aliments. CHETNA se préoccupe maintenant en priorité de faire participer les hommes aux soins aux enfants en bas âge, notamment en leur enseignant à surveiller la nutrition et la croissance; d'instruire les adolescents de sexe masculin de la santé en matière de reproduction et de sexualité; et de charger des travailleurs sanitaires qualifiés de sexe masculin de susciter chez les hommes un intérêt pour la santé des femmes.

Ces activités ont démontré que la formation est d'importance cruciale — des hommes insuffisamment formés risquent de perpétuer des comportements et croyances nuisibles — et que les programmes destinés à encourager la participation des hommes doivent faire intervenir des membres de leur famille étendue. Autrement, les hommes pourraient s'exposer à la critique et au ridicule quand ils aident aux travaux ménagers ou assument certaines responsabilités de leurs épouses.

Des adaptations novatrices d'institutions pré-existantes peuvent créer de nouvelles possibilités d'effectuer un changement. L'ONG "Éducation au bien-être familial et services connexes" (FWES) organise des clubs d'hommes et de belles-mères afin de prêter appui à la santé en matière de reproduction¹⁸. Les hommes débattent de problèmes tels que l'alcoolisme, l'usage du tabac, la malnutrition, la planification familiale et l'alphabétisation des femmes. En Inde, les belles-mères exercent une grande influence dans le ménage; le projet les encourage à promouvoir une nutrition et des soins aux enfants appropriés et à inciter leurs fils à mieux traiter leurs épouses, parce que "seule une mère en bonne santé et heureuse peut avoir un enfant en bonne santé".

Deux centres de santé locaux offrent des services aux adolescents et une boîte aux lettres a été mise à la disposition de ceux qui ont des questions à poser sur le sexe et la procréation. La prise de conscience et les perspectives des jeunes ont sensiblement changé depuis la mise en route du projet, il y a cinq ans. Les garçons posent maintenant moins de questions sur la virginité des filles et davantage sur la participation des hommes à l'éducation des enfants. Des questions relatives aux MST, au sida, à la contraception et aux rapports sexuels sans danger sont aussi fréquemment posées. Les garçons manifestent un intérêt croissant pour les problèmes propres aux filles et sont désormais bien plus susceptibles de poser des questions sur la menstruation. Davantage de jeunes ne voient plus désormais dans les rapports sexuels uniquement le plaisir ou la procréation, mais un aspect de l'"expression d'un amour partagé". Davantage de filles souhaitent partager avec leurs futurs partenaires les besoins domestiques et l'éducation des enfants.

Dans les villages où le projet de FWES est implanté, le taux de scolarisation féminine s'est amélioré et la proportion des nouveau-nés de chaque sexe n'a pas changé, contrairement à ce qui se passe dans les villages voisins, où la scolarisation féminine est en

recul et où le nombre de nouveau-nés de sexe féminin a très nettement baissé. Cependant, les clubs n'ont pas pris pied dans d'autres villages et la participation a atteint un niveau constant.

Autres activités d'ONG visant à faire participer les hommes

Au Mali, l'Association de soutien au développement des activités de population a travaillé avec un Centre pour les activités de développement et de population/projet ACCESS afin d'élargir les services de planification familiale à base communautaire et d'encourager la participation des hommes. Avec le soutien des dirigeants traditionnels, des volontaires de sexe masculin ont été formés à distribuer des contraceptifs et à fournir des informations sur la santé en matière de reproduction, y compris la prévention des MST/sida, les comportements à haut risque et l'usage des préservatifs. Le projet a eu pour effet d'intéresser davantage les hommes à la santé des mères et des enfants et a suscité une curiosité accrue pour les méthodes modernes d'espacement des naissances¹⁹.

Au Nicaragua, l'ONG Cantera offre des ateliers sur la masculinité et la sexualité; l'identité sexuelle, le pouvoir et la violence; la manière de désapprendre le *machismo*; et les aptitudes à la communication. Durant une évaluation conduite en 1997, beaucoup d'hommes ont signalé que les cours de Cantera avaient changé leur vie : deux tiers ont déclaré qu'ils se faisaient désormais une image différente d'eux-mêmes, et plus des deux tiers qu'ils étaient devenus moins violents. Près de la moitié des femmes ont dit que leurs partenaires étaient sensiblement moins violents après leur formation et une autre tranche de 21 %, qu'ils étaient un peu moins violents. Tant les hommes que les femmes ont signalé que les hommes étaient nettement plus responsables sur le plan sexuel²⁰.

Divers programmes mettent l'accent sur les rôles et responsabilités des adolescents de sexe masculin. Au Brésil, l'ONG "Études, information et action civiques" cible les adolescents pères dans une campagne faisant intervenir la radio, la télévision et les bandes dessinées. Save the Children UK a prêté appui à la réalisation de quatre films au Bangladesh, en Inde, au Népal et au Pakistan; le projet "Let's Talk Men" (Laissons parler les hommes) utilise ces films pour faire prendre conscience des relations entre les sexes, de manière que les garçons adoptent des attitudes plus responsables à l'égard des femmes et des rapports sexuels.

Un agenda commun

L'effort mené pour faire participer les hommes aux programmes de santé en matière de reproduction prend actuellement un certain élan et des programmes modèles utiles ont été élaborés. Dans la mise au point de ces activités, il importe de concevoir les programmes en veillant à ce qu'ils ne détournent pas des ressources trop rares d'activités bénéficiant aux femmes, comme le craignent certaines ONG féminines. La participation accrue des hommes aux décisions relatives à la santé en matière de reproduction devrait augmenter, et non diminuer, le pouvoir des femmes.

La participation des hommes aux décisions relatives à la santé en matière de reproduction devrait augmenter, et non diminuer, le pouvoir des femmes.

ENCADRÉ 22

Selon ONUSIDA, les hommes peuvent changer le cours de l'épidémie du sida

D'après un rapport publié en mars 1999 par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le plus sûr moyen de modifier le cours de l'épidémie est de s'assurer le partenariat des hommes dans la lutte contre le sida. La campagne mondiale contre le sida de l'année 2000, lancée par le Programme, vise à centrer plus fortement l'attention sur les hommes dans les réactions nationales à la crise, en complément aux programmes de prévention destinés aux femmes et aux filles.

Les femmes sont particulièrement exposées à l'infection par le VIH : elles sont souvent moins à même de décider du moment et du lieu des rapports sexuels. Mais les opinions et attentes que dicte une culture concernant la "virilité" encouragent d'autre part chez les hommes un comportement risqué s'agissant tant des rapports sexuels que de l'abus des drogues. Cela aggrave le risque qu'eux-mêmes — et leurs partenaires — courent.

Le rapport d'ONUSIDA affirme que le changement de nombreux comportements et attitudes fréquemment rencontrés, y compris la manière dont les hommes adultes considèrent le risque et la sexualité et dont les garçons sont socialisés, doit entrer dans le cadre des activités menées pour freiner l'épidémie du sida. "Le moment se prête bien à commencer de voir dans les hommes non une sorte de problème, mais un aspect de la solution", a dit le docteur Peter Piot, Directeur exécutif d'ONUSIDA.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être infectés par le VIH et à mourir du sida dans le monde entier, excepté en Afrique subsaharienne. Les hommes jeunes sont plus exposés que les hommes plus âgés : environ une personne séropositive sur quatre est un jeune homme de moins de 25 ans.

Sans les hommes, le virus aurait peu d'occasions de se répandre. Plus de 70 % des infections par le VIH résultent de rapports hétérosexuels et une autre tranche de 10 %, de rapports homosexuels entre hommes. Une tranche de 5 % environ se compose de toxicomanes qui usent d'injections, groupe dont les quatre cinquièmes sont des hommes.

Dans le monde entier, les hommes ont en général plus de partenaires sexuels que les femmes, augmentant ainsi le risque qu'eux-mêmes et leurs partenaires courent de contracter le VIH, risque aggravé par le secret et la honte qui entourent cette infection. Les violences sexuelles exercées par des hommes contre des femmes et des filles constituent un autre facteur de diffusion du VIH.

Des circonstances spéciales exposent de nombreux hommes à un risque particulièrement élevé de contracter le VIH. Ceux qui émigrent à la recherche de travail et vivent loin de leur famille peuvent avoir des rapports sexuels tarifés et user de certaines substances, dont l'alcool, pour supporter la tension et la solitude inséparables de l'éloignement de leur foyer; les hommes vivant dans des milieux exclusivement masculins, par exemple l'armée, peuvent subir l'influence d'une culture qui banalise la prise de risques; dans les prisons, les hommes qui préfèrent normalement les rapports hétérosexuels peuvent avoir des rapports homosexuels.

"Trop souvent, il apparaît indigne d'un homme de se préoccuper d'éviter les risques liés à l'usage des drogues ou de se contraindre à utiliser des préservatifs", dit le docteur Piot. "Ces attitudes compromettent gravement les activités de prévention du sida."

En même temps, affirme le rapport, les hommes détiennent la capacité — comme acteurs politiques, agents de première ligne, comme pères, fils, frères et amis — de faire une différence face à l'épidémie. Il faut encourager les hommes à adopter des comportements positifs et à se préoccuper beaucoup plus de prendre soin de leur partenaire et de leur famille, surtout en présence des millions d'enfants rendus orphelins par l'épidémie du sida, qui ont besoin de l'aide des adultes pour être vêtus, logés et éduqués durant leur enfance et leur adolescence.

Il a déjà été démontré que le comportement des hommes peut changer et qu'un tel changement modifie le cours de l'épidémie. Dans certaines parties de l'Afrique, de l'Amérique centrale et de l'Asie, les conducteurs de camion à longue distance ont été encouragés à réduire le nombre de leurs partenaires sexuels et à préférer les pratiques sexuelles sans danger. La Thaïlande a exécuté avec succès des programmes de prévention destinés aux recrues militaires. Et, aux États-Unis, les étudiants des collèges commencent à retarder le début de leur activité sexuelle et utilisent plus régulièrement des préservatifs.

Le fait qu'hommes et femmes aient des besoins différents ne doit pas conduire à se disputer les ressources disponibles. L'objectif commun est le bien-être de tous les membres de la famille.

Les hommes peuvent faire progresser l'égalité entre les sexes et améliorer le bien-être de leur famille par les moyens suivants :

- **Protéger la santé de leur partenaire et soutenir ses choix** — Adopter un comportement sexuellement responsable; communiquer au sujet des problèmes de santé en matière de reproduction et de sexualité et travailler ensemble à les résoudre; envisager d'adopter des méthodes masculines de contraception (à savoir notamment la vasectomie et les préservatifs); et acquitter le prix du transport au lieu où sont dispensés les services et le coût de ceux-ci;
- **Faire face à leurs propres risques de santé en matière de reproduction** — Apprendre comment prévenir ou traiter l'infection sexuellement transmissible, l'impuissance, le cancer de la prostate, la stérilité, la dysfonction sexuelle et la tendance à exercer des violences ou sévices;
- **S'abstenir de la violence sexuelle eux-mêmes et y faire opposition chez les autres²¹**; et promouvoir des conceptions non agressives de la sexualité masculine et de la masculinité;
- **Pratiquer une paternité responsable** — Venir en aide à leurs partenaires dans l'éducation des enfants et les tâches ménagères; protéger la santé de leurs enfants et investir dans leur avenir; enseigner à leurs fils le respect des besoins et points de vue des femmes; établir avec leurs filles des relations ouvertes et positives; et fournir à tous leurs enfants des informations exactes et respectueuses de leur personnalité;
- **Promouvoir l'égalité entre les sexes, la santé et l'éducation** — Soutenir l'éducation et la formation des filles et des femmes; promouvoir la participation des femmes à la santé, à l'éducation et à l'activité économique; faire campagne pour une augmentation du financement des services sociaux de base et travailler à améliorer la qualité des programmes; et exiger que l'éducation à la vie familiale soit enseignée dans les écoles.



Ce que coûte l'inégalité entre les sexes

Le statut de citoyen de deuxième classe réservé aux femmes comporte un coût financier et social, et les femmes ne sont pas les seules à le payer. Les hommes, et la société en général, le paient également.

Pour cette raison, l'émancipation des femmes est un but fondamental du développement durable. Comme l'a observé Amartya Sen, Prix Nobel, l'"objectif suprême" du développement est de porter à leur plus haut degré les "capacités" individuelles — la liberté de chacun de "mener le genre de vie qu'il apprécie et qu'il a des raisons d'apprécier"¹. Ce n'est pas seulement un problème d'économie : comme l'a dit le docteur Nafis Sadik, "une meilleure santé, une meilleure éducation et la liberté de planifier l'avenir de leur famille élargira les choix économiques des femmes, mais aura aussi pour effet d'affranchir leur esprit et d'élever leur moral".

L'émancipation et l'égalité sont en elles-mêmes des objectifs importants dans le domaine des droits fondamentaux et une analyse exclusivement économique de l'inégalité entre les sexes aboutirait à "réifier" femmes et hommes². Cependant, on ne saurait ignorer la dimension économique : promouvoir l'égalité entre les sexes, c'est promouvoir aussi la croissance et le développement stable des systèmes économiques, ce qui comporte des avantages sociaux aussi bien qu'économiques au sens strict.

Une grande partie du travail des femmes, rémunéré ou non, a un impact économique, bien que leur contribution soit rarement remarquée ou pleinement

quantifiée. Si elle était reconnue pour ce qu'elle est et bénéficiait d'un soutien correspondant, la plus-value ainsi dégagée contrebalancerait tous les coûts ou économies supposés qui découlent de l'inégalité, par exemple le travail agricole non rémunéré des femmes.

L'inégalité entre hommes et femmes ferme des perspectives et leur interdit un profit mutuel. De manière générale, la discrimination :

- **Détourne des ressources** des activités de femmes, parfois en faveur d'un investissement moins productif dans les hommes;
- **Récompense** les hommes, mais aussi quelques femmes, en empêchant celles-ci de voir les choix productifs qui leur seraient autrement ouverts;
- **Entrave** la participation sociale aussi bien qu'économique et exclut des partenariats possibles;
- **Réduit** l'efficacité des femmes en négligeant de leur prêter appui alors qu'elles affrontent responsabilités, défis et fardeaux;

L'une des clefs du développement durable consistera à reconnaître les coûts de la discrimination, à les rendre visibles aux décideurs et aux familles, et à concevoir des moyens de les éliminer.

PHOTO : Un bidonville en Haïti. Les hommes, et la société en général, paient d'un prix élevé le statut de seconde classe imposé aux femmes.

UNICEF/0749/Nicole Toutounji

ENCADRÉ 23

Le développement et les droits de la personne

La démocratie et les droits politiques et civils fondamentaux aident-ils à promouvoir le processus de développement? Selon l'économiste Amartya Sen, la question est mal posée, car "l'apparition et la consolidation de ces droits peut apparaître comme un élément *constitutif* du processus de développement".

Comme Sen le note concernant l'éducation : "Si l'éducation accroît l'efficacité individuelle sur le plan de la fabrication des produits de base, alors elle améliore indiscutablement le capital humain. Ceci peut ajouter à la valeur de la production dans l'économie et aussi au revenu de ceux qui ont reçu une éducation. Mais, même si son revenu ne change pas, tout individu peut tirer profit de l'éducation — pour lire, communiquer, participer à un débat, être capable de choisir de manière plus informée, être pris plus au sérieux par les autres, etc.... Nous devons dépasser la notion de capital humain... pour prendre note aussi du rôle décisif de l'élargissement des capacités s'agissant de changer la société...."

ENCADRÉ 24

Le travail des femmes est sous-rémunéré

Une grande partie du travail des femmes n'est pas payé et, même s'il y a versement en numéraire, la contribution des femmes n'est pas comprise ou est actualisée en dessous de sa valeur dans les statistiques nationales. Par exemple, dans les zones rurales, les femmes non seulement préparent, mais aussi cultivent la plus grande partie des vivres de la famille, et ce sont surtout les fillettes et les femmes qui vont chercher l'eau, le bois de feu et le fourrage nécessaire au troupeau familial.

En Afrique de l'Ouest, dans les Caraïbes et en Asie, les femmes écoulent de 70 à 90 % de tous les produits de l'agriculture et de la pêche. Les vendeuses ambulantes des rues et des marchés font partie d'une économie informelle sous-comptabilisée qui produit environ 30 % de la richesse des centres urbains.

Selon les évaluations, les besoins ménagères non rémunérés des femmes représentent environ un tiers de la production économique mondiale. Dans les pays en développement, si l'on compte le travail agricole et les tâches ménagères non rémunérés en même temps que le travail salarié, le nombre d'heures de travail des femmes paraît dépasser celui des hommes de 30 %.

L'inégalité des rémunérations est souvent plus enracinée dans les pays développés. Par exemple, au Kenya, les salaires moyens des femmes dans le secteur non agricole représentent 84 % de ceux des hommes, tandis qu'au Japon la rémunération des femmes ne représente que 51 % de celle des hommes.

Plusieurs études montrent clairement que l'augmentation du pouvoir d'achat des femmes a un effet plus considérable et immédiat sur le bien-être familial que celle des rémunérations masculines. Par exemple, une étude menée dans le sud de l'Inde a établi que, tandis que les femmes ont gardé une fraction minimale de leur revenu pour leur usage personnel exclusif, les hommes en ont gardé jusqu'à 26 %.

Les coûts de l'invisibilité économique

Les contributions des femmes à l'économie ne sont pas comptées à leur pleine valeur parce qu'elles se situent souvent dans le secteur "informel" où le relevé est moins systématique. Un meilleur système de comptabilité rendrait l'activité économique des femmes plus clairement visible et il serait alors possible

de comparer l'avantage de la soutenir avec d'autres possibilités d'investissement.

Les femmes sont souvent oubliées dans l'allocation des ressources. Après le défrichage initial d'une terre pour y pratiquer l'agriculture de subsistance, les femmes font la plus grande partie du travail; mais elles possèdent rarement le sol et c'est aux propriétaires fonciers que vont les prêts et les services d'encadrement. Des programmes d'assistance agricole destinés aux femmes pourraient améliorer sensiblement la production, le revenu et le bien-être de leur famille. D'après une étude, si l'on donnait aux exploitantes agricoles du Kenya le même appui dont bénéficient les hommes, le rendement de leurs terres pourrait augmenter de plus de 20 %³.

En éliminant la discrimination, on augmenterait le revenu national aussi bien que celui des femmes. D'après une étude menée en Amérique latine, la fin de l'inégalité entre les sexes sur le marché du travail pourrait augmenter de 50 % les salaires et traitements féminins, tout en augmentant la production nationale de 5 %⁴.

Le rôle de gestionnaire des ressources du ménage qui incombe aux femmes a pour effet de magnifier l'impact de l'inégalité économique. Leur accès limité à l'éducation, aux perspectives économiques, au contrôle des ressources et aux services de santé en matière de reproduction a un effet immédiat sur l'état nutritionnel, la santé et le développement des enfants, sur la santé de la mère et sur la taille de la famille⁵.

Les coûts liés au refus des soins de santé

On a estimé que les améliorations apportées à la santé et à l'état nutritionnel représentaient environ 30 % de la croissance économique de la Grande-Bretagne, par habitant, entre 1780 et 1979. Des études portant sur plusieurs pays simultanément et sur des époques moins anciennes ont donné des évaluations similaires⁶.

D'autre part, le sous-investissement dans les soins de santé coûte extrêmement cher aux hommes comme aux femmes. L'espérance de vie est plus courte dans les pays pauvres et parmi les pauvres de tous les pays. La mauvaise santé réduit le revenu et aggrave la tension.

Durant les années 90, l'investissement public dans les soins de santé primaires a représenté dans de nombreux pays une proportion moindre qu'auparavant des dépenses budgétaires et les coûts ont été mis à la charge des clients. Mais les pauvres, surtout les femmes, ne sont pas en mesure de payer les redevances et dépendent des services publics.

Il est possible de mesurer l'effet des compressions, notamment de celles liées à la réforme du secteur sanitaire⁷. En Indonésie, après la crise économique de la fin des années 90, le recours aux soins de santé a diminué, ce qui a eu des conséquences négatives sur la santé de la population, surtout celle des femmes et en particulier des pauvres⁸. Une expérience menée sous contrôle a démontré que la fréquentation des centres de santé baissait dans les zones où des redevances étaient imposées, que la durée de la convalescence nécessaire après une maladie s'allongeait et que la participation à la population active reculait, en particulier parmi les pauvres, les hommes de plus de 40 ans



et les femmes appartenant à des familles de faible niveau économique et éducatif.

Les filles ont une meilleure chance que les garçons de dépasser la première enfance, excepté où la discrimination sexuelle est la plus marquée⁹. Mais l'écart entre les enfants des familles pauvres et des autres familles est plus prononcé pour les filles : alors que les garçons de familles pauvres meurent 4,3 fois plus souvent que les garçons des autres familles, le même rapport s'établit à 4,8 pour les filles; leur plus grande vulnérabilité résulte probablement du fait qu'elles ont moins de chance de recevoir des soins médicaux¹⁰.

Dans les phases ultérieures de la vie, le contraste se présente différemment. Non moins de 19 % des hommes n'appartenant pas à des familles pauvres risquent de mourir entre 15 et 59 ans, contre 9 % des femmes de la même catégorie. Mais le risque de décès dans les familles pauvres, par comparaison aux autres familles, est 2,2 fois plus élevé pour les hommes et 4,3 fois plus élevé pour les femmes. L'accès limité des pauvres aux soins de santé a donc un impact relativement plus fort sur les femmes que sur les hommes. En particulier, les femmes pauvres sont plus exposées à mourir des suites de la grossesse.

Les systèmes de soins de santé font apparaître des rôles sexosociaux différents dans les professions médicales. Les femmes sont en majorité dans le personnel d'infirmier ou des professions paramédicales, dont les sages-femmes, et dans le personnel des services sanitaires mobiles. La plupart des médecins et des décideurs — ministres, fonctionnaires, praticiens de rang élevé et administrateurs des hôpitaux — sont des hommes; il arrive qu'ils se montrent plus disposés à traiter des problèmes de santé des hommes ou soient plus susceptibles de reléguer à une place secondaire ceux des femmes.

Une part disproportionnée de la recherche médicale a porté sur les maladies les plus meurtrières pour les hommes. Dans la recherche et la mise au point de produits pharmaceutiques, les essais cliniques négligent souvent d'étudier complètement l'efficacité, les effets secondaires et les contre-indications dans le cas des femmes¹¹.

Des facteurs sexospécifiques peuvent nuire à la santé des hommes, en particulier l'idée préconçue déraisonnable que la "virilité" implique notamment une aptitude à résister à la douleur. Cela peut conduire les hommes à différer le moment de consulter un médecin. Or beaucoup de maladies, si elles sont décelées tard, ont atteint un stade plus avancé et exposent davantage à l'incapacité permanente ou à la mort.

Mortalité et morbidité maternelles

Il est impossible d'évaluer raisonnablement le coût d'une vie perdue¹². Les maladies et décès maternels affectent de bien des manières les femmes elles-mêmes, et aussi leurs enfants, époux, familles élargies et communautés. Les coûts économiques du décès d'une mère englobent la perte de ses contributions (monétaires et non monétaires) à la famille et à la durabilité du noyau familial, un taux de mortalité accru parmi ses enfants, une charge accrue pour les survivants sur le plan de l'entretien du foyer et des soins aux enfants, et des impacts additionnels sur les communautés et la société¹³.

Les effets directs sur le bien-être des enfants ont été abondamment illustrés. Les enfants sont plus

exposés à mourir si l'un quelconque de leurs parents meurt, mais ils le sont beaucoup plus si c'est la mère. Le décès d'une femme¹⁴ a aussi un impact négatif plus marqué sur la croissance des enfants et sur les taux de scolarisation, surtout dans les familles pauvres¹⁵; les jeunes enfants sont scolarisés plus tard et ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans quittent l'école plus tôt.

Une étude menée en Inde a établi que, quand une femme meurt, la survie de son foyer était souvent mise en question parce que les hommes n'étaient pas habitués à gérer le budget et les problèmes domestiques. Les enfants les plus âgés quittaient souvent l'école pour aider à entretenir la famille ou étaient envoyés vivre avec les grands-parents. Les structures traditionnelles de la famille étendue aident à faire face au décès d'un adulte, mais les familles nucléaires deviennent de plus en plus la norme, surtout dans les villes et parmi la classe moyenne¹⁶.

Le coût économique du VIH/sida

Les taux élevés d'infection par le VIH/sida, dus en partie à l'inégalité entre les sexes (Chapitre 2) et à l'absence d'investissements dans la prévention, ont gravement compromis les perspectives économiques et sociales de nombreux pays. Comme les décès frappent avant tout des adultes jeunes ou dans la force de l'âge, beaucoup de travailleurs qualifiés ont disparu, ce qui décime la population active et oblige à consacrer à la formation du personnel une part deux fois plus élevée de ressources trop rares. La communauté internationale a fini par reconnaître tardivement la menace¹⁷.

Dans les pays gravement touchés, on évalue à 0,5 % par an la réduction de la croissance du PIB par habitant imputable à la pandémie¹⁸. Là où la croissance est déjà lente, cela représente un impact considérable; le système de santé et les pauvres en sont les premières victimes. L'épidémie impose aussi des coûts additionnels immenses au système de santé. Dans certains des pays les plus touchés, les sujets infectés occupent plus de la moitié des lits d'hôpital disponibles.

La pandémie prélève son tribut de différentes manières. Le grippage ou le recul du développement dans les pays à faible revenu est difficile à quantifier et encore plus difficile à réparer. Les réseaux de protection sociale sont soumis à une tension intolérable. Des millions d'orphelins du sida subsistent sans éducation, soins de santé ou nutrition adéquats. Beaucoup ont le plus grand mal à subvenir à leurs propres besoins, à ceux de leurs frères et sœurs et de leur famille adoptive accablée de fardeaux.

Selon les évaluations d'ONUSIDA, la prévention du VIH/sida et les soins aux sujets infectés exigent un milliard de dollars par an rien qu'en Afrique subsaharienne. Le Programme d'action de la CIPD a évalué à 1,3 milliard de dollars cette année, et à 1,5 milliard de dollars en 2010, les coûts mondiaux des éléments clés d'un programme global de prévention du VIH/sida¹⁹.

La violence sexiste

Au niveau mondial, les coûts de la violence et des services sexistes sont difficiles à évaluer. Ils recouvrent les coûts directs suivants, par exemple : traitement des effets de la violence sur la santé ; mauvaise santé;

Dans les pays gravement touchés, le VIH/sida a réduit de 0,5 % par an la croissance du PIB par habitant.

journées de travail perdues; application des lois et protection; abri des victimes, dissolution du mariage; pensions alimentaires; et toutes les autres conséquences qu'entraîne le fait de s'adapter ou de se dérober aux violences. Ils comprennent aussi les coûts indirects dus à ce que les femmes sont empêchées de travailler ou d'apporter une contribution quelconque, et aux possibilités d'éducation manquées, notamment quand les fillettes ne sont pas envoyées à l'école pour éviter tout contact avec les garçons.

Dans les communautés pauvres, les coûts se comptent essentiellement par les chances de développement manquées. Ailleurs, les coûts directs sont également importants et souvent substantiels. Certaines évaluations sont disponibles, surtout pour les pays développés. D'après la Banque mondiale, dans les pays industrialisés, agressions et violences sexuelles privent les femmes âgées de 15 à 44 ans de près d'une année de vie en bonne santé sur cinq.

Aux États-Unis, le coût de l'absentéisme, de l'augmentation des dépenses de soins de santé, de la rotation accrue du personnel et de la baisse de la productivité s'élève pour les employeurs à environ 4 milliards de dollars par an²⁰. Au Canada, les coûts sanitaires de la violence contre les femmes s'élèvent chaque année à environ 900 millions de dollars. En Colombie britannique seulement, une étude a évalué certains coûts à 385 millions de dollars par an²¹.

Ces évaluations englobent les coûts suivants : maintien de l'ordre, incarcération et liberté surveillée, indemnisation pour dommages physiques subis au cours d'une agression, assistance aux victimes et coût des entretiens-conseils, évaluation partielle des soins de santé mentale, aide monétaire aux familles touchées, refuges sûrs et autres lieux de résidence transitoire, durée de travail perdue et traitement médical des hommes auteurs d'agressions. Elles ne comprennent pas les coûts du traitement médical d'urgence (dont le rapport avec les violences exercées est souvent dissimulé par les victimes) ni la prise en compte des effets sur la génération suivante (par exemple, traitement des enfants de mères victimes de sévices et coûts de l'assistance prêté après la dissolution de relations marquées par la violence).

Des études similaires sont disponibles pour les pays suivants : Allemagne, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse²².

Les coûts psychologiques

La discrimination sexuelle est comparable à un impôt qui coûte aux femmes, leur vie durant, une partie de leur confiance en soi et de leurs capacités. La discrimination sexuelle déjoue les aspirations des femmes et limite leurs perspectives. Elle leur refuse l'expérience à partir de laquelle s'édifie la compétence et la prise en main du destin individuel, et qui rend possible des partenariats égaux avec les hommes.

Les limitations imposées aux femmes peuvent produire un état de "dénouement acquis" caractéristique de la dépression. Beaucoup plus que les hommes, les femmes souffrent de syndromes dépressifs, qui contribuent plus que tout autre état au fardeau de la mauvaise santé²³.

Peu d'expériences détruisent autant chez les femmes le sentiment de leur propre valeur que des expériences sexuelles non désirées, surtout si elles se répètent, et leurs conséquences. Les grossesses non

désirées et les responsabilités qu'entraîne ensuite l'éducation des enfants créent des obligations non recherchées et limitent les options des femmes. Une grossesse non désirée peut engendrer un sentiment qui dure toute la vie et se transmet souvent à l'enfant²⁴. Le grand nombre des femmes qui recourent à l'avortement, même quand elles savent qu'il est illégal et probablement dangereux, montre clairement tout ce qu'elles sont prêtes à faire pour éviter cette issue.

Inversement, le potentiel et les choix des hommes sont en fait limités par les attentes trop ambitieuses placées en eux - indépendance et aptitude universelle. Les hommes sentent qu'ils sont supposés prendre des risques physiques, ce que traduit par exemple le fait que tant de jeunes hommes meurent d'accidents de la route, neuvième cause mondiale d'années de vie perdues. Les accidents du travail sont aussi un facteur important de décès et d'incapacité permanente²⁵. Les hommes sont plus nombreux à exercer des emplois comportant un risque physique (par exemple, industries extractives, machinerie lourde et camionnage), mais ils sont aussi plus vulnérables du fait des définitions de la masculinité.

Le coût psychologique de l'inégalité entre les sexes pour les hommes n'a jamais été évalué, ni même pris en considération jusqu'à une date récente. Les rapports de force traditionnels entre les sexes, malgré toutes les limitations qu'ils créent, n'ont peut-être été à l'origine que d'assez peu de conflits psychologiques chez les hommes parce que les normes sociales les valident largement, mais les changements rapides que la plupart des sociétés sont en train de traverser remettent ces normes en question. Le résultat est de susciter le doute, l'incertitude et un conflit intérieur chez les hommes de toutes les générations.

L'éducation : les coûts de l'écart entre les sexes

Refuser l'éducation aux femmes, c'est ralentir le développement économique et social. Dans les pays où le ratio de scolarisation primaire ou secondaire des filles par rapport aux garçons est inférieur à 0,75, le PNB par habitant est plus bas de 25 % environ que dans les autres pays²⁶. Cela est particulièrement visible dans certaines parties d'Afrique et d'Asie du Sud, où les inégalités sont très marquées. D'autre part, les progrès économiques enregistrés en Asie de l'Est et du Sud-Est ont été facilités et renforcés par le progrès de l'éducation des femmes (voir ci-après).

L'investissement dans l'éducation des femmes est un choix économique efficient. Selon les évaluations, une augmentation de 1 % de la scolarisation secondaire féminine se traduit par une augmentation de 0,3 % de la croissance économique²⁷. La relation entre scolarisation secondaire féminine et croissance économique est également fort nette (quand les analyses prennent en compte la scolarisation secondaire masculine et féminine²⁸, cette relation n'est forte et constante qu'avec la deuxième). Il est établi que la rentabilité économique de l'investissement dans l'éducation des femmes est plus élevée²⁹, entre autres raisons parce que les femmes qui tirent parti de leurs savoir-faire pour augmenter leur revenu investissent davantage dans la santé et l'éducation des enfants³⁰.



Les parents qui sont eux-mêmes instruits investissent plus souvent dans l'éducation de leurs enfants et les mères qui sont elles-mêmes instruites sont favorables à l'idée d'éduquer leurs filles³¹.

La plupart des régions ont vu progresser les taux de scolarisation primaire et secondaire, bien qu'à un degré inégal. Certains des progrès les plus rapides ont été réalisés en Asie du Sud et en Afrique, mais les niveaux demeurent faibles dans ces régions. Les guerres, la restructuration de l'économie et l'augmentation des dépenses supportées par les familles dans certains pays ont limité les possibilités d'éducation, surtout chez les pauvres.

Le taux de scolarisation s'est généralement plus amélioré pour les filles que pour les garçons, de sorte que l'écart entre les sexes sur ce plan est en train de disparaître dans la plupart des régions. Cependant, il est encore marqué dans bien des pays. Dans 22 pays africains et neuf pays asiatiques, le taux de scolarisation des filles est inférieur à 80 % de celui des garçons³². L'écart est le plus marqué en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, surtout pour l'enseignement secondaire : les filles y représentent moins de 40 % des effectifs de l'enseignement secondaire. Là où l'accès à l'enseignement élémentaire est le plus ouvert, en Afrique australe, en Amérique latine et dans la plus grande partie de l'Asie de l'Est, les filles sont plus nombreuses que les garçons.

L'accès à l'éducation est plus limité dans les zones rurales pour les deux sexes, mais surtout pour les filles. Au Niger, par exemple, le taux de scolarisation des filles par rapport à celui des garçons est de 80 % dans les villes, mais de 41 % seulement dans les zones rurales³³. Ces différences révèlent la valeur moindre que les parents attribuent à l'éducation des filles, en comparaison des activités domestiques qu'elles peuvent remplir, et aussi la rentabilité qu'ils attendent de leurs investissements.

Parfois, les parents ne veulent pas que leurs filles rencontrent des garçons ou des hommes dans la salle de classe ou sur le chemin de l'école, ou bien craignent pour leur sécurité, de sorte que la distance de la maison à l'école constitue un facteur important. Au Pakistan, où les enfants des deux sexes ne fréquentent pas la même école, 21 % des filles des zones rurales — soit plus du double de la proportion des garçons — n'ont pas d'école située à moins d'un kilomètre de leur maison³⁴.

Le microcrédit : Investir dans les femmes

L'impact des programmes de microcrédit démontre clairement les avantages de donner aux femmes un accès aux ressources et un contrôle sur leurs choix personnels.

Les plans de microfinancement aident à émanciper les femmes dans leurs familles et leurs communautés en faisant des prêts à faible taux d'intérêt à de petites entreprises gérées par des femmes. Les fonds renouvelables réservés aux femmes bénéficient de l'appui de la Banque mondiale³⁵, d'institutions régionales de prêt, d'organisations nationales de crédit (comme la Banque Grameen) et d'organisations non gouvernementales³⁶.

Ces programmes de prêts se sont avérés financièrement viables (avec des taux de remboursement plus élevés que les prêts commerciaux de type plus classique et avec des taux d'intérêt viables et compétitifs).

ENCADRÉ 25

Persistence de l'inégalité entre les sexes dans l'éducation

Les études montrent de manière répétée qu'en investissant dans l'éducation des fillettes et des femmes, on élève tous les indices de progrès dans le sens d'une croissance et d'un développement économiques durables. Malgré cela, les deux tiers environ des 300 millions d'enfants n'ayant pas accès à l'éducation sont des filles et les deux tiers des quelque 800 millions d'adultes analphabètes sont des femmes.

En 1996, dans l'ensemble de la population mondiale, 29 % des femmes (à partir de 15 ans) étaient analphabètes, contre 16 % des hommes. Au cours des dernières décennies, toutes les régions ont vu progresser l'enseignement primaire, bien qu'en Afrique ces progrès aient commencé à ralentir dans les années 80 en raison des coûts élevés pour les parents et de la baisse de qualité de l'enseignement. Dans l'ensemble des pays en développement, l'écart entre les sexes s'est sensiblement rétréci au niveau primaire, bien qu'il persiste en Afrique subsaharienne, dans le nord de l'Afrique et le sud de l'Asie. Le pourcentage des filles diminue aux niveaux secondaire et postsecondaire, mais là aussi l'écart entre les sexes s'est quelque peu rétréci durant les dernières décennies.

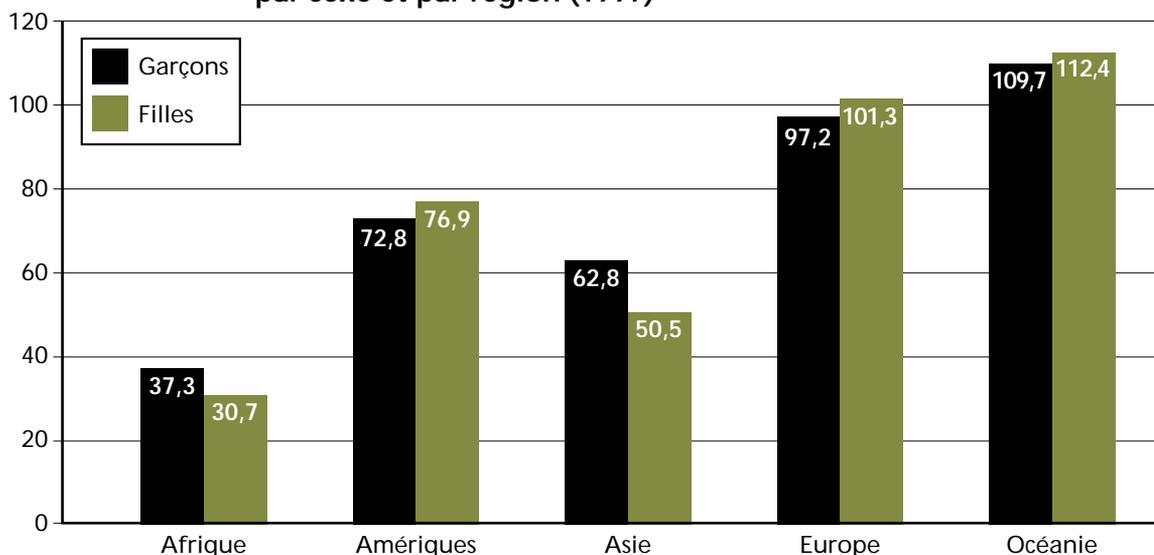
L'écart entre les sexes est le plus grand dans les régions où le niveau général d'éducation est le plus faible. S'ils sont obligés de faire un choix, certains parents préfèrent instruire leurs fils parce qu'il y a davantage d'emplois, et mieux rétribués, pour les hommes que pour les femmes. Certaines filles sont retirées de l'école pour travailler à la maison. Certaines familles ne sont pas disposées à donner une éducation aux filles si l'école est lointaine ou si les enseignants sont des hommes. Certains parents investissent moins dans l'éducation des filles parce que ce sont les familles de leurs futurs maris, après le mariage, qui en retireront le bénéfice.

Quand elles atteignent la puberté, une grossesse peut empêcher les filles de rester à l'école. Celles qui deviennent enceintes abandonnent souvent leurs études ou la direction de l'école les expulse. Si la mère de famille a une grossesse non désirée, il arrive qu'elle retire ses filles de l'école pour l'aider à la maison.

La taille de la famille influe sur le niveau d'instruction atteint : les enfants des deux sexes de familles peu nombreuses sont mieux placés pour atteindre un bon niveau d'instruction. Une étude menée en Thaïlande a établi que, tous autres facteurs étant égaux (revenu, religion, lieu de résidence, niveau d'éducation des parents et ambition des parents pour leurs enfants), dans les familles de quatre enfants au plus, 31 % allaient jusqu'au deuxième cycle de l'enseignement secondaire. Dans les familles de plus de quatre enfants, c'était le cas de 14 % seulement. De même, une étude menée au Bangladesh a établi que les enfants de familles peu nombreuses restaient plus longtemps à l'école parce qu'on ne leur demandait pas de prendre soin de frères et sœurs plus jeunes à la maison. D'autre part, d'après ces deux études, les garçons avaient un niveau d'instruction plus élevé que les filles.

L'éducation, en particulier celle des femmes, a plus d'impact sur la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants que les effets combinés de l'élévation du revenu, de l'amélioration de l'assainissement, et de l'emploi dans le secteur moderne. Le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe, qui ont les niveaux le plus élevés de scolarisation féminine en Afrique subsaharienne, accusent aussi les taux les plus bas de mortalité infantile. Au Kenya, par exemple, 10,9 % des enfants de femmes sans instruction mourront avant l'âge de 5 ans, contre 7,2 % de ceux des femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 6,4 % de ceux des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire.

Ils peuvent aussi constituer un important moyen de communiquer des informations nutritionnelles et sanitaires, y compris concernant la santé en matière de reproduction, et offrir à de futures dirigeantes de communauté l'occasion de se former.

Diagramme 6: Taux bruts d'inscriptions dans l'enseignement secondaire, par sexe et par région (1997)

Source : Division de la population (ONU), 2000. *World Population Monitoring, 2000 : Population, Gender and Development* (voir Notes Techniques).

ENCADRÉ 26

Les nouvelles technologies de l'information et l'émancipation des femmes

Les nouvelles technologies de l'information offrent de nombreuses possibilités d'émanciper les femmes, bien qu'elles ne soient pas également accessibles et utilisables par les deux sexes.

Ce sont en majorité des hommes qui conçoivent, mettent au point, commercialisent, vendent, installent les technologies nouvelles et qui en assurent la gestion et le service après-vente, ce qui traduit l'hypothèse implicite que seuls les hommes ont des aptitudes technologiques. Les femmes sont concentrées dans les emplois de montage qui n'exigent qu'une faible qualification.

Les enquêtes sur les utilisateurs de l'Internet indiquent que les femmes en représentent environ 35 % — surtout en Amérique du Nord, en Europe et en Australie, régions qui en 1999 groupaient 80 % de tous les utilisateurs —, bien que leur pourcentage soit en train d'augmenter. Une enquête menée dans le monde entier auprès de femmes et de groupes de femmes a établi qu'elles citaient souvent le manque de formation et le coût de l'équipement comme des obstacles majeurs à l'utilisation de l'Internet.

Même dans l'état actuel des choses, beaucoup de femmes utilisent efficacement les nouvelles technologies partout dans le monde, comprenant leur capacité de transformer l'existence. Par exemple, les femmes ont utilisé l'Internet pour construire des réseaux étendus de lobbyistes, aux niveaux international et local, en vue des diverses conférences mondiales des années 90.

Les nouvelles technologies peuvent servir à aider les femmes pauvres. Au Bangladesh, un projet de la Banque Grameen loue à bail des téléphones portables à des femmes qui font fonction de standardistes de leurs villages — ainsi gagnant un revenu, améliorant leur statut et élargissant l'accès de la communauté à toutes sortes d'informations. Ces "dames du téléphone" peuvent relier les villages à des sources d'information lointaines. Par exemple, les agriculteurs peuvent obtenir un meilleur prix pour leurs produits et éviter d'être exploités par des intermédiaires quand ils connaissent les cours pratiqués sur les marchés urbains. De tels avantages représentent pour ces communautés villageoises un bénéfice très supérieur aux 30 à 40 dollars par mois que glanent les dames du téléphone.

(Plusieurs sites d'Internet consacrés à l'égalité des sexes, à la santé en matière de reproduction et aux problèmes de population sont indiqués dans la version électronique du présent rapport, à <www.unfpa.org>).

On a montré que les programmes de microcrédit avaient une influence positive sur la santé en matière de reproduction s'ils bénéficiaient de l'appui technique voulu. Les femmes dont le revenu et l'autonomie s'améliorent peuvent être conduites à adopter de nouvelles pratiques de santé et de planification familiale.

Le microcrédit ne peut instaurer à lui seul l'égalité des chances économiques. Les critiques de la Banque Grameen, pionnière du microcrédit, ont suggéré que des hommes contrôlent en fait, et parfois détournent, une partie des prêts destinés aux femmes³⁷. Certains hommes se sentent menacés quand leurs épouses acquièrent une indépendance économique accrue; ils peuvent se livrer à des violences à moins d'être invités à s'associer au plan et à ses avantages. D'autres analyses soulignent que le crédit est également nécessaire pour aider les femmes à s'élever des petites entreprises à des entreprises de plus d'envergure³⁸.

Démographie et sexe : coûts et perspectives

Les perspectives et choix ouverts aux femmes non seulement ont un retentissement sur la fécondité, la santé et la mortalité (Chapitre 2), mais aussi influent considérablement sur l'impact futur de deux autres évolutions démographiques : le nombre sans précédent de jeunes adultes, membres de la population active et d'âge procréateur, et le vieillissement des populations.

La prime démographique

Mettre femmes et hommes en mesure de choisir le nombre de leurs enfants, le moment et l'espacement de leur naissance, accélère la "transition démographique" de taux élevés à de bas taux de fécondité et de mortalité. Les pays industrialisés ont déjà effectué cette



transition et elle est largement engagée dans beaucoup d'autres pays. La plupart des pays les moins avancés ne l'ont pas encore abordée.

La transition apporte des avantages économiques tangibles. L'un d'eux est une "prime démographique" momentanée, à l'heure où le nombre des enfants à charge diminue rapidement par rapport à la population active; cette situation donne aux pays la possibilité d'investir davantage dans une croissance économique stimulante. Pour en tirer profit, les pays doivent investir dans l'éducation, la formation et l'emploi des jeunes, ainsi que dans la santé, notamment la santé en matière de reproduction et de sexualité. L'effet de la prime est dilué si la fécondité ne baisse que lentement.

Les économies de plusieurs pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est ont grandi des années 60 à la fin des années 80 à des taux sans précédent, qui ont atteint en moyenne jusqu'à 8 % par an. Ce processus a énormément bénéficié des investissements faits de bonne heure dans la santé et l'éducation, surtout pour les femmes. La fécondité a rapidement baissé et, dans les années 80, ces pays étaient en mesure de recueillir bien des avantages de la prime démographique. Les analyses attribuent 30 % de cette croissance des "tigres d'Asie" à la modification des structures d'âge qui a résulté de la baisse de la mortalité et de la fécondité. Cela représente l'équivalent de 1 525 dollars par tête, ce chiffre mesurant le progrès économique sur une période de 30 ans³⁹.

Malgré les avantages économiques prouvés de l'investissement public dans l'éducation et les soins de santé primaires, ces secteurs ont reçu dans les années 90, en de nombreux pays, une part relative moindre qu'auparavant des dépenses gouvernementales.

Dans les pays à fécondité élevée de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud, l'investissement dans l'éducation et la santé, notamment la satisfaction des

ENCADRÉ 27

Les avantages du microcrédit ne sont pas seulement économiques

Selon un examen par le FNUAP de ses projets dans six pays, les programmes de microcrédit en rapport avec l'éducation à la santé en matière de reproduction et avec les services connexes donnent aux femmes un contrôle accru sur leur revenu, la possibilité de mieux faire entendre leur voix dans la prise de décisions concernant la famille, davantage de confiance en elles-mêmes et une participation accrue aux questions communautaires.

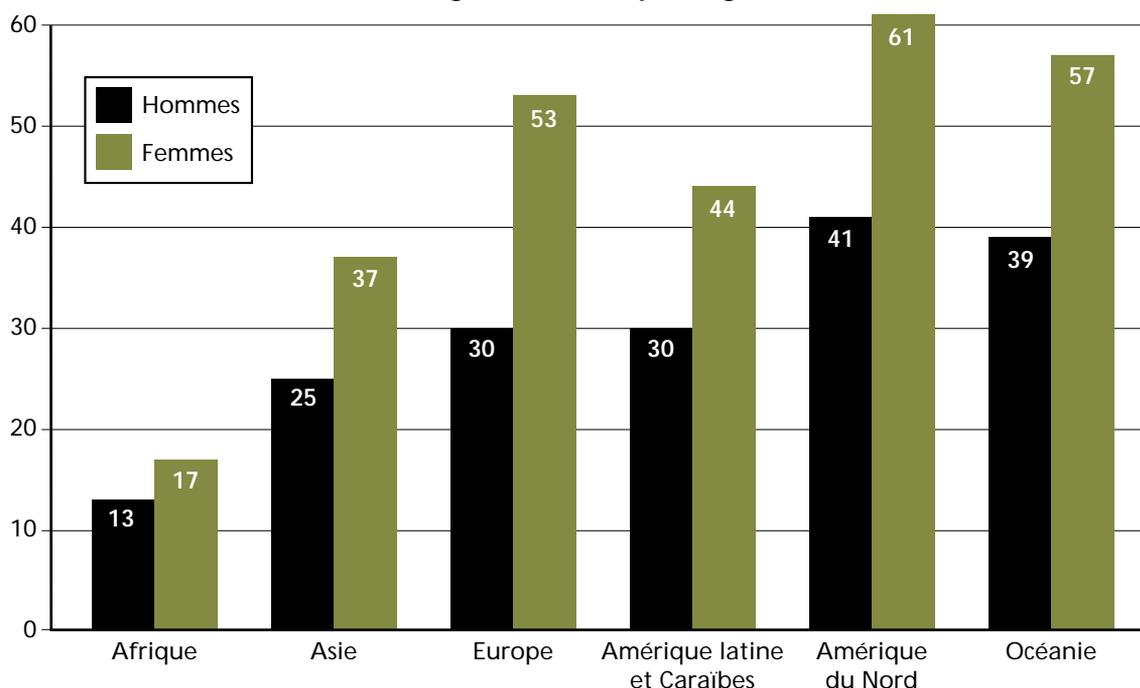
Ces résultats sont le plus marqués quand les initiatives visant à produire des revenus s'accompagnent d'encouragements à la prise de conscience des sexes et à la justice économique et sociale.

Les participantes ont dit qu'après s'être associées aux projets, elles étaient en mesure d'exprimer plus librement leurs idées et opinions. Aux Philippines, une femme a déclaré : "Auparavant, mon mari décidait de l'achat d'articles ménagers et se bornait à m'informer de ses décisions. Maintenant, il me demande mon avis et, si je dis non, il ne les achète pas."

Une autre a observé : "Avant le projet, je m'occupais surtout des tâches domestiques. Mon mari avait l'habitude de me traiter comme une sorte d'appareil ménager. Après m'être associée au projet, j'ai participé au programme de formation et j'ai été choisie pour présidente du groupe de femmes. Maintenant, je dirige les séances et mon mari me respecte."

En Inde, une femme de Madras (qui participe au projet Working Women's Forum) a pris note du travail accompli par son groupe dans la communauté : "Nous avons essayé de garder notre quartier propre; nous avons adressé une pétition au conseil municipal pour nous plaindre de la contamination de l'eau... Nous avons aussi adressé une pétition au Gouverneur pour demander l'interdiction des magasins de vins et spiritueux." À Dindigul, les femmes ont organisé une manifestation pour obtenir une pompe à eau pour leur village et, à Kancheepuram, elles ont adressé une pétition au conseil municipal pour obtenir une garderie d'enfants.

Diagramme 7 : Pourcentage des hommes et des femmes (nés entre 1995 et 2000) appelés à atteindre l'âge de 80 ans, par région



Source : Division de la population (ONU), 2000. *World Population Monitoring, 2000 : Population, Gender and Development*.

besoins de planification familiale non couverts, pourrait aider à engager davantage de pays dans une transition démographique rapide et leur offrir la chance de recueillir la prime démographique à mesure que la fécondité baisse.

L'impact du vieillissement

Durant le XXI^e siècle, la structure d'âge de la population mondiale s'allongera progressivement à mesure que la proportion de personnes âgées augmente. Ce phénomène est déjà visible dans les régions développées, où les faibles taux de fécondité et de mortalité sont solidement en place. Il s'affirme rapidement dans les pays où la fécondité a baissé très vite et où l'espérance de vie s'est allongée. Dans les pays où les taux de fécondité et de mortalité sont encore élevés, le vieillissement de la population prendra plus de temps.

Dans les régions développées, à l'heure où les chiffres de la population demeurent stationnaires ou commencent à baisser, les responsables se préoccupent de plus en plus des besoins financiers et sanitaires de populations plus âgées. L'attention se tourne vers les modalités de la retraite des personnes âgées (y compris la possibilité de continuer à travailler), la réforme des systèmes de pension, la révision des programmes de soins de santé et de soins à long terme, et la mise en place de systèmes d'appui communautaire à l'intention des personnes âgées. Le volume accru des pensions du secteur public conduit souvent à s'inquiéter de la possibilité de trouver les ressources budgétaires qu'elles exigent.

Il faut agir contre la discrimination sexuelle tout au long du cycle de vie. Le vieillissement des populations comporte des implications différentes pour hommes et femmes :

Au-dessus de 60 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et l'espérance de vie des femmes a augmenté plus vite que celle des hommes. La différence entre l'espérance de vie des hommes et des femmes résulte d'une combinaison de différences biologiques, comme la moindre vulnérabilité des femmes aux maladies cardiaques avant la ménopause, et de données culturelles, comme le risque plus élevé d'accidents du travail couru par les hommes⁴⁰. Les hommes mariés vivent plus longtemps que les hommes célibataires⁴¹.

Les régimes de pension ont été conçus à partir de l'hypothèse que les hommes gagneraient la majeure partie des ressources du ménage. Bien que plus nombreuses, les femmes reçoivent des fonds publics de retraite un secours moindre que les hommes, parce qu'elles ont occupé en moins grand nombre des emplois dans le secteur structuré. Certains pays versaient des prestations aux mères indépendamment de leur apport passé à l'activité économique, mais la plupart ont réduit ou supprimé ces prestations dans le cadre de réformes⁴². En pratique, les pensions perçues par les femmes sont liées aux contributions de leurs maris. Même quand les femmes ont elles aussi contribué aux régimes de sécurité sociale, il arrive qu'un plafond soit fixé aux prestations du couple à un niveau inférieur au montant intégral que justifieraient les contributions du mari et de la femme, et que les prestations soient réduites hors de toute proportion, voire supprimées, au décès du mari.

Les veuves vivent plus souvent seules que les veufs. Les veuves sont partout plus nombreuses que les veufs parce que les femmes vivent plus longtemps et épousent des hommes plus âgés qu'elles-mêmes. Que ce soit par choix ou par coutume, les femmes se remarient en outre moins souvent que les hommes après la mort du conjoint et vivent souvent seules. En Afrique du Nord, 59 % des femmes âgées de plus de 60 ans sont des veuves. Les veuves sont également nombreuses en Asie centrale, où les taux de mortalité masculine sont élevés⁴³. Dans certains pays en développement, la proportion des femmes âgées qui vivent seules se rapproche de celle qui existe dans les pays industrialisés.

La charge de dispenser des soins aux vieillards retombe plus souvent sur les femmes que sur les hommes. Les femmes s'occupent non seulement de leurs époux et de leurs enfants, mais aussi des membres âgés de la famille. Dans les pays développés, les femmes qui travaillent ont en la matière autant de responsabilités que celles qui ne travaillent pas. Là où le rôle du fils aîné est de prendre soin de ses parents âgés, le fardeau effectif retombe généralement sur sa femme.

Les femmes privées de secours dans leur vieillesse risquent plus que les hommes d'être blâmées de se trouver dans cette situation; et celles qui reçoivent un secours connaissent souvent une situation plus précaire que les hommes. Bien que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, les femmes âgées reçoivent souvent un appui moindre de leur famille⁴⁴ et il est souvent tacitement admis qu'elles ne méritent pas cet appui. Les hommes âgés ont plus souvent sous leur toit des membres de leur famille qui leur viennent en aide, tandis que les femmes sont généralement des hôtes au foyer de leurs enfants⁴⁵.

Les femmes âgées sont frappées en grand nombre d'incapacité permanente, conséquence des charges dont le poids s'est accumulé tout au long du cycle de vie. Une longévité accrue ne se traduit généralement pas par une augmentation des années d'incapacité permanente vers la fin de la vie⁴⁶. Cependant, surtout où l'inégalité entre les sexes est très marquée, l'état de santé des femmes âgées se ressent du manque de soins de santé, d'éducation et d'une bonne nutrition durant les phases antérieures de leur vie.

Les femmes âgées risquent plus souvent d'être pauvres que les hommes âgés. L'impact accumulé de rémunérations moins élevées durant leur vie, de pensions moins élevées, d'un statut social moins élevé et d'un accès plus limité à la propriété et à l'héritage explique pourquoi les femmes âgées sont pauvres en beaucoup plus grand nombre. Les femmes âgées célibataires ou veuves sont les plus gravement touchées.

L'attention donnée à ces problèmes durant l'Année internationale des personnes âgées (1999) a fait mieux prendre conscience des données et stimulé le débat sur les politiques et leur élaboration⁴⁷.

Comment mesurer les inégalités entre les sexes

Le choix des indicateurs à utiliser pour mesurer le progrès vers les objectifs du développement social reflète les priorités en matière de développement. Une attention accrue a récemment été prêté à l'égalité



entre les sexes et à la protection des droits des femmes. Quand les femmes et leurs droits sont systématiquement sous-évalués, à peu près n'importe quelle mesure spécifique le révélera. Quand les femmes sont des participantes actives et appréciées, leurs contributions sont reconnues quelle que soit la sphère d'activité examinée.

Plusieurs mesures composites sont utilisées pour mesurer le préjugé sexiste. Les variations entre elles sont considérables, mais toutes s'accordent dans une large mesure sur la position relative des pays ou localités.

La plupart des indicateurs types ne révèlent pas correctement la nature, l'étendue ou l'impact des déséquilibres entre les sexes, ni la manière dont ils prennent naissance. Par exemple, la proportion de femmes occupant un emploi rétribué ne tient nullement compte du travail des femmes au foyer ou dans le secteur non structuré. Dans les catégories d'emploi les plus basses, elle révèle que la mobilité sociale des femmes et les perspectives qui leur sont ouvertes demeurent limitées, mais leur participation progressivement accrue à la population active n'indique pas que leurs pouvoirs d'action et de décision augmentent. Ce qu'elle indique, tant pour les femmes que pour les hommes, c'est qu'il n'y a pas d'autre choix que de travailler.

Indices et autres indicateurs

Malgré leurs imperfections, la communauté internationale accepte certaines mesures parce qu'elles donnent un ordre général de grandeur. L'Indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH), que le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a été le premier à utiliser⁴⁸, saisit l'état sanitaire et l'accès aux services parce qu'il inclut l'espérance de vie, les perspectives économiques parce qu'il considère le PIB par habitant, et le niveau d'instruction parce qu'il combine le taux d'alphabétisation des adultes et le taux de scolarisation.

En 1996, le PNUD a introduit deux nouveaux indices pour saisir la nature du développement humain, différenciée par sexe. Le premier, l'Indicateur du développement sexospécifique (IDS) utilise les mêmes composantes que le ISDH, mais les ventile par sexe⁴⁹. Le deuxième, l'Indicateur de l'habilitation des femmes (IHF), utilise une série de mesures : le nombre de sièges parlementaires occupés par des femmes; la proportion de femmes exerçant des fonctions d'administration et gestion; la proportion de femmes dans les professions libérales et les métiers techniques⁵⁰; et la part de l'épouse dans les revenus gagnés par le couple.

Les femmes âgées risquent plus souvent d'être pauvres que les hommes âgés.

Tableau 2 : Indicateurs de l'égalité entre les sexes

Domaine	Indicateur(s)
Autonomie physique	<ul style="list-style-type: none"> • Protection légale contre la violence sexiste et incidence de celle-ci • Maîtrise de la sexualité • Maîtrise de la reproduction
Autonomie dans la famille et le ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Liberté du mariage et du divorce • Droit de garde sur les enfants en cas de divorce • Pouvoir de prise de décisions et accès aux avoirs du ménage
Pouvoir politique	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décisions aux niveaux supérieurs au ménage (communes, syndicats, gouvernement, parlement) • Proportion de femmes dans les hautes fonctions administratives
Ressources sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à la santé • Accès à l'éducation
Ressources physiques	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à la terre • Accès au logement • Accès au crédit
Emploi et revenu	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition du travail rémunéré et non rémunéré • Éventail des salaires pour hommes et femmes • Division des emplois dans les secteurs structuré et non structuré par sexe
Utilisation du temps	<ul style="list-style-type: none"> • Accès relatif au loisir et au sommeil
Identité sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidité de la division du travail par sexe

Source : Saskia Wieringa, 1999. "Women's Empowerment in Japan: Towards an Alternative Index on Gender Equality". Communication présentée au premier Forum mondial sur le développement humain, patronné par le Bureau du Rapport mondial sur le développement humain, Programme des Nations Unies pour le développement, New York, 29-31 juillet 1999.



Les indicateurs types du développement ne révèlent pas la nature, l'étendue ou l'impact des déséquilibres entre les sexes.

Si ce sont là des indicateurs importants, ils ne mesurent pas l'éventail complet des options ouvertes aux femmes. L'Indicateur de l'égalité entre les sexes (IES), élaboré sous les auspices de l'Institut international de statistique, vise à être plus complet (Tableau 2).

Cependant, tous les pays ne disposent pas des données nécessaires, ce qui a entravé une élaboration complète de cet indice.

Certaines tentatives ont été faites pour mesurer la condition des femmes en utilisant les ensembles de données existants, notamment les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) menées dans plus de 60 pays à la fin de 1999⁵¹. La vaste gamme des sujets couverts et les descriptions détaillées de ménages permettent de conduire des études très diverses.

L'un de ces indicateurs, le Threshold Measure of Women's Status (TMWS), identifie six domaines d'intérêt — statut socioéconomique, ménages dirigés par une femme, éducation et éveil culturel, emploi et charge de travail, mariage et maternité, statut reconnu — et définit les seuils de performance satisfaisante en fonction d'indicateurs spécifiques dans chaque domaine⁵². TMWS est un filet à mailles plus fines que les autres mesures succinctes ou globales. Mais il ne saisit cependant pas de nombreux détails de la prise de décisions au sein des familles; cela supposerait que l'enquête comporte des questions concernant la prise de décisions sur les achats du ménage, par exemple, ou la latitude laissée ou non à une femme de s'éloigner du domicile familial sans autorisation⁵³.

Quand les données permettent de comparer les trois approches, le classement général des pays en fonction du IDS, du IHF et du TMWS est à peu près identique. Mais, pour beaucoup de pays, les indicateurs diffèrent quant aux domaines qui appellent le plus d'attention.

Une analyse, similaire à celles conduites au titre du IHF et du IES, des indicateurs en Afrique subsaharienne a également dégagé une cohérence générale entre les conclusions tirées, mais des variations considérables sont apparues selon les mesures spécifiques et l'analyse n'a pas dégagé de liaisons causales simples entre les différentes mesures⁵⁴. Par exemple, des niveaux d'instruction relativement élevés n'impliquaient pas clairement un niveau plus élevé de partage du pouvoir politique.

Autres activités de suivi des progrès

Le FNUAP a identifié un éventail d'indicateurs démographiques, sanitaires et basés sur les programmes qui saisissent les dimensions sexospécifiques des programmes de pays⁵⁵. Il a aussi retenu des indicateurs définis par un objectif⁵⁶, entre autres la réduction de l'écart entre les sexes dans la scolarisation primaire et secondaire; l'accroissement de la proportion de parlementaires femmes; et la hausse des taux d'alphabétisation des femmes adultes.

Le cadre des indicateurs communs du système des Nations Unies est identique, mais choisit pour indicateur la part des femmes dans les emplois non agricoles rétribués au lieu du taux d'alphabétisation des femmes adultes⁵⁷. Une évaluation des progrès réalisés due au Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) donne à réfléchir : "Jusqu'à présent, six pays seulement réunissent les caractéristiques suivantes : égalité à peu près complète entre les sexes dans la scolarisation secondaire, occupation par les femmes de 30 % au moins des sièges de parlement ou législature, exercice par les femmes de près de 50 % des emplois rétribués dans les activités autres qu'agricoles"⁵⁸.

La Banque mondiale met aussi au point une série de mesures permettant de dresser le profil sexospécifique des pays. Ce sont les suivantes : proportion des femmes dans la population; espérance de vie propre à chaque sexe; proportion des femmes dans la population active; taux de scolarisation primaire pour chaque sexe et taux d'analphabétisme des jeunes; taux de fécondité; taux d'utilisation des contraceptifs; taux des accouchements assistés par un personnel qualifié; et taux de mortalité maternelle⁵⁹. La Banque a également publié des descriptions plus qualitatives des problèmes clefs et des progrès réalisés pour un grand nombre de pays divers⁶⁰.

La réforme du secteur sanitaire, initiative primordiale de la Banque mondiale, est mise en oeuvre en utilisant la mesure des "années de vie corrigées du facteur invalidité" pour décider des priorités. Certains objectent néanmoins que la mesure n'est pas exempte d'un préjugé sexiste, en particulier parce qu'elle n'examine pas quels torts causent aux familles les maladies des femmes, qui sont les principales dispensatrices de soins⁶¹.

Les droits de la femme sont des droits de la personne humaine

Une série de traités relatifs aux droits de l'homme et d'accords conclus lors de conférences internationales, que les États ont mis en place au long de plusieurs décennies — sous l'influence croissante d'un mouvement mondial de plus en plus affirmé en faveur des droits de la femme — constitue un fondement juridique qui permet de mettre fin à la discrimination sexiste et aux violations de droits fondées sur le sexe. Ces accords affirment que femmes et hommes ont des droits égaux et obligent les États à prendre des mesures contre les pratiques discriminatoires.

Le point de départ se trouve dans les principes de la Charte des Nations Unies et de la Déclaration universelle des droits de l'homme, auxquels souscrivent tous les États Membres de l'Organisation des Nations Unies. Des définitions précises des droits et libertés ont été établies depuis la rédaction de ces instruments, dans les années 40, mais tous les traités ultérieurs relatifs aux droits de l'homme sont partis de la reconnaissance explicite par les fondateurs de l'égalité des droits et des libertés fondamentales de chaque homme et de chaque femme, ainsi que de leur insistance à protéger la dignité élémentaire de la personne.

Si elles sont l'expression de la conscience mondiale, les décisions des conférences internationales prises par consensus sont aussi de puissants instruments de promotion du changement tant à l'intérieur de chaque pays qu'au niveau international. Le Programme d'action de Vienne, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et

le développement et le Programme d'action adopté à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (QCMF) sont des accords internationaux basés sur le consensus qui se prononcent avec force pour l'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes.

En particulier, les documents de la CIPD et de la QCMF, s'inspirant des accords relatifs aux droits de l'homme, énoncent clairement les concepts de droits en matière de sexualité et de reproduction — y compris le droit à la santé en matière de reproduction et de sexualité; le libre choix de se marier ou non, d'avoir des rapports sexuels ou non et de porter des enfants ou non; la protection contre la violence et la contrainte sexuelles; et le droit au respect de la vie privée¹ — qui sont des aspects essentiels de l'égalité entre les sexes.

Traités relatifs aux droits de l'homme

Le préambule de la **Charte des Nations Unies**, adopté en 1945, proclame à nouveau "notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites". La Charte reconnaît que l'un des buts des Nations Unies est de "réaliser la coopération internationale en ... développant et en encourageant le respect des droits de l'homme et des

PHOTO : Une femme juge au Ghana. Les traités relatifs aux droits de l'homme offrent une base juridique qui permet de mettre fin aux violations des droits de la personne fondées sur le sexe.

Jorgen Schytte/Still Pictures



libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion”.

La **Déclaration universelle des droits de l'homme**, adoptée en 1948, a précisé davantage la portée des droits de l'homme. L'article premier résume tous les articles subséquents et les traités et conventions ultérieurs en déclarant : “Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits.” Sur certaines questions, comme les droits relatifs au mariage, la Déclaration indique la manière dont hommes et femmes doivent être traités. Elle précise qu’“à partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution. Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux.”

Plus de 20 ans après l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme, la communauté internationale s'est mise d'accord sur deux pactes qui énoncent de manière plus détaillée les droits stipulés dans la Déclaration. Il s'agit du **Pacte international relatif aux droits civils et politiques** (souvent dénommé le Pacte politique) et du **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** (souvent dénommé le Pacte des droits économiques). L'un et l'autre sont entrés en vigueur en 1976. Ils sont légalement contraignants pour les États qui les ont ratifiés. Cependant, de nombreux États Membres ne l'ont pas fait et de nombreux autres ne l'ont fait qu'avec des réserves substantielles. (Les États peuvent émettre des réserves sur les articles d'un traité par lesquels ils ne souhaitent pas être liés, pourvu que ces réserves n'aillent pas à l'encontre du sens du traité.)

L'un et l'autre pactes ont fait place à des interprétations basées sur la Déclaration, qui comportent souvent d'importantes implications concernant l'égalité entre les sexes et les droits en matière de reproduction; il s'agit notamment du droit des femmes d'être exemptes de toutes les formes de discrimination, du droit à la liberté de réunion et d'association, et des droits de la famille. Le Pacte politique, entre autres choses, reconnaît les droits à “la liberté et la sécurité de la personne” (art. 9) et à “la liberté d'expression”, qui comprend “la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce” (art. 19); et il affirme que “nul mariage ne peut être conclu sans le libre et plein consentement des futurs époux” (art. 23).

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été adoptée par l'Assemblée générale en 1979 et comptait 165 États Parties à la date de janvier 2000. La Convention cherche à faire face à la discrimination dont les femmes sont très souvent victimes sur les plans social, culturel et économique, déclarant que les États doivent s'efforcer de modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel qui réduisent à des stéréotypes l'un ou l'autre sexe ou mettent les femmes dans une position d'infériorité. Elle déclare aussi que les États doivent veiller à ce que les femmes aient des droits égaux en ce qui concerne l'éducation et un

accès égal à l'information; éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé; et mettre fin à la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les questions relatives au mariage et aux rapports familiaux. La Convention déclare que les États doivent agir de manière à éliminer les violations des droits de la femme, qu'elles soient commises par des particuliers, des groupes ou des organisations.

La Convention énonce des définitions et normes plus claires que les pactes antérieurs dans le domaine de l'égalité entre les sexes et élargit les protections offertes contre la discrimination. En particulier, elle reconnaît que, parce que la société définit différemment les rôles des deux sexes, les dispositions prises à l'encontre de la discrimination et des sévices ne peuvent se borner à exiger qu'hommes et femmes soient traités sur un pied d'égalité; il doit exister une définition plus positive des responsabilités qui applique à tous les normes appropriées en matière de droits. La Convention reconnaît la nécessité d'examiner les règles et pratiques concernant les relations entre les sexes dans la société, pour veiller à ce qu'elles n'affaiblissent pas les garanties qui assurent l'égalité entre les deux sexes dans tous les aspects de la vie.

Presque tous les États ont ratifié la **Convention relative aux droits de l'enfant**, dont ils ont ainsi fait un puissant outil pour imposer aux États l'obligation de répondre des problèmes relatifs aux droits de l'homme. Ne se bornant pas à défendre les droits propres de l'enfant, cette Convention, adoptée en 1989, traite en termes plus généraux des relations entre les sexes. Elle réaffirme, par exemple, le droit aux services de planification familiale, reconnu par des conventions et conférences antérieures.

L'article 24 oblige les États “à assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés”. Il les invite aussi à prendre “toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants”; cela constitue une reconnaissance explicite des effets néfastes de pratiques telles que la mutilation génitale féminine. L'article 34 énonce que les États doivent “s'engager à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle”. L'article 17 affirme que l'enfant doit avoir accès à une information “qui vise à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale”.

Appliquant la Convention, le Comité des droits de l'enfant a, par exemple : recommandé que des lois spécifiques soient promulguées et que l'application en soit imposée afin d'interdire la mutilation génitale féminine (1997); demandé au Koweït de prendre des mesures pour prévenir et combattre le mariage précoce (1998); et demandé au Mexique de relever et d'égaliser l'âge légal minimum du mariage pour garçons et filles (1999).

Organes créés par les traités relatifs aux droits de l'homme : rapports et recommandations

Les pays qui ont ratifié les traités relatifs aux droits de l'homme sont tenus de faire régulièrement rapport sur les mesures qu'ils ont prises pour garantir l'exercice et la jouissance des droits spécifiés. Les organes créés surveillent l'application des instruments relatifs aux droits. Par exemple, le Comité

Déclaration universelle des droits de l'homme (1948): “Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits.”



des droits de l'homme surveille le respect du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et reçoit les plaintes d'individus dont les droits ont été violés, tandis que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels surveille l'application du Pacte relatif aux droits économiques.

Les organes créés par traité offrent des recommandations et des interprétations pour faciliter le suivi, l'examen et l'évaluation des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Leurs recommandations peuvent prendre plusieurs formes. Certaines éclaircissent les dispositions du traité, par exemple en précisant les mesures que les États, groupes ou individus devraient prendre. Ces organes de suivi peuvent aussi définir les normes et recommander les mesures nécessaires pour protéger ou élargir un droit. Les ONG peuvent aussi présenter des "contre-rapports" quand un État comparait devant un organe créé par traité.

Le **Comité des droits économiques, sociaux et culturels** a récemment promulgué un certain nombre de décisions sur les droits en matière de reproduction. Par exemple, il a demandé au Cameroun d'éliminer les pratiques de la polygamie, du mariage forcé et de la mutilation génitale féminine, ainsi que le préjugé qui fait éduquer de préférence les garçons (1999); noté avec préoccupation le taux élevé de grossesses chez les adolescentes d'âge scolaire à Saint-Vincent-et-Grenadines (1997); et noté que le Parlement suisse n'avait pas encore reconnu le droit des femmes enceintes à des prestations de maternité comme le prévoit l'article 10 (1998).

Préoccupé par le grand nombre de suicides d'adolescentes, "qui semble en partie lié à l'interdiction de l'avortement", le **Comité des droits de l'homme** a demandé à l'Équateur d'aider les adolescentes, en cas de grossesse non désirée, à obtenir des soins de santé et une éducation adéquats (1998). Concernant la Pologne, le Comité a exprimé sa préoccupation sur les points suivants : lois rigoureuses sur l'avortement qui conduisent à un nombre élevé d'avortements clandestins pratiqués dans des conditions dangereuses; accès limité des femmes à des contraceptifs de prix abordable; élimination de l'éducation sexuelle des programmes scolaires; et insuffisance des programmes publics de planification familiale (1999).

En mars 2000, le Comité a adopté un nouveau commentaire général détaillé sur l'égalité entre les sexes, énonçant quel est le vrai sens de l'article 3 du Pacte politique et quelles informations les États parties sont supposés fournir dans leurs rapports. Ce document affirme que l'égalité entre les sexes s'applique à la jouissance de tous les droits — civils, culturels, économiques, politiques et sociaux — et ne comporte pas seulement le droit de ne faire l'objet d'aucune discrimination; une action palliative s'impose. Les États parties sont tenus d'interdire la discrimination fondée sur le sexe, et de "mettre fin aux mesures discriminatoires dans les secteurs tant public que privé".

Le **Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes** surveille l'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. À sa session de janvier 1992, le Comité a adopté la recommandation générale 19 sur la violence à l'égard des femmes, aux termes de laquelle "la violence existe qui compromet ou annule la jouissance par les femmes de leurs droits et libertés fondamentaux est une discrimination" au sens du traité.

En 1994, le Comité a estimé que la violence à l'égard des femmes dans les familles constituait une violation du "droit à la non-discrimination contre les femmes dans toutes les questions relatives au mariage et aux relations familiales". Il a demandé : des sanctions pénales et des recours civils dans les affaires de violence familiale; la proscription de la notion de "défense de l'honneur familial" pour justifier une agression ou un meurtre; des services qui assureraient la sécurité des victimes de la violence familiale; des programmes de rééducation pour les auteurs d'actes de violence familiale; et des services d'appui pour les familles où sont survenus un inceste ou des sévices sexuels.

Le Comité a par la suite déploré le taux élevé des grossesses d'adolescentes au Belize, qu'il a mis en relation avec le manque d'informations adéquates en matière de planification familiale et la non-utilisation de contraceptifs; il a en outre exprimé son inquiétude de constater que les écoles sont libres d'expulser les filles pour cause de grossesse et que quelques-unes seulement leur permettent de continuer leurs études après la grossesse (1999). Il a statué qu'au Chili "des préjugés sociaux et culturels enracinés" retardent l'accession des femmes à l'égalité; il a exprimé sa préoccupation devant les taux élevés de grossesses d'adolescentes, qu'il a mis en relation avec la violence sexuelle; il a exhorté le Gouvernement de ce pays à abolir les lois infligeant des sanctions pénales aux femmes qui subissent un avortement et imposant aux professionnels de la santé de les dénoncer (1999).

Il a exhorté le Népal à amender les lois discriminatoires en matière de propriété et de succession, de mariage, de nationalité, de déclaration des naissances à l'état civil et d'avortement; et à punir les personnes qui livrent des femmes aux proxénètes ou aux trafiquants d'êtres humains; et il a exprimé sa préoccupation au sujet des coutumes et pratiques traditionnelles néfastes, comme le mariage des enfants, la dot, la polygamie et les pratiques ethniques et religieuses qui forcent les filles à se prostituer (1999). Concernant le Pérou, le Comité s'est déclaré préoccupé du taux élevé de violence familiale, y compris l'inceste, et des violences sexuelles commises à l'encontre des femmes rurales et autochtones, y compris les mineures; il a recommandé que le Gouvernement réexamine sa législation de l'avortement et garantisse aux femmes l'accès à des services de santé complets, y compris l'avortement sans danger, et à un secours médical d'urgence en cas de complications consécutives à l'avortement (1998).

Seuls de rares pays adressent chaque année un rapport au Comité. L'impact des recommandations et décisions est renforcé du fait de leur intérêt général et de leur application cumulative.

Le 10 décembre 1999, Journée des droits de l'homme, le **Protocole facultatif** se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion. Au 28 mars 2000, 33 pays avaient signé le Protocole et certains avaient engagé les procédures parlementaires requises avant la ratification; 10 ratifications sont nécessaires pour que le Protocole entre en vigueur. Le Protocole facultatif est un instrument juridique qui permettra aux victimes de discrimination sexuelle de déposer des plaintes auprès du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. En acceptant le Protocole, un État reconnaît que le

Les pays qui ont ratifié les traités relatifs aux droits de l'homme sont tenus d'adresser régulièrement des rapports sur les progrès accomplis.

ENCADRÉ 28

Le droit aux soins de santé en matière de reproduction

L'accès aux soins de santé, y compris en matière de reproduction, est un droit fondamental aux termes de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. L'article 12 impose aux États d'éliminer la discrimination dans le domaine des soins de santé durant tout le cycle de vie, notamment en ce qui concerne la planification familiale, la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement.

En 1999, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a élaboré une recommandation générale relative à l'article 12 de la Convention. On en trouvera ci-après les dispositions essentielles :

“Les Etats parties devraient mettre en oeuvre une stratégie nationale dont le but d'ensemble serait de protéger la santé des femmes durant toute leur vie. Cette stratégie devrait inclure des interventions de médecine préventive et curative contre toutes les maladies qui touchent les femmes, ainsi que des moyens de lutter contre la violence à l'égard des femmes, et elle devrait également assurer l'accès de toutes les femmes à un ensemble complet de soins de qualité et d'un coût abordable, ainsi qu'aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction.

“Les Etats parties devraient affecter des ressources budgétaires, humaines et administratives suffisantes à la protection de la santé des femmes, de façon que les hommes et les femmes, compte tenu de leurs besoins médicaux différents, soient traités de façon comparable dans le budget de santé publique.

“Les Etats parties devraient en outre, en particulier :

- Veiller à ce que la parité entre les sexes figure en très bonne place dans toutes les politiques et tous les programmes qui ont des effets sur la santé des femmes, et faire participer les femmes à la conception, la mise en oeuvre et le suivi de ces politiques et programmes et à l'organisation des soins de santé dispensés aux femmes;
- Veiller à éliminer tous les facteurs qui restreignent l'accès des femmes aux soins, à l'éducation et à l'information, notamment dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction, et en particulier à affecter des ressources suffisantes aux programmes, destinés aux adolescents des deux sexes, pour la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le VIH et le sida;
- Donner une place prioritaire à la prévention des grossesses non désirées, par la planification familiale et l'éducation sexuelle, et réduire les taux de mortalité maternelle par des services de maternité sans risques et d'assistance prénatale. Le cas échéant, il faudrait amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent;
- Suivre de près la fourniture des soins de santé que des organismes publics, des organisations non gouvernementales ou des entreprises privées dispensent aux femmes, pour que les hommes et les femmes aient également accès à des soins de même qualité;
- Veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause;
- Veiller à ce que la formation des soignants comprenne des enseignements obligatoires, détaillés et attentifs à la parité des sexes, sur la santé et les droits fondamentaux des femmes, en particulier sur la question de la violence entre les sexes.”

Comité est compétent pour recevoir et examiner les plaintes déposées par des individus ou groupes relevant de la juridiction de cet Etat dans les cas où ceux-ci ont épuisé les recours internes.

Le Protocole facultatif habilite aussi le Comité à engager des enquêtes sur les situations où les droits des femmes sont violés de manière grave ou systéma-

tique. Bien que le Protocole autorise les États, lors de la ratification ou de l'adhésion, à déclarer qu'ils n'acceptent pas la procédure d'enquête, il prévoit explicitement que ses termes ne peuvent faire l'objet d'aucune réserve. Lors de son entrée en vigueur, le Protocole confèrera à la Convention un statut égal à celui des autres instruments relatifs aux droits de l'homme qui peuvent recevoir des plaintes de particuliers, comme le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

En avril 2000, le **Comité pour l'élimination de la discrimination raciale** a adopté une recommandation générale reconnaissant que certaines formes de discrimination raciale ont pour les femmes des impacts de caractère unique et spécifique. Le Comité a décidé de tenir compte des facteurs sexospécifiques dans tout examen de la discrimination raciale.

La **Commission des droits de l'homme** non seulement contrôle les travaux des organes surveillant l'application des traités, mais aussi s'assure que les États respectent le droit international relatif aux droits de l'homme et enquête sur les violations alléguées de ces droits. Opérant par l'entremise de rapporteurs spéciaux et de groupes de travail, la Commission envoie des missions d'enquête dans des pays en développement ou développés de toutes les parties du monde. Il y a, par exemple, un Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes.

En avril 1999, la Commission a adopté par consensus des résolutions appelant les gouvernements à prendre des mesures efficaces pour lutter contre le trafic des femmes et des fillettes et contre la violence à l'égard des femmes. Elle a aussi insisté pour que tous les organes créés par traité, les procédures spéciales et les autres mécanismes de l'ONU en matière de droits de l'homme adoptent systématiquement une démarche tenant compte des sexospécificités dans l'accomplissement de leur mandat.

Accords conclus par consensus aux conférences internationales

Si les accords conclus aux conférences internationales ne sont pas légalement contraignants, les organes de suivi des traités relatifs aux droits de l'homme peuvent tenir compte des recommandations qui y figurent, par exemple en fixant des normes et en faisant des interprétations et recommandations. En tant qu'expression du consensus international, les accords de conférence constituent aussi de solides arguments qui peuvent et doivent influencer sur la formulation des lois et politiques nationales. Plusieurs des grandes conférences des années 90 ont abordé les problèmes de l'égalité entre les sexes et des droits des femmes.

La **Conférence mondiale sur les droits de l'homme**, tenue à Vienne en 1993, a déclaré que les droits de l'homme constituent une norme universelle, indépendante de celles de chaque État. La Déclaration de Vienne souligne que les droits des femmes et des fillettes sont “une partie inaliénable, intégrale et indissociable des droits de la personne humaine”, et qu'ils appellent une attention spéciale dans le cadre de toutes les activités relatives à ces droits.

La Conférence a insisté pour qu'une priorité accrue soit donnée à l'élimination de toutes les formes de discrimination fondée sur le sexe; à la participa-



tion pleine et entière des femmes à la vie politique, civile, économique, sociale et culturelle; et à la fin de toutes les formes de violence sexiste. Les pays ont convenu que la jouissance par les femmes de leurs droits — y compris un accès égal aux ressources — est à la fois une fin en soi et un moyen essentiel de leur émancipation, de la justice sociale et d'un développement socioéconomique d'ensemble.

La Déclaration de Vienne affirme aussi que les femmes doivent jouir tout au long de leur vie des plus hauts niveaux de santé physique et mentale. Elle réaffirme le principe de l'égalité entre hommes et femmes et le droit à un accès égal à tous les niveaux d'éducation. Et elle reconnaît le droit des femmes à des soins de santé accessibles et adéquats et à l'éventail le plus large de méthodes et services de planification familiale.

À la suite des recommandations de Vienne, l'Assemblée générale a adopté par consensus, en décembre 1993, la **Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes** — qui doit, conformément à la législation nationale, prévenir, soumettre à une enquête et punir les actes de violence à l'égard des femmes, qu'ils soient perpétrés par l'État ou par des particuliers — et a nommé un Rapporteur spécial chargé de contrôler l'application des mesures conçues pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes.

Conférence internationale sur la population et le développement

La CIPD (1994) a reconnu que l'émancipation des femmes et l'amélioration de leur statut sont des fins importantes en soi et qu'elles sont essentielles à la réalisation d'un développement durable. Le Programme d'action de la CIPD² a affirmé que les normes universellement reconnues en matière de droits de l'homme s'appliquent à tous les aspects des programmes de population.

Le Programme d'action présente le contexte et énonce le contenu des droits en matière de reproduction. Les principes fondamentaux sont formulés au paragraphe 7.3 :

“Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement de leur naissance et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme.”

La **quatrième Conférence mondiale sur les femmes**, tenue à Beijing en 1995, a marqué une autre

date dans les efforts menés pour assurer aux femmes une complète égalité. Le Programme d'action³ adopté par la QCMF affirme que les droits fondamentaux des femmes sont inaliénables, universels, indissociables et interdépendants. Il énonce le principe selon lequel les droits de tous doivent être défendus pour que les droits de chacun soient préservés. Il appelle tous les gouvernements, organisations et individus à promouvoir et protéger les droits fondamentaux des femmes, par la pleine application de tous les instruments pertinents relatifs aux droits de l'homme, en particulier la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et à veiller à ce que l'égalité entre les sexes et l'absence de toute discrimination fondée sur le sexe existent tant dans la pratique que dans les textes législatifs.

Le programme de Beijing identifie “12 domaines critiques” d'action nécessaires pour émanciper les femmes et garantir le respect de leurs droits fondamentaux : les femmes et la pauvreté; l'éducation et la formation des femmes; les femmes et la santé; la violence à l'égard des femmes; les femmes et les conflits armés; les femmes et l'économie; les femmes face au pouvoir et à la prise de décisions; les mécanismes institutionnels de promotion de la femme; les droits fondamentaux des femmes; les femmes et les médias; les femmes et l'environnement; et la fillette⁴.

La QCMF a réaffirmé et renforcé le consensus qui s'était dégagé l'année précédente à la CIPD, au Caire. Une grande partie des formulations retenues à la CIPD sur les droits en matière de reproduction a été directement incorporée dans le Programme d'action. Le paragraphe 92 affirme : “Il faut être en bonne santé pour pouvoir mener une vie productive et satisfaisante et les femmes n'auront aucun pouvoir d'action tant qu'elles ne jouiront pas du droit de gérer tous les aspects de leur santé, en particulier leur fécondité.” Le paragraphe 96 affirme : “Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine.”

À la suite de la QCMF, la **Commission de la condition de la femme** a reçu pour mandat de revoir périodiquement la situation dans les domaines

ENCADRÉ 29

Le Programme d'action de la CIPD et l'égalité entre les sexes

Le Principe 4 du Programme d'action de la CIPD affirme : “Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'équité ainsi qu'assurer la promotion des femmes et l'élimination de toutes les formes de violence à leur encontre, et veiller à ce que les femmes aient les moyens de maîtriser leur fécondité sont des éléments capitaux des programmes relatifs à la population et au développement. Les droits des femmes et des fillettes font inaliénablement, intégralement et indissociablement partie des droits universels de la personne humaine. L'égalité et la pleine participation des femmes à la vie civile, culturelle, économique, politique et sociale aux niveaux national, régional et international, et l'élimination de toutes les formes de discrimination fondée sur le sexe sont des objectifs prioritaires pour la communauté internationale.”



d'action critiques du Programme d'action et de jouer un rôle catalytique dans le suivi de la Conférence. La Commission, créée en 1946, se réunit chaque année pour faire des recommandations et établir des rapports promouvant l'égalité des droits des femmes et des hommes dans les domaines politique, économique, civil, social et éducatif. Entre autres choses, elle a veillé à ce que la Déclaration universelle des droits de l'homme comporte des dispositions relatives à l'égalité entre les sexes.

Examens après cinq ans

Les documents de la CIPD et d'autres conférences adoptés par consensus ont pour raison d'être de conduire à l'adoption de mesures pratiques. Des examens ont évalué après cinq ans les progrès réalisés vers les buts convenus, ainsi que les obstacles identifiés, et ont fixé de nouveaux repères.

Le suivi "CIPD+5", par exemple, a eu lieu en 1998 et 1999 sous forme d'une série de manifestations⁵ couronnées par une session extraordinaire de l'Assemblée générale. La session extraordinaire a adopté un document relatif aux principales mesures à adopter pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la CIPD. Tout en entérinant la totalité des dispositions du Programme d'action de la CIPD, ce document est allé au-delà dans certains domaines, notamment les droits des adolescents et des femmes en matière de reproduction dans les situations d'urgence.

La session extraordinaire a demandé aux gouvernements de respecter, protéger et promouvoir les droits fondamentaux des femmes et des fillettes — en particulier, le droit d'être à l'abri de la coercition, de la discrimination et de la violence, y compris les pratiques nuisibles et l'exploitation sexuelle — en élaborant, appliquant et faisant effectivement respecter des politiques et une législation qui tiennent compte des sexospécificités. Elle a appelé des mesures plus énergiques sur les points suivants : santé en matière de reproduction et de sexualité; mortalité maternelle; be-

soins des adolescents sur le plan de la santé en matière de reproduction; réduction du nombre des avortements et traitement des conséquences sanitaires de l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses; prévention du VIH/sida; problèmes sexospécifiques et éducation (Encadrés 4 et 7).

Les gouvernements ont été encouragés à signer, ratifier et appliquer la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; à retirer les réserves incompatibles avec l'objectif et le but de la Convention; et à se consulter avec la société civile dans le processus d'établissement de rapports concernant les traités relatifs aux droits de l'homme. Les organes des Nations Unies chargés de suivre les indicateurs relatifs aux droits fondamentaux des femmes ont été exhortés à y faire place aux questions concernant la santé en matière de sexualité et de reproduction.

L'examen "Beijing+5", intitulé "Les femmes en l'an 2000 : Egalité entre les sexes, développement et paix pour le XXI^e siècle", a eu lieu du 5 au 10 juin 2000. Au cours de cette session, l'Assemblée générale a évalué les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme, adoptées en 1985, et du Programme d'action de la QCMF, et a envisagé des mesures et initiatives pour l'avenir (Encadré 5).

Pour que les droits inscrits dans les traités et dans les documents établis par consensus deviennent une réalité, il est nécessaire de les incorporer aux lois, politiques et programmes nationaux. Les mécanismes de suivi créés à la suite des conférences internationales ont rendu beaucoup plus facile que par le passé de se tenir au courant des progrès réalisés par chaque pays s'agissant de traduire les idéaux dans la réalité.

L'interprétation de ce que recouvrent les droits de l'homme et de la manière dont il convient de les protéger et d'en contrôler l'application est élaborée au long de divers processus, au niveau international et à l'intérieur de chaque pays. La prise en considération des facteurs sexospécifiques doit devenir partie intégrante et systématique de tous ces processus. Malgré d'importants progrès, cela reste en grande partie à réaliser.



Oeuvrer pour un avenir meilleur

Rôle des gouvernements

De bien des manières, les gouvernements créent les conditions favorables à l'égalité entre les sexes. Ils peuvent écartier les obstacles dus à la législation et changer celle-ci pour promouvoir la justice entre les sexes; ils peuvent prêter attention à l'égalité entre les sexes au stade de la conception des politiques et programmes; et ils peuvent encourager la mise en place d'environnements institutionnels propices. En sa qualité de principal employeur, direct et indirect, le gouvernement peut fixer des normes et offrir un exemple aux autres employeurs. Enfin, les dirigeants politiques peuvent recommander et promouvoir l'égalité entre les sexes, encourageant leurs partisans de tous niveaux à faire de même.

Les gouvernements se sont accordés dans le Programme d'action de la CIPD sur la nécessité d'augmenter la part du budget national consacrée aux soins de santé, y compris la santé en matière de reproduction, et les contributions à l'aide internationale. Ils ont reconnu qu'une participation accrue à la coopération et à l'appui techniques entre pays en développement diffuserait plus largement les enseignements tirés des programmes réussis.

Soutien de la législation à l'égalité entre les sexes

De nombreux codes juridiques ou administratifs contiennent des dispositions qui font obstacle à l'ac-

cès des femmes aux ressources et à la propriété, ainsi qu'aux informations de base sur les services et à l'accès à ceux-ci (y compris santé et éducation), aux décisions fondamentales concernant leur place dans la famille¹, à la protection contre la violence et à la liberté d'association. Même quand une législation favorable existe, il arrive que l'application de ces droits légaux soit faiblement imposée ou qu'ils soient annulés par le droit coutumier.

La Constitution de l'**Afrique du Sud** garantit les droits en matière de reproduction, mais leur jouissance effective a été limitée par des appels au droit coutumier. La question n'est pas encore tranchée et l'attention des responsables a été attirée sur la nécessité d'apporter un éclaircissement.

Le FNUAP a patronné des débats entre parlementaires des États arabes et des pays africains concernant la nécessité de modifier les textes de loi régissant le statut personnel, cela afin de protéger la jouissance des droits, notamment en matière de reproduction.

Plus des deux tiers des pays du monde, dont presque tous les pays d'Amérique latine, ont modifié leur législation de manière à améliorer l'accès des femmes aux ressources, aux services éducatifs et sanitaires et à élargir leur rôle dans la prise de décisions au sein de la famille².

En **Équateur**, l'Assemblée nationale constituante a envisagé d'inscrire dans la Constitution les droits en matière de reproduction et de sexualité. Les groupes de femmes, y compris le Conseil national des femmes, ont conduit les consultations et exercé des pressions.

PHOTO : Au Ghana, programme de formation destiné au personnel de bureau. Les gouvernements peuvent former hommes et femmes à utiliser des technologies nouvelles.

Jorgen Schytte/Still Pictures

ENCADRÉ 30

Les femmes et la prise de décisions

Les femmes ont toujours occupé des fonctions dirigeantes dans les organisations communautaires et non gouvernementales, mais elles sont sous-représentées au sein de la plupart des gouvernements, surtout dans les ministères et autres organes exécutifs. Dans une douzaine de pays, aucune femme ne siège encore au parlement et, dans huit au moins, elles n'ont pas même le droit de vote.

Les femmes représentent 13 % des parlementaires du monde entier, contre 7 % en 1975. Dans neuf pays seulement, la proportion des femmes au parlement national atteint au moins 30 % (objectif fixé par la quatrième Conférence mondiale sur les femmes) : Afrique du Sud, Allemagne, Danemark, Érythrée, Finlande, Islande, Norvège, Pays-Bas et Suède (avec plus de 40 %).

Dans certains pays, la Constitution prévoit qu'un certain nombre de sièges parlementaires doivent être réservés aux femmes. Dans d'autres, les partis politiques peuvent se mettre d'accord sur des quotas ou fixer des objectifs quant à la proportion de femmes qui doivent figurer sur les listes électorales.

En Europe de l'Est et en Mongolie, par exemple, l'élimination des quotas qui a accompagné le passage à un système politique démocratique a entraîné une chute brutale de la fraction des sièges parlementaires occupés par des femmes. En Afrique du Sud, par contre, cette fraction est passée de 1 % à 30 % après la fin de l'apartheid.

Plusieurs autres pays en développement ont vu la place des femmes au parlement augmenter très nettement au cours des 25 dernières années, à savoir l'Ouganda (de 1 % à 18 %), l'Équateur (de 1 % à 17 %), les Bahamas (de 4 % à 20 %) et la Barbade (de 4 % à 20 %).

Les femmes occupent 30 % au moins des postes de niveau ministériel dans six pays seulement : Barbade, Érythrée, Finlande, Liechtenstein, Seychelles et Suède. Dans 10 autres pays d'Europe occidentale et des Caraïbes, cette proportion est comprise entre 20 % et 30 %. Quarante-huit pays environ n'ont pas de femme ministre.

Au **Venezuela**, le Réseau pour la population, avec l'appui du FNUAP, a promu l'inscription dans la nouvelle Constitution, approuvée en décembre 1999, des droits en matière de reproduction et de sexualité et de l'égalité entre les sexes³.

La mutilation génitale féminine a été prohibée dans les pays suivants : **Ghana** (1994); **Djibouti** (1995); **Burkina Faso** (1996); **Côte d'Ivoire**, **Togo** et **République-Unie de Tanzanie** (1998); et **Sénégal** (1999). En **Égypte**, un décret du Ministère de la santé a interdit en 1996 la MGF excepté dans les cas où des raisons médicales l'imposent; en 1997, le tribunal administratif suprême a confirmé cette interdiction que ses adversaires lui demandaient de révoquer⁴.

Textes législatifs récemment adoptés

Durant la période 1997-1999, un certain nombre de pays ont promulgué ou révisé leur législation dans divers domaines afin de l'aligner sur les principaux objectifs de la CIPD et de la QCMF⁵.

Santé en matière de reproduction

Le Mexique et le Pérou ont promulgué une législation détaillée qui élargit l'accès aux services de santé en matière de reproduction de toute nature. En Guinée, le nouveau Code de la santé publique a donné un rang prioritaire aux services de planification familiale.

En Géorgie, la loi sur les soins de santé a stipulé que tous les citoyens ont le droit de déterminer le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance. Le Portugal a amendé sa Constitution pour préciser que l'État doit garantir le droit à la planification familiale. En Équateur, la nouvelle Constitution a garanti le droit de tout individu de décider du nombre d'enfants qu'il désire.

Le Pérou a garanti le droit de choisir la contraception chirurgicale en tant que méthode de planification familiale. Le Brésil a approuvé la contraception chirurgicale pour les personnes qui, à l'âge ou avant l'âge de 25 ans, ont déjà deux enfants. Le Paraguay a fait paraître un Manuel national de planification familiale qui autorise la contraception chirurgicale. La Thaïlande a autorisé les salariés à prendre un congé pour contraception chirurgicale.

Le Ministère japonais de la santé et de la protection sociale a approuvé en 1999 la vente de contraceptifs oraux à faible dose, près de 40 ans après la première campagne visant à obtenir cette approbation.

Le Cambodge a promulgué une législation détaillée sur l'avortement, qui en étend la pratique à de plus nombreux cas.

Amélioration de la condition des femmes

L'Albanie, le Burkina Faso, l'Équateur, Fidji, Madagascar, la Pologne et le Soudan ont adopté ou révisé leur Constitution de manière à interdire la discrimination fondée sur le sexe. La France a amendé sa Constitution de manière à promouvoir l'accès égal des femmes et des hommes aux charges électives. Le Luxembourg a criminalisé la discrimination fondée sur le sexe dans la plupart des aspects de la vie sociale.

Le Cap-Vert et la République tchèque ont promulgué un nouveau Code de la famille qui garantit l'égalité des droits et des devoirs dans le mariage. L'Afrique du Sud a prescrit l'égalité de statut des époux dans les mariages coutumiers. D'autres pays ont adopté dans ce domaine une législation de portée plus limitée.

Au Pakistan, la Haute Cour de Lahore a décidé que le consentement des deux parties est une condition indispensable à la validité du mariage et qu'un tuteur n'a pas le droit de donner ce consentement au nom d'une femme sans son approbation. La Constitution du Burkina Faso a affirmé que le mariage est fondé sur le libre consentement de l'homme et de la femme.

Violence sexiste

Le Botswana, la Chine, la Colombie, la Dominique, le Pérou, les Philippines, le Royaume-Uni et le Viet Nam ont aggravé la sévérité des sanctions pour divers délits sexuels ou élargi la protection contre la violence sexuelle. Le Cap-Vert, Cuba, la République-Unie de Tanzanie, la Thaïlande, l'Ukraine et le Viet Nam ont proscrit le trafic des femmes et des enfants. Le Canada, l'Italie et le Royaume-Uni ont criminalisé le tourisme sexuel quand des mineurs en sont victimes. La Bolivie a cessé d'exiger que l'"honnêteté" d'une femme soit prouvée pour la reconnaître victime de certains délits sexuels. L'Allemagne a criminalisé le viol conjugal.

L'Afrique du Sud, la Belgique, les Bermudes, le Honduras, Maurice, le Mexique, le Pérou, le Portugal, la République dominicaine et le Venezuela ont



adopté sous diverses formes une législation contre la violence familiale. Les Bermudes ont interdit de suivre avec insistance quelqu'un contre son gré (*stalking*), tandis que la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont institué des mesures pour lutter contre le harcèlement sexuel.

Relations entre patrons et salariés et emploi

Le Cambodge, l'Équateur, l'Indonésie, la République de Corée, le Sénégal et le Tadjikistan ont promulgué un nouveau Code du travail qui interdit de manière générale la discrimination contre les femmes sur le lieu de travail; le Cambodge, l'Équateur et le Swaziland ont aussi garanti l'équité des rémunérations et tous ces pays, à l'exception du Tadjikistan, offrent désormais une protection contre le renvoi des femmes enceintes ou en congé de maternité. Au Sénégal, une femme qui travaille n'a plus besoin du consentement de son époux pour adhérer à un syndicat. En Équateur, les employeurs doivent avoir un certain pourcentage de femmes dans leur personnel. La Thaïlande exige des employeurs qu'ils traitent de manière égale les salariés des deux sexes et interdit le harcèlement sexuel sur le lieu de travail.

La République-Unie de Tanzanie a interdit le renvoi pour raisons de sexe ou de grossesse. Le Chili, Chypre, le Soudan et la Zambie ont proscrit la discrimination pour raison de grossesse ou de maternité. Le Chili a en outre interdit d'exiger un test de grossesse comme condition d'emploi. La République de Corée a banni la discrimination sexuelle dans les syndicats. Fidji a proscrit le harcèlement sexuel et la discrimination dans l'acceptation des candidatures à l'emploi. Plusieurs autres pays ont renforcé les protections prééxistantes contre la discrimination sexuelle.

Conception des politiques et programmes

Plusieurs pays d'Amérique latine ont commencé d'analyser les différences d'impact qu'ont leurs programmes sur les hommes et sur les femmes. La majorité des pays ont maintenant des plans d'action visant à mettre en oeuvre le Programme d'action de la CIPD et le Programme d'action de la QCMF. Presque tous les pays africains ont un ministère, bureau, département ou service chargé des problèmes d'égalité entre les sexes.

Les gouvernements peuvent concevoir des politiques et programmes en prêtant attention à leurs impacts différents sur les hommes et sur les femmes, encourageant la rétro-information participative et le contrôle local. Ils peuvent récompenser les institutions qui promeuvent l'égalité entre les sexes par l'attribution de ressources humaines et financières.

Les plans nationaux visant à appliquer les recommandations des conférences doivent être précis concernant les responsabilités, tant à l'intérieur qu'en dehors du gouvernement, et faire place aux vues des différents groupes concernés. Il peut être nécessaire de créer au sein des institutions existantes de nouveaux organes au plan des politiques ou de l'administration, ou de désigner des responsables des questions sexospécifiques.

Les questions clefs

Changements politiques et institutionnels

Les pays peuvent avoir besoin de formuler ou réviser des politiques officielles visant à promouvoir l'égalité entre les sexes. Les responsables doivent être en mesure d'analyser les différents impacts que les programmes ont sur les hommes et les femmes, et de déterminer le degré de satisfaction de leurs différents besoins. Des changements institutionnels peuvent aussi s'avérer nécessaires, s'agissant par exemple d'identifier les responsables chargés de contrôler les progrès. Il faut aussi améliorer les mécanismes chargés d'établir des rapports et de recevoir la rétro-information émanant de la société civile, y compris les groupes de femmes.

Formation

Les décideurs et les responsables de l'établissement des programmes doivent recevoir une formation concernant les questions sexospécifiques afin de promouvoir l'égalité entre les sexes. Les ONG et les réseaux

ENCADRÉ 31

Les femmes égyptiennes obtiennent des droits au divorce similaires à ceux des hommes

Une loi entrée en vigueur en mars 2000 autorise les femmes égyptiennes à demander le divorce unilatéralement et sans fournir de raisons, ce qui fait de l'Égypte le deuxième pays du monde arabe, après la Tunisie, à donner aux femmes des droits au divorce similaires à ceux des hommes.

"C'est essentiellement une révolution", a dit Mona Zulfukar, juriste et militante qui a aidé à faire aboutir une campagne de 15 ans pour la réforme du droit de la famille. Cette réforme a aussi rendu plus facile de percevoir les pensions alimentaires et groupé plusieurs procédures distinctes sous la compétence d'un juge unique.

La réforme a été appuyée par une coalition d'éléments divers, parmi lesquels des militants soucieux d'améliorer l'efficacité du système juridique, des défenseurs des libertés civiles et des droits de la femme, et des docteurs de l'islam selon lesquels leur religion justifiait les changements proposés. Les activistes égyptiens ont soutenu que l'intention du prophète Mahomet était manifestement d'offrir par le divorce une chance égale – ou du moins presque égale – aux hommes et aux femmes de dissoudre les unions malheureuses. Ils ont recueilli sur ce point l'accord de professeurs de l'Université Al Azhar, le plus ancien centre d'étude de la théologie dans le monde musulman.

L'opposition des clercs conservateurs et des hommes qui voyaient menacer leur position dominante dans la vie familiale a imposé certains compromis. Au cours de l'élaboration de la loi nouvelle, une disposition autorisant les femmes à voyager sans la permission de leurs maris ou pères a été éliminée.

Même avec cette réforme, un mari peut encore mettre fin au mariage beaucoup plus facilement que son épouse – il ne lui faut pas plus d'une heure auprès du bureau local d'enregistrement des mariages; l'épouse n'a pas même à être informée de sa démarche. Une médiation supervisée par le tribunal doit avoir lieu avant qu'un divorce ne soit prononcé sur la demande de l'épouse; elle doit alors restituer tout numéraire ou bien reçu du mari aux termes du contrat de mariage.

Par une réforme antérieure, le Gouvernement égyptien a abrogé en 1999 une section contestée du Code pénal qui autorisait les auteurs de viol à éviter toute peine de prison s'ils offraient d'épouser leur victime.

internationaux et locaux, les services d'aide au développement, les institutions financières internationales et les bureaux nationaux ont tous préparé des documents de formation. En **Colombie**, par exemple, la formation destinée aux agents des dispensaires spécialisés dans la santé en matière de reproduction a permis d'améliorer la circulation de l'information, de réduire la durée d'attente et d'accroître la participation du personnel et la satisfaction des clients.

Suivi

Il faut contrôler la manière dont les ressources sont allouées pour garantir qu'elles promeuvent l'égalité entre les sexes et répondent aux besoins des femmes comme des hommes. Par exemple, les écoles doivent être également accessibles aux enfants des deux sexes et les élèves doivent être à l'abri de violences. Les indicateurs de programme doivent être rendus sensibles aux sexospécificités et des bases de données ventilées

par sexe doivent devenir les outils normaux d'évaluation. Des indicateurs qualitatifs doivent compléter les approches quantitatives.

Exercice des responsabilités

Les codes de conduite pour programmes de santé doivent garantir le respect des droits, besoins, perceptions des clients, ainsi que les possibilités qui leur sont offertes. Des systèmes à base de médiateur et autres moyens destinés à solliciter la rétro-information et un apport participatif sont nécessaires pour garantir l'exercice des responsabilités envers les bénéficiaires de programmes.

Réforme du secteur sanitaire et ajustement structurel

Des analyses menées en Asie du Sud-Est et en Afrique subsaharienne ont montré que les programmes d'ajustement, notamment la décentralisation des services, peuvent affaiblir les programmes d'éducation et de santé et saper les efforts visant à éliminer la pauvreté et améliorer la qualité de vie. Les gouvernements doivent suivre l'impact des programmes de réforme afin de veiller à ce que les services d'éducation et de santé continuent d'atteindre les pauvres, en particulier les femmes et les fillettes.

Qualité des soins

Les prestataires de services ont besoin de formation et d'appui pour dispenser des soins attentifs tant aux femmes qu'aux hommes. Il faut améliorer la qualité des soins délivrés dans les systèmes de santé, notamment pour la santé en matière de reproduction et de sexualité. Les organisations donatrices internationales et bilatérales, dont le FNUAP, ont mis davantage l'accent sur les initiatives visant à améliorer la qualité des soins dans le cadre de leur appui aux programmes de santé en matière de reproduction.

Analyse budgétaire tenant compte des sexospécificités

Il convient d'examiner les budgets nationaux pour voir comment ils satisfont aux besoins et intérêts des femmes, en mesurant l'effet des choix faits en matière de dépenses et de revenus, et en particulier comment ils se répercutent sur la condition des femmes pauvres⁶. Des ressources d'origine publique, privée et communautaire sont indispensables pour garantir que les mesures destinées à sauvegarder l'équité entre les sexes sont strictement appliquées. Depuis la CIPD et la QCMF, **Cuba**, l'**Équateur** et **El Salvador** ont augmenté leurs allocations budgétaires aux programmes concernant les femmes⁷. L'**Australie** procède régulièrement, depuis le milieu des années 80, à des analyses de la manière dont les femmes ont bénéficié des dépenses du Gouvernement fédéral et des États⁸. Le Secrétariat du Commonwealth a soutenu les gouvernements de plusieurs pays (**Afrique du Sud**, **Barbade**, **Fidji**, **Saint-Kitts-et-Nevis** et **Sri Lanka**) dans leurs efforts pour se doter d'un budget soucieux des sexospécificités⁹.

Recherche

Pour formuler la programmation et les activités de plaidoyer, il est nécessaire de mieux évaluer les différents besoins des femmes et des hommes, les impacts de l'inégalité entre les sexes, et les obstacles à une amélioration. Puisque la discrimination

ENCADRÉ 32

Le suivi et l'évaluation améliorent les programmes et encouragent à tenir compte des sexospécificités

Il est essentiel de suivre les besoins des populations sur le plan de la santé en matière de reproduction, ainsi que l'impact de la discrimination sexuelle et des rapports de force faussés, afin de concevoir des stratégies propres à améliorer la situation. Il est nécessaire de faciliter la mise en place de bases de données publiques contenant une information ventilée par sexe et de les rendre facilement accessibles aux décideurs, à ceux qui sont chargés d'exécuter les programmes, aux auteurs de plaidoyer et aux responsables locaux.

Dans l'examen, après cinq ans, de la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD, il a été pris note de la nécessité de disposer d'indicateurs de succès qualitatifs, surtout pour mesurer le contexte social de la santé en matière de reproduction. Font tout particulièrement défaut de bons indicateurs qui permettraient de mesurer les changements intervenus dans les rôles sexospécifiques et dans l'émancipation des femmes sur les plans public et privé. Les indicateurs peuvent aussi aider à contrôler dans quelle mesure les programmes eux-mêmes sont gérés en tenant compte des sexospécificités.

L'Interagency Gender Working Group (Groupe de travail interinstitutions sur les sexospécificités), affilié à l'Agency for International Development des États-Unis, travaille à mettre au point des indicateurs destinés à mesurer les questions sexospécifiques sur le plan de la santé en matière de reproduction. Il est aussi en train d'élaborer un processus qui permettra aux programmes de définir leurs propres indicateurs relatifs aux sexospécificités. Le processus analyse les obstacles d'ordre sexospécifique à la réalisation des objectifs des programmes, détermine les activités propres à surmonter ces obstacles et propose des indicateurs et sources de données pour en mesurer le succès.

La FIPF a conçu un outil de suivi des programmes afin d'évaluer dans une perspective sexospécifique la qualité des soins de leurs services de santé en matière de reproduction.

En consultation avec d'autres organisations internationales ou établissements universitaires, le FNUAP a mis au point une série d'indicateurs destinés à mesurer la santé en matière de reproduction. Ces indicateurs visent à normaliser la collecte de données dans tous les organismes des Nations Unies et à offrir aux pays des indicateurs qu'ils puissent choisir d'utiliser dans leurs propres programmes. Des indicateurs spécifiques contrôlent le progrès vers l'égalité entre les sexes; dans la sélection de toutes les mesures, on a eu le souci de tenir compte des sexospécificités.



sexuelle la plus démoralisante se situe dans la famille, il convient de soutenir la collecte de données sur les familles et de suivre les changements intervenus dans celles-ci.

Programmes visant les hommes

Il faut des programmes destinés à répondre aux besoins des hommes sur le plan de la santé en matière de reproduction, à encourager leur soutien actif à la protection de la santé féminine, et à les faire participer à des dialogues sur l'inégalité entre les sexes et sur ses coûts pour les femmes, les hommes et la société dans son ensemble.

Prévention de la violence

Pour protéger les femmes contre la violence sexiste, il faut agir sur de nombreux fronts : activités de plaidoyer, changement de la législation; amélioration de l'application des lois; solutions de rechange sans danger pour les victimes; systèmes d'établissement de rapports; services de médiation et de conseils; et financement des groupes d'appui locaux.

Élimination de la pauvreté

Le souci de répondre aux besoins des plus pauvres d'entre les pauvres occupe désormais une place prioritaire dans l'aide internationale au développement. En Inde, par exemple, le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), élaboré par des organisations gouvernementales et internationales, trace les grandes lignes d'une approche coordonnée de l'aide au développement, où il est prêté attention à l'élimination de la pauvreté et aux problèmes sexospécifiques¹⁰.

Obstacles arbitraires mis au recrutement et écarts entre les rémunérations

Pour éliminer la discrimination entre les sexes en matière de recrutement, il faut interdire aux employeurs d'exiger des femmes chercheuses d'emploi la preuve qu'elles utilisent des contraceptifs ou ne sont pas enceintes. Les écarts de rémunération entre hommes et femmes doivent être analysés et versés au dossier du débat public sur l'égalité et la justice entre les sexes, le sens de l'expression "travail équivalent", l'importance des rôles procréateur et productif des femmes, et les questions connexes¹¹.

Éducation aux droits de l'homme

Les campagnes pour la défense des droits fondamentaux des hommes et des femmes, y compris les droits à la santé en matière de reproduction et de sexualité, doivent tenir compte de la différence des perspectives des deux sexes. Les messages doivent être appropriés à chaque âge et à chaque situation. Les organisations de la société civile ont élaboré divers programmes d'éducation aux droits de l'homme et documents de formation en la matière¹².

Activités de plaidoyer

Les médias, c'est-à-dire le cinéma, la radio, la télévision et de plus en plus le Web, peuvent encourager images positives et rôles modèles. Une éducation destinée aux décideurs comme aux dirigeants locaux peut inciter communautés et familles à lutter contre les inégalités. Un meilleur accès aux nouvelles technologies de l'information permettra un échange ouvert de renseignements sur les meilleures pratiques et les diverses approches.

ENCADRÉ 33

En Inde, des réformes législatives contre le viol

En Inde, la Commission du droit a demandé que les lois nationales contre le viol soient profondément réformées. Le rapport de la Commission, qui met l'accent sur les sévices pratiqués dans les familles, affirme que les affaires de viol et d'agression sexuelle doivent être jugées par des tribunaux spéciaux, où les besoins des victimes occuperaient la première place. Mais peu de femmes ou d'enfants veulent être exposés à l'épreuve d'un procès et, même si l'affaire aboutit, c'est habituellement à la femme qu'il incombe de fournir des preuves.

La Commission du droit a aussi recommandé des sanctions plus lourdes à l'encontre des auteurs de délits sexuels, en particulier de ceux qui choisissent des enfants pour victimes. Selon la Commission, toute agression sexuelle commise contre des enfants cause "un dommage psychique durable".

Les statistiques relatives au viol et aux sévices sexuels exercés sur des enfants en Inde, connues de fraîche date, offrent des chiffres accablants. Le Ministère indien de la femme et du développement de l'enfant déclare qu'en moyenne une femme est violée chaque heure dans le pays. Quatorze épouses sont assassinées chaque jour par les familles de leur mari, ajoute le Ministère.

Selon les groupes de femmes, les attitudes profondément conservatrices ayant cours au sein des familles en ce qui concerne les activités sexuelles et le respect de la vie privée ont contribué à l'extrême inefficacité des lois contre le viol. Une femme violée affronte en outre le risque d'être expulsée de sa famille et de sa communauté.

ENCADRÉ 34

En Afrique du Sud, lutte des professions juridiques et médicales contre le viol

Le viol est un grave problème en Afrique du Sud, où 52 000 femmes dénoncent chaque année un viol dont elles ont été victimes et où les forces de police évaluent à une sur 36 la proportion des victimes qui signalent l'agression.

Les femmes blanches, instruites et vivant en milieu urbain sont plus susceptibles de s'adresser à la police, mais beaucoup de femmes noires et pauvres, surtout celles qui ont été violées par quelqu'un de leur connaissance, ne dénoncent généralement pas le viol. Les mythes entourant le sida perpétuent aussi le problème : beaucoup d'hommes croient pouvoir se guérir de la maladie en ayant des rapports sexuels avec une vierge.

Le problème semble plus sérieux en Afrique du Sud, avec 129 viols signalés pour 100 000 personnes par an, que presque partout ailleurs dans le monde : aux États-Unis, 36,1 femmes pour 100 000 personnes ont été violées en 1996, et 8,7 au Royaume-Uni.

L'Afrique du Sud institue actuellement 20 "tribunaux pour viol" spécialisés, première initiative de ce type dans le monde. Le Canada aide à financer le programme, tandis que le Ministère de la justice des États-Unis et le Federal Bureau of Investigation (FBI) forment procureurs et enquêteurs.

Charlene Smith, journaliste et militante de la lutte contre le viol, auteur de textes sur le viol dont elle a été victime, a exhorté l'Association médicale sud-africaine à sensibiliser les médecins et un "protocole du viol" est en cours d'élaboration. En avril 2000, l'auteur du viol de Mme Smith a été condamné à 15 ans de prison.

Elle s'engage à continuer d'imposer le problème à l'attention publique. "Nous avons triomphé de l'apartheid", dit-elle. "Nous pouvons triompher aussi des problèmes du viol et du VIH."



Soutien du FNUAP à l'égalité entre les sexes

En tant qu'organisation chef de file du système des Nations Unies dans l'appui à la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD, le Fonds des Nations Unies pour la population aide les pays en développement et les pays en transition à assurer un accès universel à la santé en matière de reproduction, y compris l'hygiène sexuelle et la planification familiale, et à appliquer des stratégies de population et de développement de nature à faciliter le développement durable. Le Fonds travaille aussi à promouvoir la prise de conscience des problèmes de population et de développement et milite pour la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des objectifs de la CIPD.

L'engagement du FNUAP en faveur des droits en matière de reproduction, de l'égalité entre les sexes, de la responsabilité masculine et de l'émancipation des femmes sous-tend sa programmation dans chacun de ces domaines.

Soutien aux gouvernements

Au **Mexique**, avec le soutien du FNUAP, le Conseil national de la population a formé son personnel technique et le personnel de 10 conseils de la population, au niveau des États, à bien connaître les moyens par lesquels les programmes et politiques de population peuvent promouvoir l'égalité entre les sexes. Les cinq États les plus pauvres du Mexique ont désormais inclus dans leurs programmes de population des plans visant à instaurer l'égalité entre les sexes. La prochaine étape consistera à inclure dans le suivi et l'évaluation une perspective ouverte aux sexes.

Le FNUAP a fourni une formation et une assistance technique, par exemple en **Angola** au Ministère de la famille et de la promotion de la femme, et au **Swaziland** au Bureau des sexes du Ministère de l'intérieur¹³.

Au **Pérou**, mettant à profit l'expérience faite ailleurs dans la région, le FNUAP a soutenu la création du Ministère de la promotion de la femme et du développement humain. En **République dominicaine**, il a fourni des avis d'experts pour la rédaction du texte législatif portant création du nouveau Secrétariat de la femme.

En **Équateur**, au **Pérou** et en **République dominicaine**, où les services de santé ont été décentralisés, le FNUAP a aidé les communes à promouvoir les droits en matière de reproduction et une participation active des femmes à la prise de décisions.

D'autre part, le Fonds s'occupe activement d'un large éventail de problèmes relatifs aux sexes.

Santé des adolescents en matière de reproduction

Depuis la CIPD et la QCMF, les pays ont prêté plus d'attention à la santé des adolescents en matière de reproduction. Le FNUAP offre une assistance technique et financière aux programmes nationaux.

En Amérique latine, les Rencontres sur l'affection et la sexualité organisées par des ONG encouragent les adolescents à discuter de leurs expériences et à élaborer leurs propres solutions. La méthodologie a été

élaborée avec le soutien du FNUAP, au **Chili**, par le Service national de la femme, l'Institut national de la jeunesse et les Ministères de la jeunesse et de l'éducation; plusieurs autres pays (**Argentine, Bolivie, Brésil, Costa Rica et Uruguay**) l'ont adoptée. Le FNUAP a prêté un appui complémentaire aux programmes répondant aux besoins des adolescents dans les pays suivants : **Chili, Colombie, Équateur, Haïti, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Venezuela**. Au **Nicaragua**, un projet destiné aux adolescents ruraux et soutenu par le FNUAP vise en priorité les pauvres et ceux qui sont exclus de l'enseignement structuré.

En **Égypte**, le FNUAP a soutenu la formation de jeunes hommes et femmes à la fonction d'éducateurs de leurs compagnons d'âge afin de développer leur aptitude à remplir un rôle dirigeant. Les activités portent sur les points suivants : prise de conscience individuelle, organisation de la vie et de la carrière, intérêt spécial au comportement procréateur, au métier de parent, aux MST et à la planification familiale¹⁴.

Violence sexiste

Le FNUAP a prêté appui à la formation des travailleurs sanitaires s'agissant d'intervenir dans des épisodes de violence sexiste, ainsi que dans divers domaines (législation, application des lois et entretiens-conseils). Dans plusieurs pays (**Équateur, Honduras, Mexique, République dominicaine et Venezuela**), le FNUAP a prêté appui aux gouvernements, aux parlements et aux organisations de la société civile afin d'élaborer, réformer ou appliquer des lois qui répriment la violence à l'égard des femmes; et il a aidé à établir des rapports sur les sévices sexuels commis contre des fillettes au **Chili**, au **Nicaragua** et au **Panama**.

En **République dominicaine**, le Fonds a facilité la création de services de police qui auront pour mission d'instruire les accusations d'actes de violence à l'égard des femmes et des fillettes, et il a aidé à préparer des publications sur la prévention de la violence sexiste et sur la législation la réprimant. En **Haïti**, le FNUAP a soutenu les groupes de femmes qui font pression pour améliorer l'administration de la justice dans les affaires de viol et aidé à former des membres de la police nationale à prévenir la violence sexiste et à y faire face. Au **Pérou**, le FNUAP, l'UNICEF et l'Organisation panaméricaine de la santé soutiennent la Commission nationale chargée de prévenir la violence familiale, qui comprend des représentants des ministères, de l'Association nationale des communes et des organisations de femmes.

Le Fonds a aussi participé à une campagne d'éducation publique organisée par l'ONU contre la violence à l'égard des femmes et des filles en **Amérique latine et dans les Caraïbes**, sous la conduite d'UNIFEM agissant en collaboration avec le FNUAP, l'UNICEF, le PNUD et ONUSIDA. Dans plusieurs pays, le FNUAP a contribué à organiser des manifestations, conférences de presse, réunions et groupes de débat.

Participation des hommes

Le FNUAP a soutenu diverses conférences régionales sur la participation des hommes, plusieurs approches régionales en **Afrique subsaharienne**, et la

Les pays commencent à prêter plus d'attention à la santé des adolescents en matière de reproduction.

création de groupes d'hommes dans plusieurs pays (**Bolivie, Colombie, Honduras, Nicaragua, Pérou et Uruguay**).

Dans les forces armées et de police de plusieurs pays (**Bolivie, Équateur, Nicaragua, Paraguay et Pérou**), le Fonds soutient des activités destinées à faire prendre davantage conscience de la santé des hommes en matière de reproduction et de sexualité, de l'inégalité des relations entre les sexes, et de la violence à l'égard des femmes.

Dans le nord-ouest de la **Namibie**, le FNUAP prête appui à des groupes de débat réservés aux hommes sur la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles et l'inégalité entre les sexes. Des infirmiers, des membres des forces armées et de police, l'Église luthérienne évangélique et un club de football y participent¹⁵.

Autres domaines d'assistance

Prévention du VIH/sida

Le FNUAP collabore avec ONUSIDA, l'OMS et d'autres institutions pour garantir l'égalité entre les sexes dans les programmes de prévention du VIH/sida et des MST. Le FNUAP et la FIPF mettent actuellement au point un module de formation concernant la prévention du VIH/sida destiné aux associations de planification familiale et à d'autres prestataires de services.

Recherche et formation

Avec le soutien du FNUAP, le **Nicaragua** a institué un programme international de maîtrise concernant la santé et les droits en matière de reproduction, qui est conçu dans une perspective tenant compte des spécificités. En **Bolivie**, le FNUAP aide à former des prestataires de soins en matière de reproduction, l'accent étant mis sur la qualité des services, les droits de la clientèle et la publication de recherches qualitatives¹⁶. Le FNUAP a appuyé dans divers pays (**Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique et Pérou**) des recherches visant à identifier les besoins spécifiques des femmes sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité, notamment en relation avec les politiques sanitaires et leur impact, la mortalité maternelle et l'emploi féminin¹⁷. Au **Panama**, le FNUAP a prêté appui à des recherches sur les liens entre population, sexe et pauvreté, et formé des ONG et des organisations gouvernementales à préparer des projets tenant compte des spécificités qui établissent un lien entre population et réduction de la pauvreté.

Activités de plaidoyer

En **Haïti**, le FNUAP aide le Ministère de la condition féminine et des droits des femmes à concevoir et gérer des stratégies de plaidoyer portant sur les droits des femmes. En **Bolivie**, le FNUAP prête appui à l'élaboration de programmes de télévision éducative sur la santé et sur l'égalité entre les sexes¹⁸. Au **Mexique**, le FNUAP soutient *Comunicación e Información de la Mujer*, réseau national de journalistes engagés dans la cause de l'égalité entre les sexes et de l'émancipation des femmes. Au **Chili**, le FNUAP a prêté appui à *Fempres*, revue du Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes.



UNICEF/1220/Cindy Andrew

Participation politique des femmes

Dans plusieurs pays (**Bolivie, Équateur, El Salvador, République dominicaine et Venezuela**), le FNUAP a appuyé une formation visant à mettre en place une direction politique du mouvement des femmes et à assurer leur participation au processus législatif, aussi bien qu'au niveau de la politique et de la gestion locales.

Le FNUAP a prêté appui à des réseaux féminins et à des groupes autochtones en **Bolivie**, en **Équateur**, au **Pérou** et en **Amérique centrale**, ainsi qu'au Réseau afro-caraïbe.

Éducation des filles

Le FNUAP soutient des activités de plaidoyer visant à éviter que les filles ne quittent l'école et à améliorer leur statut social, conformément au Plan d'action de la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous (1990). Le Fonds a collaboré avec l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale à une évaluation du Plan d'action, couronnée par un Forum mondial de l'éducation tenu en avril 2000 à Dakar (Sénégal).

Microcrédit

Les gouvernements soutiennent de plus en plus les institutions de microcrédit, soit directement au moyen de subventions, soit en promulguant des règlements d'appui. Pour émanciper efficacement les femmes, ces programmes doivent leur apprendre à lire et à compter, leur donner une éducation à la vie familiale et, si possible, encourager le passage à la création d'entreprises structurées. Le FNUAP a soutenu divers programmes de cette nature, par exemple au **Yémen**¹⁹. Au **Viet Nam**, le FNUAP a facilité la création de plus de 500 groupes d'épargne féminins, en prêtant assistance aux projets d'amélioration agricole et communautaire, aux campagnes d'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, et à un réseau d'agents sanitaires bénévoles au niveau des communautés²⁰.

Collecte de données

Le FNUAP prête une assistance technique aux pays afin de faire mieux prendre conscience des inégalités

Les élèves d'une école au Malawi. Le FNUAP soutient les activités de plaidoyer qui visent à prévenir l'interruption de leurs études.



entre les sexes, de produire et d'analyser des données tenant compte des sexospécificités afin de planifier et d'évaluer les politiques et les programmes. Plusieurs pays (**Bolivie, Haïti, Honduras et Venezuela**) sont actuellement aidés à préparer des recensements nationaux de la population, en appliquant une analyse qui aborde la question de l'équité entre les sexes.

Rôle des donateurs

La communauté internationale des donateurs a vigoureusement soutenu les efforts tendant à promouvoir l'égalité entre les sexes. L'engagement des organisations donatrices ressort clairement des déclarations d'intentions²¹, des mécanismes institutionnels²² et de l'établissement de rapports²³ depuis la CIPD et la QCMF, mais cet engagement n'a pas encore reçu un apport suffisant de ressources.

La CIPD a convenu que les programmes de population et de santé en matière de reproduction exigeraient 5,7 milliards de dollars d'aide internationale en l'an 2000, puis 7,2 milliards de dollars par an en 2015. Or, actuellement, le montant mis à disposition n'est que d'environ 2,1 milliards de dollars par an²⁴.

Une meilleure collaboration entre les donateurs est nécessaire pour réduire les doubles emplois et mettre en commun les compétences, dans le sens des réformes de l'aide au développement menées par le système des Nations Unies.

UNIFEM et le FNUAP ont signé un mémorandum d'accord intensifiant leur coopération à l'appui des efforts de chaque pays. Dans le monde entier, les membres du personnel du FNUAP spécialisés dans les problèmes sexospécifiques prêtent appui aux projets et aux activités de formation d'UNIFEM.

Le FNUAP a adopté des directives de programmation sur l'égalité entre les sexes et le souci des sexospécificités²⁵, ainsi que des conseils opérationnels destinés à ses bureaux de pays concernant la promotion de l'émancipation des femmes et les droits de la personne²⁶. D'autres organisations du système des Nations Unies, à savoir l'UNICEF, le PNUD, l'OMS, l'Organisation mondiale du Travail et le Programme alimentaire mondial, ont aussi établi des directives et des manuels sur le sujet.

La Banque mondiale a publié un *Policy Research Report on Gender and Development*²⁷, qui analyse

l'importance pour le développement des questions relatives aux sexospécificités et de l'émancipation des femmes, et a établi un rapport sur les programmes et projets de prêts qu'elle-même a financés à l'aide de ses prêts²⁸. Actuellement, la Banque élabore des stratégies et procède à des examens concernant les questions liées aux sexospécificités dans les programmes sectoriels²⁹.

Les institutions devront poursuivre et intensifier ces efforts.

Des fondations privées, à savoir notamment la Fondation Ford, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation William et Flora Hewlitt, la Fondation John D. et Catherine T. MacArthur, la Fondation David et Lucile Packard, la Fondation Rockefeller, la Fondation Summit, le Fonds mondial Wallace et la Fondation pour les Nations Unies, jouent un rôle de plus en plus important dans le soutien aux programmes nationaux visant à promouvoir la santé en matière de reproduction et l'égalité entre les sexes.

Un soutien accru de la communauté des donateurs encouragera les activités aux niveaux national et local.

Les tâches qui nous attendent

Un changement de société est toujours difficile, surtout quand les relations fondamentales entre hommes et femmes dans les familles et la société sont en cause. Les quelques dernières dizaines d'années ont vu porter une attention accrue à l'émancipation des femmes et réaliser certains progrès dans ce sens. On a aussi reconnu de plus en plus comment les règles régissant les perspectives ouvertes aux hommes et aux femmes, ainsi que les comportements, influent sur les chances d'une marche accélérée du développement et de la justice.

Les changements intervenus dans les relations entre les sexes, ainsi que dans les structures de pouvoir et les systèmes de croyances qui les sous-tendent, ne sont pas moins radicaux et importants que les changements en cours dans des domaines tels que ceux de la mondialisation, de la gouvernance, des technologies de l'information et de l'urbanisation. Les sociétés ont besoin de trouver leurs solutions propres, enracinées dans une vision de justice et d'équité entre les sexes, et d'autre part en harmonie avec leur culture et leur situation générale, afin d'offrir une vie meilleure aux femmes comme aux hommes.



Notes

Chapitre premier

1. Institut Alan Guttmacher. 1995. *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
2. Organisation des Nations Unies. 1999. *Statut de Rome de la Cour pénale internationale, adopté par la Conférence diplomatique de plénipotentiaires des Nations Unies sur la création d'une Cour pénale internationale, le 17 juillet 1998 (A/CONF/183/9)*. New York : ONU.

Chapitre 2

1. Organisation des Nations Unies. 1999. *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (A/S-21/5/Add.1)*. New York : ONU.
2. Susan Paulson. 1998. "Gender Insights Can Improve Services". *Network* 18(4): 32.
3. Institut Alan Guttmacher. 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
4. Les chiffres s'appliquent aux femmes d'âge procréateur. Sur la base des prévisions de Rodolfo Bulatao qui a utilisé des évaluations et méthodologies régionales et sous-régionales empruntées à : John Ross, John Stover et Amy Willard. 1999. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. Glastonbury, Connecticut: The Futures Group International. Le FNUAP publiera des détails plus complets.
5. R. Snow *et al.* 1997. "Attributes of Contraceptive Technology: Women's Preferences in Seven Countries". Dans : *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. Monographie de l'Organisation mondiale de la santé, éditée par T. K. Sundari Ravindran, Marge Berer et Jane Cottingham. 1997. Londres : Reproductive Health Matters; et Sarah Castle *et al.* 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali". *Studies in Family Planning* 30(3): 231-248.
6. Barbara Barnett et Jane Stein. 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, Caroline du Nord : Family Health International.
7. Organisation des Nations Unies. 2000. *Rapport succinct sur le suivi des questions de population à l'échelle mondiale en 2000 : Population, parité et développement : Rapport du Secrétaire général (E/CN.9/2000/3)*. New York : ONU.
8. Les recherches montrent constamment que beaucoup d'usagers de l'abstinence périodique ne savent pas à quel moment précis des grossesses non désirées peuvent être évitées avec le plus de succès.
9. Institut Alan Guttmacher. 1995. *Hopes and Realities. Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
10. K. Hardee *et al.* 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries*. POLICY Occasional Working Paper 2. Washington, DC: The Futures Group International; L. Ashford et C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, DC: Population Reference Bureau; Family Care International. 1998a. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A Report of Four African Countries*. New York: Family Care International; Family Care International. 1998b. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health. A South Asia Report*. New York: Family Care International; et S. Forman et R. Ghosh. 2000. *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development*. Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers.
11. Gro Harlem Brundtland. 1999. Discours prononcé à la Réunion de plaidoyer consacrée à la mortalité maternelle, Maputo (Mozambique), 19 avril 1999.
12. J. A. Fortney et J. B. Smith. 1996. *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*. Research Triangle Park, Caroline du Nord : Maternal and Neonatal Health Center, Family Health International.
13. M. A. Strong. 1992. "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh". *Health Transition Review* 2(2): 215-224.
14. Ann Starrs. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. Rapport sur la consultation technique concernant la maternité sans danger, Colombo (Sri Lanka), 18-23 octobre 1997. New York: Family Care International, en collaboration avec le Groupe interinstitutions pour la maternité sans danger.
15. Données fournies par l'Organisation mondiale de la santé. 1999.
16. Starrs 1998.
17. Deborah Maine. 1997a. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. New York: Center for Population and Family Health, Université Columbia.
18. Deborah Maine. 1997b. "Lessons from Program Design from the Promotion of Maternal Mortality Networks". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 (Supplement Issue 1002): S259-S265.
19. Jere R. Behrman et James C. Knowles. 1998. "Population and Reproductive Health: An Economic Framework for Policy Evaluation". *Population and Development Review* 24(4): 697-737.
20. Deborah Maine et Allan Rosenfield. 1999. "The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?" *American Journal of Public Health* 89(4): 480-482.
21. Organisation mondiale de la santé. 1997. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 3e éd., Genève : Organisation mondiale de la santé.
22. Organisation des Nations Unies. 1995. *Population et développement*, vol. 1 : *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 5-13 septembre 1994)*, par. 8.25. New York : Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques (ONU).
23. Organisation des Nations Unies. 1996. *Déclaration et Programme d'action de Beijing : Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, Chine : 4-15 septembre 1995)*, par. 106 k). New York : Département de l'information (ONU).
24. Organisation des Nations Unies. 1999, par. 63 iii).
25. Maine. 1997a.
26. Cynthia Salter, Heidi Bart Johnson et Nicolene Hengen. 1997. "Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives". *Population Reports*. Series L, No. 10. Baltimore, Maryland: Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins.
27. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida : juin 2000*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
28. Ibid.
29. Christopher J. L. Murray et Alan D. Lopez (éd.). 1998. *The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Abnormalities*. Global Burden of Disease Series, vol. 3. Boston, Massachusetts: Harvard University Press.
30. W. Cates et K. Stone. 1994. "Family Planning: The Responsibility to Prevent Both Pregnancy and Reproductive Tract Infections". Dans : *Proceedings from the Fourth International Conference on IUDs*, publié par C. Wayne Bardin et Daniel R. Mishell, Jr. Newton, Massachusetts: Butterworth Heinemann.
31. E. Weiss et G. R. Gupta. 1998. *Bridging the Gap : Addressing Gender and Sexuality in HIV Prevention*. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW).
32. Adrienne Germain et Françoise Girard. 2000. "Beijing+5 et la santé des femmes : continuer sur la lancée de CIPD+5". *Populi* 27(1): 14-15.
33. Ian Askew, Goli Fassihian et Ndugga Maggwa. 1998. "Integrating STI and HIV/AIDS Services at MCH/Family Planning Clinics". Dans : *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, édité par Kate Miller *et al.*, p. 199 à 216. 1998. New York: The Population Council.
34. K. Dehne et R. Snow. 1998. "Integrating STD Management into Family Planning Services: What Are the Benefits?" Communication inédite. Heidelberg (Allemagne) : Département d'hygiène et de santé tropicales, Université de Heidelberg.
35. Family Care International. 1998b.
36. FNUAP. 2000. *Working to Empower Women: UNFPA's Experience in Implementing the Beijing Platform for Action*. New York : FNUAP.
37. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 1999. *Partenariat international contre le sida en Afrique*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Web site: <www.unaids.org>.
38. Stover Ross et Willard 1999.
39. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 1997. *Impact du VIH et de l'éducation à l'hygiène sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : Mise à jour (ONUSIDA/97.4)*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
40. T. Shongwe. 1998. "The Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education (SHAPE) Programme". Dans : *Confronting the Critics: Cairo, Five Years On*. Rapport de conférence, Cocoyoc, Morelos (Mexique), 15-18 novembre 1998, par Health Empowerment Rights and Accountability (HERA). 1998.
41. FNUAP. 1999a. *La violence contre les femmes et les filles : un problème prioritaire de santé publique*, p. 2 à 23. New York : FNUAP.
42. Ibid.
43. Panos Institute. 1998. *The Intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health*, p.5. Panos Briefing No. 27. Londres : Panos Institute.
44. F. A. Althaus. 1997. "Female Circumcision: Rite of Passage or Violation of Rights?" *International Family Planning Perspectives* 23(3): 130-133. New York: The Alan Guttmacher Institute.
45. Panos Institute. 1998, p. 5.
46. Irene Guijt et Meera Kaul Shah. 1998. "Waking Up to Power, Conflict and Process". Dans : *The Myth of Community. Gender Issues in Participatory Development*, publié par Irene Guijt et Meera Kaul Shah. 1998. Londres : Intermediate Technology Publications; et P. Maguire. 1996. "Proposing a More Feminist Participatory Research: Knowing and Being Embraced Openly". Dans : *Participatory Research in Health: Issues and Experiences*, publié par K. de Koening et M. Martin, p. 27 à 39. 1996. Londres : Zed Books.
47. Programme élargi de vaccination (PEV), infections respiratoires aiguës (IRA), lutte contre les maladies diarrhéiques (LCMD) et prévention de la malnutrition.
48. Francine Coeytaus. 1989. "Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia, Postpartum Program". *Quality/Calidad/Qualité*, No. 1. New York: The Population Council.
49. Ce facteur a beaucoup contribué au succès des programmes destinés aux hommes sous l'égide de Profamilia en Colombie, tant à Bogotá (établissement distinct) qu'à Medellín (emplacement distinct dans les limites de l'établissement principal). Voir : AVSC International. 1997. *Men as Partners Initiative: Summary Report of Literature Review and Case Studies*. New York: AVSC International.
50. L. Stewart et E. Eckert. 1995. *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation*. Rapport final du Sous-Comité des services de santé en matière de reproduction destinés aux adolescents. Caroline du Nord : Evaluation Project, Population Center, University of North Carolina à Chapel Hill.
51. W. Marsiglio. 1983. "Adolescent Males' Orientation Toward Paternity". *Family Planning Perspectives* 25(1): 98-109; et J. H. Pleck, F. L. Sonenstein et L. C. Ku. 1993. "Masculinity Ideology: Its Impact on Adolescent Males' Heterosexual Relationships". *Journal of Social Issues* 49(3): 11-29.
52. J. C. Ireson. 1984. "Adolescent Pregnancy and Sex Roles". *Sex Roles* 11(3-4): 189-201; et S. Pick de Weiss *et al.* (sans date). "Sex, Contraception and Pregnancy Among Adolescents in Mexico City". Communication inédite.

53. K. Cash et B. Anasuchatkul. 1993. *Experimental Educational Interventions for AIDS Prevention Among Northern Thai Single Migratory Female Factory Workers*. Programme de recherches sur les femmes et le sida. Rapport succinct. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes; M. Basset et and J. Sherman. 1994. *Female Sexual Behavior and the Risk of HIV Infection: An Ethnographic Study in Harare, Zimbabwe*. Rapport du Programme de recherches sur les femmes et le sida, série No 3. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes.
54. T. Praditwong. 1990. "Family Formation Attitudes of Thai Adolescents". Dissertation de doctorat inédite. Ithaca, New York: Cornell University; et Sex Education Counseling Research Training and Therapy (SECRIT) et Association indienne de planification familiale. 1993. "Attitudes and Perceptions of Educated, Urban Youth to Marriage and Sex". *The Journal of Family Welfare* 39(4): 1-40.
55. Steven Brown. 1993. "The Role of Gender Stereotypes in Fueling the Dynamics of Coercive Sex at the Individual Level". Communication préparée pour le Séminaire sur la contrainte sexuelle et la santé des femmes en matière de reproduction, 22 et 23 novembre 1993. Manuscrit inédit; et Praditwong 1990.
56. A. P. McCauley et C. Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults". *Population Reports*. Series J. No. 41. Baltimore, Maryland: Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins.
57. M. Givaudan, S. Pick et L. Proctor. 1997. *Strengthening Parent/Child Communication: An AIDS Prevention Strategy for Adolescents in Mexico City*. Programme de recherches sur les femmes et le sida. Rapport succinct. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW); et D. Wilson et al. 1995. *Intergenerational Communication in the Family: Implications for Developing STD/HIV Prevention Strategies for Adolescents in Zimbabwe*. Rapport du Programme de recherches sur les femmes et le sida, série No 13. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW).
58. Wilson. 1995.
59. E. Weiss, D. Whelan et G. R. Gupta. 1996. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World: Findings from the Women and AIDS Research Program*. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW).
60. B. Mensch, J. Bruce et M. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.
61. Weiss, Whelan et Gupta 1996.
62. I. Capoor et S. Mehta. 1995. "Talking About Love and Sex in Adolescent Health Fairs in India". *Reproductive Health Matters* 5: 22-27.
63. Projet "Bangkok lutte contre le sida". (Sans date.) Communication personnelle.
64. Gary Barker. 1996. "The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean: Report for the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Population Program, Chicago". Dans : "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles", par Margaret E. Greene et Ann E. Biddlecom. 2000. *Population and Development Review* 26(1): 81-115.
65. McCauley et Salter 1995; Mensch, Bruce et Greene. 1998; et Judith Senderowitz. 1995. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*. Étude No 272. Washington, DC : Banque mondiale.
66. J. Hughes et A. P. McCauley. 1998. "Improving the Fit: Adolescents' Needs and Future Programs for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries". *Studies in Family Planning* 29(2): 233-253.
67. Cash et Anasuchatkul. 1995.
68. Hughes et McCauley. 1998.
69. Ibid.
70. Karungari Kiragu. 1995. "Do Adults and Youth Have Differing Views? A Case Study in Kenya". Dans : McCauley et Salter. 1995.
71. Association kényenne de planification familiale. 1996. Cité dans : Hughes et McCauley. 1998.
72. McCauley et Salter. 1995.
73. Christopher J. L. Murray et Alan D. Lopez (éd.). 1996. *The Global Burden of Disease*. Global Burden of Disease Series, vol. 1. Boston: Harvard University Press. Il convient de noter que les prévisions de l'impact du VIH/sida ont été faites avant les améliorations apportées à la base de données d'ONUSIDA et sont probablement inférieures aux chiffres réels.
74. Murray et Lopez. 1998.
75. A. C. Ezeh, M. Seroussi et H. Raggars. 1996. *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences*. Enquêtes démographiques et sanitaires. Comparative Studies. No.18. Calverton, Maryland: Macro International. Cité dans : U. D. Upadhyay et B. Robey. 1999. "Why Family Planning Matters". *Population Reports*, Series J., No. 49. Baltimore, Maryland: Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins.
76. Un programme a été récemment mis en place en Turquie pour fournir information, éducation et communication sur la santé en matière de reproduction. Ce n'est que l'une des composantes de l'approche active de la Turquie aux préoccupations concernant la santé en matière de reproduction. (Voir : Akin, Ayse, et Şevkat Bahar Özvarış. 1999. "Spotlight on Turkey". *Entre Nous* 45: 6-7. Copenhague : Groupe des femmes et de la santé en matière de reproduction, Bureau régional pour l'Europe, Organisation mondiale de la santé et FNUAP) D'autres pays fournissent depuis de longues années des informations et services aux forces armées. Par exemple, le programme du Nigéria en planification familiale a reçu dès le départ un élan considérable dû à la fourniture de services aux soldats.
77. Il est fait référence à ces activités et à d'autres programmes positifs dans : FNUAP. 1999b. "Contributions du Fonds des Nations Unies pour la population à la mise en oeuvre du Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes : étude de la situation en Amérique latine et dans les Caraïbes cinq ans après les Conférences du Caire et de Beijing". Communication préparée pour la huitième Réunion régionale sur les femmes d'Amérique latine et des Caraïbes et pour le processus d'examen de "Beijing+5", Lima (Pérou), 8-10 février 2000.
78. Karin Ringheim. 1999. "Reversing the Downward Trend in Men's Share of Contraceptive Use". *Reproductive Health Matters* 7(14): 83-96.
79. Voir les citations dans : Upadhyay et Robey. 1999.
80. De nombreuses organisations, dont le Centre for Development and Population Activities (CEDPA), ont élaboré des manuels de formation destinés aux adolescents et aux adultes.
81. J. Neruaye-Tetteh. 1999. "Starting from Scratch: Meeting Men's Needs in Ghana". Communication présentée à "AVSC/Reproductive Health Alliance Europe meeting on Male Contraception: Preparing for the Future", Londres. Cité dans : Ringheim. 1999.
82. R. Gardner et R. Blackburn. 2000. "Reproductive Health Care: Serving Migrants and Refugees". *Population Reports*. Series J, No. 45. Baltimore, Maryland: Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins.
83. Ibid., p. 3.
84. Ibid., p. 4.
85. WIDWorks. 1997. "Post-Conflict Transition". *Information Bulletin*. Washington, DC : Office of Women in Development de l'Agency for International Development des États-Unis.
86. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé; the Women's Health Project, Afrique du Sud; et l'École de santé publique de l'Université Harvard, États-Unis d'Amérique, ont mis au point un programme de base concernant les sexes et la santé en matière de reproduction. Voir aussi : Agence suédoise de coopération internationale (SIDA). 1997. *Handbook for Mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector*. Stockholm: Agence suédoise de coopération internationale; Susan Pfannenschmidt, Arlene McKay et Erin McNeil. 1997. *Through a Gender Lens: Resources for Population, Health and Nutrition*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group, Agency for International Development des États-Unis (USAID); et AIDS Control and Prevention Project (AIDSCAP). 1997. *A Transformation Process: Gender Training for Top-Level Management of HIV/AIDS Prevention*. Manuel de formation. Arlington, Virginie: AIDS Control and Prevention Project, Family Health International.
87. Michèle Andina et Barbara Pillsbury. 1998. *Trust: An Approach to Women's Empowerment: Lessons Learned from an Evaluation on Empowerment and Family Planning with Women's Organizations*. Los Angeles: Pacific Institute for Women's Health.
88. S. Galdos et B. Feringa. 1998. "Creating Partnerships at the Grassroots Level: The Reproslud Project, Peru". Dans : Health Empowerment Rights and Accountability (HERA). 1998, p. 26 à 32.
89. Virginia C. Li et Shaohxian Wang. 1998. *Collaboration and Participation: Women's Reproductive Health of Yunnan, China*. Beijing : Collège médical de Beijing.
90. Jennifer Catino. 1999. *Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health*. New York: Family Care International.

Chapitre 3

- Cate Johnson. 1997. "Violence Against Women: An Issue of Human Rights". *Genderaction* 1(4): 1-4. Washington, DC: Office of Women in Development, Agency for International Development des États-Unis.
- L. Heise, M. Ellsberg et M. Gottemoeller. 1999. "Ending Violence Against Women". *Population Reports*. Series L. No. 11. Baltimore, Maryland: Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins.
- Ibid. D'après plus de 50 enquêtes menées auprès de la population, de 10 à 50 % des femmes sont victimes d'actes de violence de leur partenaire.
- Ibid.
- Panos Institute. 1998. *The Intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health*, p. 1 à 20. Panos Briefing No. 27. Londres : Panos Institute.
- M. Yoshihama et S. B. Sorenson. 1994. "Physical, Sexual and Emotional Abuse by Male Intimates: Experiences of Women in Japan". *Violence and Victims* 9(1): 63-77.
- M. C. Ellsberg et al. À paraître. "Candies in Hell: Women's Experience of Violence in Nicaragua". *Social Science and Medicine*. Cité dans : Heise, Ellsberg et Gottemoeller. 1999.
- K. Rogers. 1994. "Wife Assault: The Findings of a National Survey". *Canadian Center for Justice Statistics* 14(9): 1-22.
- Nancy A. Crowell et Ann W. Burgess (éd.). 1996. *Understanding Violence Against Women*. Washington, DC: National Academy Press.
- F. El-Zanaty et al. 1996. *Egypt Demographic and Health Survey 1995*. Calverton, Maryland: Macro International.
- A. Armstrong. 1998. *Culture and Choice: Lessons from Survivors of Gender Violence in Zimbabwe*, p. 149. Harare, Zimbabwe: Violence Against Women in Zimbabwe Research Project; et Leela Visaria. 1999. "Violence against Women in India: Evidence from Rural Gujarat". Dans : *Domestic Violence in India: A Summary Report of Three Studies*, par le Centre international de recherches sur les femmes, p. 9 à 17. 1999. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW).
- Armstrong. 1998. P. 10.
- The Population Council. 1994. *Gender-based Abuse and Women's Reproductive Health*. New York: The Population Council.
- A. A. Bawah et al. 1999. "Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana". *Studies in Family Planning* 30(1): 54-66.
- H. Amaro et al. 1990. "Violence during Pregnancy and Substance Use". *American Journal of Public Health* 80(5): 575-579; V. E. Cokkines et al. 1999. "Physical Violence during Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes". *Obstetrics and Gynecology* 93(5): 661-666; et S. J. Jejeebhoy. 1998. "Associations between Wife-beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India". *Studies in Family Planning* 29(3): 300-308.
- Panos Institute. 1998, p. 9.



17. A. M. Connolly *et al.* 1997. "Trauma and Pregnancy". *American Journal of Perinatology* 14(6): 331-336.
 18. Amaro *et al.* 1990; et Cokkines *et al.* 1999.
 19. J. C. Campbell. 1995. "Addressing Battering during Pregnancy: Reducing Low Birth Weight and On-going Abuse". *Seminars in Perinatology* 19(4): 301-306.
 20. Panos Institute. 1998, p. 11.
 21. K. Meursing, T. Vos et O. Coutinho. 1994. "Child Sexual Abuse in Matabeland, Zimbabwe". *Social Science and Medicine* 41(12): 1693-1704.
 22. U. Ehlert, C. Heim et D. Hellhammer. 1999. "Chronic Pelvic Pain as a Somatoform Disorder". *Psychotherapy and Psychosomatics* 68(2): 87-94.
 23. J. D. Chapman. 1989. "A Longitudinal Study of Sexuality and Gynecological Health in Abused Women". *Journal of the American Osteopathic Association* 89(5): 619-624; B. J. Collett *et al.* 1998. "A Comparative Study of Women with Chronic Pelvic Pain, Chronic Non-Pelvic Pain and Those with No History of Pain attending General Practitioners". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(1): 87-92; et E. A. Walker *et al.* 1992. "Medical and Psychiatric Symptoms in Women with Childhood Sexual Abuse". *Psychosomatic Medicine* 54: 658-664.
 24. J. Golding. 1996. "Sexual Assault History and Women's Reproductive and Sexual Health". *Psychology of Women Quarterly* 20: 101-120; et J. Golding, J. et D. L. Taylor. 1996. "Sexual Assault History and Premenstrual Distress in Two General Population Samples". *Journal of Women's Health* 5(2): 143-152.
 25. Golding et Taylor. 1996.
 26. Panos Institute. 1998, p. 11.
 27. L. Heise. 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Banque mondiale. Document de travail. Washington, DC : Banque mondiale.
 28. Ibid.
 29. Ibid.
 30. Panos Institute. 1998.
 31. UNICEF. 20 janvier 2000. "UNICEF: Child Sex Trafficking Must End". Communiqué de presse. Site Web de l'UNICEF : <www.unicef.org>.
 32. Organisation des Nations Unies. 2000. *Droits civils et politiques, y compris les questions suivantes : Disparitions et exécutions sommaires : Rapport du Rapporteur spécial, Mme Asma Jahangir, présenté en conformité avec la résolution 1999/35 de la Commission des droits de l'homme (E/CN.4/2000/3)*. New York : Commission des droits de l'homme (ONU).
- données pour le recours à la violence étaient les suivantes : réponses de la femme aux observations du mari (27 %), criaileries de la femme (24 %), jalousie (18 %), ivresse du mari (13 %), querelles au sujet des enfants (9 %) et raisons multiples (10 %).
11. Les décisions portaient sur les points suivants : achat de chaussures pour l'épouse, achat de vêtements pour les enfants, scolarisation des enfants, visites des enfants chez le docteur, cadeaux à des membres de la famille, achats importants du ménage, achat ou vente de terres, travail de la femme hors du foyer, voyages de la femme à l'extérieur de Cebu, recours à la planification familiale et choix d'une méthode de planification familiale.
 12. Saraswati Raju et Ann Leonard (éd.). 2000. *Men As Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Myth to Reality*. New Delhi: The Population Council.
 13. U. D. Upadhyay et B. Robey. 1999. "Why Family Planning Matters". *Population Reports*. Series J. No. 49. Baltimore, Maryland: Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins.
 14. Nahla Abdel Tawab *et al.* 1997. *Counseling the Husbands of Postabortion Patients in Egypt: Effects on Husband Involvement, Patient Recovery and Contraceptive Use*. New York: Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, The Population Council, et Egyptian Fertility Care Society.
 15. Raju et Leonard. 2000.
 16. Ibid.
 17. Ravi K. Verma *et al.* 2000. "Men's Sexual Health Problems in a Mumbai Slum Population". Dans : Raju et Leonard. 2000.
 18. Vinit Sharma et Anuragini Sharma. 2000. "Encouraging the Involvement of Males in the Family". Dans : Raju et Leonard. 2000.
 19. Khadijat L. Mojidi. 1998. "Increasing Male Participation: Lessons from Mali, Kenya and Nigeria". Dans : *Grassroots to Global Networks: Improving Women's Reproductive Health*. Communications présentées à ACCESS Lessons Learned Conference, Centre for Development and Population Activities (CEDPA), Washington, DC, 18-19 juin 1998.
 20. Voir : V. Norori Muñoz, V. et J. Muñoz Lopez. 1998. "Conceptualizing Masculinity through a Gender-based Approach". *Sexual Health Exchange* 2: 3-6.
 21. Une recommandation figure dans : Fédération internationale de planification familiale/Région de l'hémisphère occidental et AVSC International. 1999. *Memorias del simposio sobre Participación Masculina en La Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas. Report of a Meeting in Oaxaca, México*, 11-14 octobre 1998. New York: AVSC International.

Chapitre 4

1. Margrethe Silberschmidt. 1999. "Women Forget that Men are the Masters": *Gender Antagonism and Socio-economic Change in Kisii District, Kenya*. Publication du Nordiska Afrikainstitutet. Stockholm: Elanders Gotab; et M. Silberschmidt. 1991. *Rethinking Men and Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Household, and the Implications for Gender Relations in Kisii District, Kenya*. Rapport de recherches du CDR. No 16. Copenhague : Centre for Development Research.
2. Silberschmidt. 1999, p. 117 et suiv., montre que cet idéal est aussi renforcé par certaines déclarations gouvernementales. Malgré un programme de planification familiale d'ampleur et de succès croissants et malgré la baisse continue du nombre d'enfants dont les couples expriment le désir, les familles nombreuses continuent d'être souvent vues comme un bien en soi.
3. Dans cette étude comme dans d'autres, les hommes citent les "criaileries" des femmes comme l'une des causes de leurs propos et gestes violents à leur égard.
4. L'analyse nuancée et documentée de Silberschmidt (1999, p. 118 et suiv.) contredit avec beaucoup de force la thèse selon laquelle les efforts destinés à améliorer la vie familiale (par exemple, désir d'un moins grand nombre d'enfants ou adoption de la contraception) sont la "cause" de ruptures familiales.
5. Il existe de très nombreuses études sur le *machismo*. Particulièrement utile (et enrichi de références étendues) est le rapport d'une conférence régionale soutenue par le FNUAP et la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Chili), "La Equidad de Género en América Latina y el Caribe: Desafíos Desde las Identidades Masculinas" (Égalité des sexes en Amérique latine et dans les Caraïbes : défis lancés par les identités masculines), Santiago (Chili), 8-10 juin 1998. Ce rapport a été publié par : Teresa Valdés et José Olavarría (éd.). 1998. *Masculinidades y equidad de género en América Latina* (Masculinités et égalité des sexes en Amérique latine). Santiago (Chili) : Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Les analystes avancent la thèse que le *machismo* s'est développé en réaction à des changements historiques qui ont imposé aux hommes des fardeaux particuliers. Voir : Norma Fuller. 1998. "Reflexiones sobre el machismo en América Latina" (Réflexions sur le machismo en Amérique latine). Dans : Valdés et Olavarría. 1998, p. 258 à 267. Les auteurs de cette étude soutiennent que le *machismo* a permis de préserver en partie la fierté masculine après la conquête des civilisations autochtones par les colonisateurs. L'étude propose en outre une analyse de l'impact des récents changements d'ordre économique et social sur l'idéal du *machismo*.
6. Recherche citée dans la version de la communication présentée par Fuller avant sa publication (1998).
7. Bonnie Shepard. 1998. "The Masculine Side of Sexual Health". *Sexual Health Exchange* 2: 6-8
8. Michael Kaufman. 1997. "Contradictory Experiences of Power among Men (Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres)". Dans : *Masculinidad/es: poder y crisis* (Masculinité(s) : pouvoir et crise), p. 63 à 81, Ediciones de las Mujeres No. 24, édité par Teresa Valdés et José Olavarría. 1997. Santiago (Chili) : Isis Internacional.
9. Michelle J. Hindin et Linda S. Adair. 2000 "Women's Autonomy, Men's Autonomy and Gender Violence in the Philippines: The Case for Promoting Couple Communication". Communication présentée à la réunion annuelle de la Population Association of America, Los Angeles, Californie, 23-25 mars 2000.
10. Cette corrélation était probablement due au fait que les hommes souffrent de ne pas répondre aux attentes placées en eux. Les débats de groupe ont établi que les raisons

Chapitre 5

1. Amartya Sen. 1999. *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
2. Cette plainte forme la trame commune de nombreuses réponses au texte de réflexion élaboré par la Banque mondiale, *Policy Research Report on Gender and Development*. À paraître : Washington, DC : Banque mondiale. On en trouvera le texte provisoire à : <www.worldbank.org/gender>.
3. Recherche menée par Saito et Spurling. 1992. Cité dans : Organisation des Nations Unies. 2000a. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Statistiques et indicateurs sociaux. Série K. No 16. New York : Division de statistique, Département des affaires économiques et sociales (ONU).
4. Organisation des Nations Unies. 2000a.
5. Une analyse détaillée de ces multiples relations est présentée dans : Barbara Seligman *et al.* 1997. *Reproductive Health and Human Capital: A Framework for Expanding Policy Dialogue*. POLICY Occasional Papers. No. 1. Washington, DC: The POLICY Project, The Futures Group International.
6. Organisation mondiale de la santé. 1999. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 : Faire une différence*, p. 8 et suiv. Genève : Organisation mondiale de la santé.
7. On trouvera un examen du schéma complexe des effets observés dans FNUAP. 1999. *L'état de la population mondiale, 1999 : 6 milliards : l'heure des choix*. New York : FNUAP; et Karen Hardee et Janet Smith. 2000. *Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform*. POLICY Occasional Papers 4. Washington, DC: The POLICY Project, The Futures Group International.
8. FNUAP et Australian National University. 1999. *Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: Data Communiqué.
9. Voir les tableaux statistiques du présent rapport. Pour un débat approfondi, voir Organisation des Nations Unies. 2000b. *World Population Monitoring: 2000: Population, Gender and Development* (ESA/P/WP.159). Texte provisoire. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU).
10. Évaluations pour 1990 environ, qui figurent dans Organisation mondiale de la santé. 1999.
11. United States General Accounting Office. 2000. *Women's Health: NIH Has Increased Its Efforts to Include Women in Research* (GAO/HEHS-00-96). Rapport établi sur la demande de membres du Congrès. Washington, DC: United States General Accounting Office.
12. Diverses méthodologies ont été conçues pour assigner une valeur monétaire aux années de vie perdues. Elles reposent fréquemment sur des calculs de la valeur marchande du travail qui aurait été accompli. Mais, comme la rémunération du travail des femmes est déjà insuffisante, de telles méthodologies n'atteignent pas leur but. Qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, une semblable approche ne prend pas en compte l'éventail des contributions non monétaires au ménage et à la protection de la famille.
13. Pour une discussion approfondie, voir : Holly E. Reed, Marjorie A. Koblinsky et W. Henry Mosley (éd.). 2000. *The Consequences of Maternal Morbidity and Maternal Mortality: Report of a Workshop*. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, DC: National Academy Press.
14. La disparition d'une femme dans la force de l'âge au sein d'un ménage, même si ce n'est pas la mère, affecte gravement le niveau de bien-être familial.

15. M. Ainsworth et I. Semali. 1998. "The Impact of Adult Deaths on the Nutritional Status of Children". Dans : *Coping with AIDS: The Economic Impact of Adult Mortality on the African Household*, chap. 9, par la Banque mondiale. Washington, DC : Banque mondiale. Cité dans Reed, Koblinsky et Mosley. 2000.
16. Alaka Basu. 1998. "The Household Impact of Adult Mortality and Morbidity". Communication inédite présentée à l'Atelier sur les conséquences de la grossesse, de la morbidité et de la mortalité maternelles pour les femmes, leurs familles et la société, Comité de la population, Washington, DC, 19-20 octobre 1998. Ithaca, New York: Division of Nutritional Sciences, Cornell University.
17. Organisation des Nations Unies. 2000c. "Le Bureau recommande l'inscription à l'ordre du jour d'un point sur le VIH/sida" (GA/9708). Communiqué de presse. New York : ONU.
18. Banque mondiale. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Rapport de recherches de la Banque mondiale. New York : Oxford University Press.
19. Le montant estimatif recouvrait les coûts de programmes d'éducation dans les médias et les établissements scolaires, de la promotion de l'abstinence volontaire et d'un comportement sexuel responsable, et d'un élargissement de la distribution de préservatifs. Il ne couvrait pas les coûts de constituer une réserve de sang non contaminé et d'effectuer les interventions prévues auprès de groupes de population à risque élevé. Les coûts liés au traitement des MST (y compris la transmission de mère à enfant) étaient compris dans l'ensemble des soins de santé en matière de reproduction. Il a été reconnu que les soins aux sujets infectés représentaient un coût additionnel, mais des évaluations précises n'ont pas été établies (par. 13.17).
20. Chiffres cités par les modérateurs du débat sur les moyens de mettre un terme à la violence (Virtual Working Group Web Forum), 16 juillet 1999. Voir : <<http://www.globalknowledge.org/www.globalknowledge.org/discussion.html>>.
21. Les chiffres sont indiqués en dollars des États-Unis. Voir : Richard Kerr et Janice McLean. 1996. *Paying for Violence: Some of the Costs of Violence Against Women in B. C.: Prepared for the Ministry of Women's Equality: Province of British Columbia: May 1996*. Victoria, Colombie britannique : Ministère de l'égalité des sexes, Gouvernement de la Colombie britannique. SiteWeb : <www.weg.gov.bc.ca/paying-for-violence>.
22. Voir, respectivement, B. Kavemann. 1997. "Gesellschaftliche Folgekosten sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen". Dans : *Bundesverein zu Prävention, Prävention-Eine Investition in die Zukunft*, par B. Kavemann, p. 215 à 256; D. F. Korff et al. 1996. *Economische Kosten van Thisgeweld Gegen Vrouwen*; S. Snively. 1994. *The New Zealand Economic Costs of Family Violence*. Auckland, Nouvelle-Zélande : Coopers et Lybrand; C. L. Yadanis et al. 1999. *Report on the Economic Costs of Violence Against Women*. Fribourg, Suisse : Université de Fribourg; A. Stanko et al. 1998. *Counting the Costs: Estimating the Impact of Domestic Violence in the London Borough of Hackney*. Londres : Crime Concern.
23. Christopher J. L. Murray et Alan D. Lopez (éd.). 1996. *The Global Burden of Disease*. Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
24. "Le regret de l'avortement" doit être placé en perspective, parallèlement à l'impact des grossesses non désirées tant pour les mères que pour leurs enfants. Pour des études sur les conséquences à long terme dont souffre un enfant non désiré, voir : Mark R. Montgomery et al. 1997. *The Consequences of Imperfect Fertility Control for Children's Survival, Health, and Schooling*. Enquête démographique et sanitaire. Rapport analytique. No 7. Calverton, Maryland: Macro International; Antero Myrman et al. 1994. "Does the Wantedness of a Pregnancy Predict a Child's Educational Attainment?" *Family Planning Perspectives* 27(3): 116-119. New York: The Alan Guttmacher Institute; Nazi Baydar. 1995. "Consequences for Children of Their Birth Planning Status". *Family Planning Perspectives* 27(6): 228-234, 245. New York: The Alan Guttmacher Institute; Sarah Brown et Leon Eisenberg (éd.). 1995. *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, DC: National Academy Press; et les études plus récentes publiées dans : Kathryn Kost, David J. Landry et Jacqueline E. Darroch. 1998. "The Effects of Pregnancy Planning Status on Birth Outcomes and Infant Care". *Family Planning Perspectives* 30(5): 223-230. La prévention des grossesses non désirées et des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses est un important objectif de santé publique.
25. Ces statistiques sont empruntées à : Murray et Lopez. 1996. Leurs évaluations pour 1990 donnent à penser que les risques professionnels sont un facteur d'invalidité ou de décès non moindre que les rapports sexuels comportant un danger.
26. M. Anne Hill et Elizabeth M. King. 1993. "Women's Education in Developing Countries: An Overview". Dans : *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits and Policies*, ouvrage de la Banque mondiale édité par Elizabeth M. King et M. Anne Hill. 1993. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
27. David Dollar et Roberta Gotti. 1999. *Gender Inequality, Income and Growth: Are Good Times Good for Women?* Rapport de recherches sur la place des femmes dans le développement. Working Paper Series. No 1. Washington, DC : Banque mondiale. SiteWeb : <www.worldbank.org/gender/prt>.
28. Ces analyses comprennent aussi maintenant des mesures uniformes portant sur la gouvernance et l'ouverture des sociétés, les niveaux de revenu initiaux, la fécondité et l'espérance de vie.
29. Les difficultés d'évaluer cette rentabilité apparaissent dans l'étude de T. Paul Schultz. 1993. "Returns to Women's Education". Dans : King et Hill. 1993; et Jere R. Behrman. 1996. "Measuring the Effectiveness of Schooling Policies in Developing Countries: Revisiting Issues of Methodology". Document d'information préparé pour la Banque mondiale.
30. Voir, par exemple : Agnes R. Quisumbing et John A. Maluccio. 1999. *Intrahousehold Allocation and Gender Relations: New Empirical Evidence*. Rapport de recherches sur la place des femmes dans le développement. Working Paper Series. No 2. Washington, DC : Development Research Group/Poverty Reduction and Economic Management Network, Banque mondiale.
31. Deon Filmer et Lant Pritchett. 1999. "The Effects of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries". *Population and Development Review* 25(1): 85-120. New York: The Population Council; et Deon Filmer. 1999. *The Structure of Social Disparities in Education: Gender and Wealth*. Rapport de recherches sur la place des femmes dans le développement. Working Paper Series. No 5. Washington, DC : Banque mondiale. Site Web : <www.worldbank.org/gender/publications>.
32. Information rassemblée pour : Organisation des Nations Unies 2000a.
33. Robert Gardner. 1998. *Education*. Enquêtes démographiques et sanitaires, Comparative Studies No. 29. Calverton, Maryland: Macro International.
34. Harold Alderman et al. 1996. "Decomposing the Gender Gap in Cognitive Skills in a Poor Rural Economy". *The Journal of Human Resources* 31(1): 229.
35. Voir : Banque mondiale. 2000. *Advancing Gender Equality: World Bank Action Since Beijing*. Washington, DC : Banque mondiale. Site Web : <www.worldbank.org/gender/publications>.
36. Occupent une place notable parmi celles-ci le Centre international de recherches sur les femmes (ICRW) et le Centre for Development and Population Activities (CEDPA).
37. On trouvera des opinions diverses à ce sujet dans : Syed M. Hashemi et Sidney Ruth Schuler. 1997. "Sustainable Banking with the Poor: A Case Study of Grameen Bank". Rapport établi pour Grameen Trust et John Snow, Inc.; Aminur Rahman. 1999. *Women and Microcredit in Rural Bangladesh: Anthropological Study of the Rhetoric and Realities of Grameen Bank Lending*. Boulder, Colorado: Westview Press; Mark M. Pitt et al. 1999. "Credit Programmes for the Poor and Reproductive Behavior in Low-Income Countries: Are the Reported Causal Relationships the Result of Heterogeneity Bias?" *Demography* 36(1): 1-21; Rekha Mehra et Sarah Gammage. 1997. *Employment and Poor Women: A Policy Brief on Trends and Strategies*. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW); et Mahmuda Rahman Khan. 1996. *Empowering Women Through Wage Employment: The Impact on Gender Relations in Bangladesh*. Rapport succinct de ICRW. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW).
38. Anju Malhotra et Rekha Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health: Recommendations*. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes (ICRW); Mehra et Gammage. 1997; et Khan, 1996.
39. Sur le pourcentage dû aux facteurs démographiques, voir Banque asiatique de développement. 1997. *Emerging Asia: Changes and Challenges*. Manille, Philippines : Banque asiatique de développement; et, pour la croissance du revenu en dollars mesurant la parité du pouvoir d'achat, voir Stephan Klasen. 1999. *Does Gender Inequality Reduce Growth and Development: Evidence from Cross-Country Regressions*. Rapport de recherches sur la place des femmes dans le développement. Working Paper Series. No 7. Washington, DC : Banque mondiale. Site Web : <www.worldbank.org/gender/prt>.
40. Pour un débat approfondi sur les différences de longévité entre les deux sexes, voir : Organisation des Nations Unies, 2000b.
41. Le bénéfice tiré du mariage sur le plan de l'espérance de vie (de même que sur celui de la satisfaction générale et d'autres dimensions subjectives) semble dû en partie au fait que les femmes assurent le bien-être de leurs partenaires.
42. Le montant des prestations versées à ces mères a été réduit tant dans les pays qui comptent une nombreuse population de personnes âgées (comme l'Équateur) que dans ceux qui réforment actuellement leurs systèmes en prévision de difficultés budgétaires dans l'avenir. On trouvera des détails à ce sujet dans le rapport de la réunion régionale organisée par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), le Centre latino-américain de démographie (CELADE) et le FNUAP, "The Latin American and Caribbean Symposium on Older Persons." Santiago (Chili), 8-10 septembre 1999.
43. Données empruntées à : Organisation des Nations Unies. 2000a.
44. Cet état de choses se traduit, dans de nombreux contextes culturels, par la baisse de la proportion des femmes âgées qui habitent avec leurs enfants et, en conséquence, l'augmentation de la proportion des femmes âgées vivant seules. Dans les régions en développement, les soins dispensés par la famille étendue demeurent peut-être la norme et une pratique courante, bien que la qualité des soins rendus aux femmes âgées puisse souffrir de l'évolution en cours. Il est nécessaire d'améliorer le suivi de la situation des personnes âgées - femmes et hommes. Mais les données en provenance des différents pays indiquent que la qualité et la fiabilité du soutien accordé aux personnes âgées deviennent de plus en plus problématiques (voir, par exemple, les études publiées dans : Institut international de recherche et de formation pour la promotion de la femme (INSTRAW). 1999. *Ageing in a Gendered World: Women's Issues and Identities*. République dominicaine : Institut international de recherche et de formation pour la promotion de la femme.)
45. Voir : Ann Varley et Maribel Blasco. 1999. "Reaping What You Sow: Older Women, Housing and Family Dynamics in Urban Mexico". Dans : Institut international de recherche et de formation pour la promotion de la femme. 1999, pp. 153 à 178.
46. Voir : Organisation des Nations Unies. 2000b; et FNUAP. 1998a. *L'état de la population mondiale 1998 : Les générations nouvelles*. New York : FNUAP, et les références citées dans ce document.
47. Voir le débat approfondi dans : Organisation des Nations Unies. 2000b, pp. 91 à 97.
48. Cette mesure a subi une série de révisions techniques depuis son introduction. Des mesures effectuées à des moments différents ne sont donc pas toujours directement comparables.
49. La variable du revenu prend en considération les parties du revenu gagné qui vont, respectivement, aux hommes et aux femmes et donne donc lieu à des difficultés considérables au stade de l'établissement des données.
50. Les ratios sont établis en fonction d'un classement international uniforme des emplois emprunté à l'Organisation internationale du Travail (OIT).
51. Ces enquêtes ne portent pas dans tous les pays sur des problèmes identiques. Les rubriques essentielles sont les suivantes : origine et histoire du ménage; nombre total d'enfants; connaissance et utilisation de la contraception; maternité et allaitement naturel; vaccination des enfants; diarrhée, fièvre et toux des enfants; taille et poids des enfants; mariage; nombre d'enfants souhaité; origine et histoire du mari; et situation professionnelle de la femme. De nombreuses études entreprises sous les auspices d'autres programmes, notamment les études régionales et nationales financées par le FNUAP, ont adopté des éléments de ces modules. Des modules spécialisés ont été élaborés pour : consanguinité; violence familiale; mutilation génitale féminine; dépenses de santé; VIH/sida; paludisme; mortalité maternelle; échec dans l'utilisation



- de la pilule anticonceptionnelle; ventes subventionnées de contraceptifs; expérience de la stérilisation; interprétation des propos recueillis sur les causes de la mortalité maternelle; et condition de la femme.
52. Sunita Kishor et Katherine Neitzel. 1996. *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Enquêtes démographiques et sanitaires. Comparative Studies Series. No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
 53. De nouveaux modules ont été élaborés pour aborder ces points et peuvent être adaptés et utilisés dans les enquêtes futures. (Pour plus amples détails, voir le site Web des enquêtes démographiques et sanitaires : <<http://www.macrosint.com/dhs/>>).
 54. Sara Longwe et Roy Clarke. 1999. "Towards Improved Leadership for Women's Empowerment in Africa: Measuring Progress and Improving Strategy". Texte final de la communication préparée pour le Forum sur la gouvernance en Afrique, Accra, Ghana, avril 1999.
 55. FNUAP. 1998b. *Indicators for Population and Reproductive Health Programmes*. New York : FNUAP.
 56. FNUAP. 2000. *Le cadre de financement pluriannuel, 2000-2003 : Rapport de la Directrice exécutive* (DP/FPA/2000/6). New York : FNUAP.
 57. Voir : Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes. 2000. *Targets and Indicators: Selections from Progress of the World's Women*. New York : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme et ONU. 1999. "Directives : Bilan commun de pays". New York : Groupe des Nations Unies pour le développement.
 58. Fonds de développement des Nations Unies pour la femme. 2000.
 59. Depuis plusieurs années, *L'état de la population mondiale* relève régulièrement la plupart de ces mesures dans son appendice statistique, ainsi que le font d'autres organisations du système des Nations Unies dans leurs rapports annuels.
 60. Certains profils sont affichés sur son site Web : <<http://www.worldbank.org/gender/>>.
 61. Des problèmes techniques contribuent à une sous-évaluation du fardeau que la maladie fait peser sur les femmes. Voir : Sudhir Anand et Kara Hanson. 1997. "Disability-adjusted Life Years: A Critical Review". *Journal of Health Economics* 16: 685-702.
- ## Chapitre 6
1. FNUAP. 1997. *L'état de la population mondiale 1997 : Le droit de choisir : Droits et santé en matière de reproduction*, Chap. premier. New York : FNUAP.
 2. Organisation des Nations Unies. 1995. *Population et développement*, vol. 1: *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*. Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques (ONU).
 3. Organisation des Nations Unies. 1996. *Déclaration et Programme d'action de Beijing : Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, Chine, 4-15 septembre 1995*. New York : Département de l'information (ONU).
 4. Voir : FNUAP. 2000. *Working to Empower Women : UNFPA's Experience in Implementing the Beijing Platform for Action*. New York : FNUAP.
 5. Dans le cadre des préparatifs de la session extraordinaire CIPD+5 (30 juin-2 juillet 1999), le FNUAP a organisé en 1998 trois tables rondes – santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité; droits en matière de reproduction et application des programmes de santé en matière de reproduction, émancipation des femmes, participation des hommes et droits de la personne; et partenariat avec la société civile dans l'application du Programme d'action – et un Forum international tenu à La Haye en février 1999. Des réunions techniques ont également eu lieu sur les thèmes suivants : migration internationale et développement; population et vieillissement; services de santé en matière de reproduction dans les situations de crise; et examens régionaux sur la population et le développement menés par les cinq commissions régionales des Nations Unies.
- ## Chapitre 7
1. Il convient de citer notamment ici les mesures de protection contre les mariages forcés ou non désirés, l'équité et l'égalité dans le divorce, et la disposition des biens et des enfants des unions dissoutes. En même temps que les restrictions visant la propriété et la gestion des biens et que le droit de voyager sans l'autorisation de l'époux, ces considérations et d'autres connexes composent ce que l'on entend par législation régissant le statut personnel.
 2. FNUAP. 1999a. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York : FNUAP.
 3. FNUAP. 2000a. "Contributions du Fonds des Nations Unies pour la population au Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes : examen mené en Amérique latine et dans les Caraïbes cinq ans après les Conférences du Caire et de Beijing". Communication établie pour la huitième Réunion régionale sur les femmes d'Amérique latine et des Caraïbes : Beijing+5, Lima (Pérou), 8-10 février 2000.
 4. Center for Reproductive Law and Policy (CRLP). 2000. *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. New York: Center for Reproductive Law and Policy.
 5. Source pour cette section : Reed Boland. 2000. Communication personnelle fondée sur la base de données du Center for Population Law de l'Université Harvard.
 6. Cette approche est fortement recommandée par le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), qui a patronné diverses études portant sur la méthodologie et son utilité. Voir : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme. 2000a. "Gender-Sensitive Budget Initiatives for Latin America and the Caribbean: A Tool for Improving Accountability and Achieving Effective Policy Implementation". Communication établie pour la huitième Réunion régionale sur les femmes d'Amérique latine et des Caraïbes : Beijing+5, Lima (Pérou), 8-10 février 2000. New York : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme. Les budgets sexospécifiques sont également présentés comme un important mécanisme destiné à contrôler l'exercice des responsabilités dans : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme. 2000b. *Targets and Indicators: Progress of the World's Women 2000*. New York : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme.
 7. Fonds de développement des Nations Unies pour la femme. 2000a.
 8. Rhonda Sharpe. 1995. *A Framework for Gathering Budget Information from Government Departments and Authorities*. Cité dans : Fonds de développement des Nations Unies pour la femme. 2000a.
 9. Fonds de développement des Nations Unies pour la femme. 2000a.
 10. Présentation du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, faite au Siège de l'Organisation des Nations Unies, 31 janvier 2000.
 11. Voir, par exemple, des communiqués de presse sur les disparités de salaire au Royaume-Uni (Lucy Ward. 1er mars 2000. "Cost of Being a Woman Put at £250,000". *Manchester Guardian Weekly*); aux États-Unis (Bill Sallquist. 4 juin 2000. "Equal Pay Still Unattainable for Many Women". *The Spokesman-Review*. Spokane, Washington); et les rapports établis par l'Agence de statistiques de l'Europe, EUROSTAT (pour plus de détails, voir le site Web : <www.eurostat.org/>).
 12. On peut trouver des informations sur les documents élaborés partout dans le monde à l'aide des sites Web : <www.humanrights.ca/> et <www.un.org/womenwatch/>.
 13. Voir : FNUAP. 1999b. "Examen de la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing dans la région de l'Afrique : Rapport intérimaire du FNUAP pour la sixième Réunion régionale africaine sur les femmes". Document établi pour cette réunion régionale, Addis-Ababa (Éthiopie), 22-26 novembre 1999. New York : FNUAP.
 14. FNUAP. 2000b. *Promoting Gender Equality in Population and Development Programmes: Best Practices and Lessons Learnt*. Programme Advisory Note No. 7. New York : Division de gestion technique et des politiques. FNUAP.
 15. Ibid.
 16. Ces exemples sont tirés de : FNUAP. 2000a.
 17. Ibid.
 18. Ibid.
 19. FNUAP. 2000b.
 20. Ibid.
 21. Voir, par exemple : Agence canadienne de développement international (ACDI). 1999. *La politique de l'ACDI en matière d'égalité entre les sexes*. Hull, Québec, Canada : Ministère des travaux publics et des services gouvernementaux (également accessible sur l'Internet à : <<http://www.acdi-cida.gc.ca/>>); et Ministère néerlandais des affaires étrangères, NEDA. 1999. *Dutch Policy and Practice in Reproductive Health: If You Worry about Population: Shift Your Concern to People: An Intermediate Account of Dutch Policy and Practice in Reproductive Health*. La Haye, Pays-Bas : Ministère des affaires étrangères. Des documents directifs analogues ont été établis par le Department for International Development (DFID) (Royaume-Uni), l'Agency for International Development des États-Unis (USAID), l'Agence suédoise de coopération internationale pour le développement (SIDA), et par d'autres institutions donatrices des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
 22. Des divisions, programmes et centres de coordination assumant des responsabilités spéciales pour répondre aux préoccupations d'ordre sexospécifique font désormais normalement partie de la plupart des organisations donatrices. Par exemple, à l'Agency for International Development des États-Unis (USAID), quatre programmes thématiques liés aux préoccupations d'ordre sexospécifique dans divers aspects de la programmation ont été mis au point dans les services qui s'occupent des problèmes de santé et de population. Divers produits en sont issus, dont le rôle est de promouvoir l'incorporation des problèmes sexospécifiques aux politiques et programmes. Un exemple des produits d'un groupe thématique est le CD-ROM *Helping Involve Men (HIM)*, qui contient une base de données de documents (recherches et projets) sur les responsabilités des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité ("Helping Involve Men: An Essential Library on Men and Reproductive Health". Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins).
 23. Voir, par exemple, un document qui contient une compilation de projets soutenus par divers organismes donateurs nationaux : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 1999. *Atteindre les objectifs au XXIe siècle : Égalité entre les sexes et santé* (DCD/DAC/WID[99]2), document de référence en deux volumes. Paris : Groupe de travail sur l'égalité entre les sexes, Organisation de coopération et de développement économiques.
 24. L'année 1997 est la dernière pour laquelle les données soient complètes (Voir : FNUAP. 1999c. *Global Population Assistance Report 1997*. New York : FNUAP.) Les données préliminaires pour 1998 (présentées dans : Organisation des Nations Unies. 2000. *The Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* [E/CN.9/2000/5]. New York : ONU) n'altèrent pas le tableau d'ensemble, qui se caractérise par l'insuffisance des ressources. De plus en plus, les contributions de fondations internationales complètent celles des pays donateurs.
 25. FNUAP. 1998. "UNFPA Support for Mainstreaming Gender Issues in Population and Development Programmes". Section de : FNUAP. 1998. *Manuel des politiques et procédures*. New York : FNUAP.
 26. FNUAP. 1999d. "An Operational Tool on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) for UNFPA Programmes". Manuel distribué par le Groupe des thèmes sexospécifiques, Service de gestion technique, Division de la gestion technique et des politiques. New York : FNUAP.
 27. Banque mondiale. À paraître. *Policy Research Report on Gender and Development*. Washington, DC : Banque mondiale. Le texte du projet de rapport est disponible sur : <www.worldbank.org/gender/>.
 28. Caroline Moser, Annika Tornqvist et Bernice van Bronkhorst (éd.). 2000. *Mainstreaming Gender and Development in the World Bank: Progress and Recommendations*. Washington, DC : Banque mondiale.
 29. Pour accéder à ces documents (y compris les examens portant sur les secteurs de l'agriculture, de l'assainissement et des transports), voir : <www.worldbank.org/gender/>.

Sources des encadrés

Chapitre premier :

1. Banque mondiale. À paraître. *Policy Research Report on Gender and Development*. Washington, DC : Banque mondiale. Le projet de texte et les documents de base sont disponibles sur le site Web : <www.worldbank.org/gender/prr>.
2. Organisation des Nations Unies. 1999a. *Rapport succinct sur le suivi des questions de population à l'échelle mondiale en 2000 : population, parité et développement : Rapport du Secrétaire général* (E/CN.9/2000/3). New York : ONU; Banque mondiale. 1993. *Rapport sur le développement dans le monde, 1993 : investir dans la santé*. Washington, DC : Banque mondiale; Organisation mondiale de la santé. 1993. *Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information*, 4e éd. Genève : Organisation mondiale de la santé; A. P. McCauley et al. 1994. "Opportunities for Women Through Reproductive Choice." *Population Reports*. Série M. No. 12. Baltimore, Maryland : Population Information Program, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins; A. M. Kaunitz et al. 1984. "Perinatal and Maternal Mortality in a Religious Group Avoiding Obstetric Care." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 150(7): 826-831; Organisation mondiale de la santé. 1997. "Mother-Baby Package Costing" (tableau inédit). Genève : Organisation mondiale de la santé; et J. T. Boerma et J. K. Mati. 1989. "Identifying Maternal Mortality through Networking: Results from Coastal Kenya." *Studies in Family Planning* 20(5): 245-253.
3. Organisation des Nations Unies. 1999b. *World Population Prospects: The 1998 Revision* (ST/ESA/SER.A/177). New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociale (ONU).
4. Organisation des Nations Unies. 1999c. *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement* (A/S-21/5/Add.1). New York : ONU.
5. Organisation des Nations Unies. 2000. "Nouvelles mesures et initiatives destinées à appliquer la Déclaration et le Programme d'action de Beijing". Document final non édité, tel qu'adopté en séance plénière par la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale. New York. Département de l'information (ONU); et Organisation des Nations Unies. 10 juin 2000. "L'Assemblée générale réaffirme son attachement aux objectifs de la Conférence de Beijing au moment où la session extraordinaire 'Les femmes en l'an 2000' achève ses travaux au Siège" (GA/9725). Communiqué de presse. New York : ONU.

Chapitre 2 :

6. McCauley et al. 1994; et Organisation des Nations Unies. 2000a. *Les femmes dans le monde en l'an 2000 : des chiffres et des idées*. Statistiques et indicateurs sociaux. Série K. No. 16. New York : Division de statistique, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
7. Organisation des Nations Unies. 1999d. *Vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale chargée de l'examen et l'évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général* (A/54/442). New York : ONU.
8. Isabella Danel. 1999. *Maternal Mortality Reduction: Honduras: 1990-1997: A Case Study*. Rapport établi pour la Banque mondiale. Washington, DC : Banque mondiale. Site Web : <www.worldbank.org>.
9. McCauley et al. 1994.
10. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 1999. *Partenariat international contre le sida en Afrique*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Site Web : <www.unaids.org>.
11. Indrani Pieris et Bruce Caldwell. 1997. "Gender and Health in Sri Lanka." *Health Transition Review* 7: 185.
12. Susheela Singh et al. 1999. "Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries." *International Family Planning Perspectives* 26(1): 21-28. New York: The Alan Guttmacher Institute.
13. G. Barker et I. Lowenstein, 1996. "Where the Boys Are: Attitudes Related to Masculinity, Fatherhood and Violence toward Women among Low Income Adolescent Males in Rio de Janeiro, Brazil." *Youth and Society* 29(2): 166-196; V. Paiva, 1995. "Sexuality, AIDS and Gender Norms." *Cultural and Sexual Risk: Anthropological Perspective on AIDS*, pp. 97-115. New York et Londres : Gordon et Branch; A. Vasconcelos, et al. 1997. *Sexuality and AIDS Prevention among Adolescents from Low-Income Communities in Recife, Brazil*. Women and AIDS Program Research Report Series. Washington, DC : Centre international de recherches sur les femmes; et G. Barker et al. 1997. *Gender, Sexuality and Attitudes Related to AIDS among Low Income Youth and Street Youth in Rio de Janeiro, Brazil*. CHILDDHOPE Working Paper #6. Rio de Janeiro, Brésil : CHILDDHOPE Brazil et Núcleo da Estudos da Saúde do Adolescente, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA) (Centre de recherches sur la santé des adolescents, Université d'État de Rio de Janeiro).
14. FNUAP. 4 avril 2000. "Le Fonds des Nations Unies pour la population remercie chaleureusement la Fondation Gates de son don de 57 millions de dollars destiné à protéger les jeunes Africains contre le VIH/sida". Communiqué de presse. New York : FNUAP.
15. FNUAP. 1999. *Soutien du FNUAP à la santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence : Rapport de la Directrice exécutive* (DP/FPA/1999/6). New York : FNUAP.

16. N. Ifenne, 1998. "Access Through Grassroots Women's Networks in Nigeria to Family Planning and Reproductive Health." *Grassroots to Global Networks*. ACCESS: Lessons Learned Conference Report. Washington, DC: Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

Chapitre 3 :

17. Agence Reuter. 4 octobre 1999. "Un quatrième décès alimente le débat sur la violence familiale en Suède".
18. Human Rights Watch. 1999. *Crime or Custom: Violence against Women in Pakistan*. Site Web : <www.hrw.org/reports/1999/pakistan>.
19. *The New York Times*. 2 avril 2000. "Vast Trade in Forced Labor Portrayed in C.I.A. Report".
20. J. Halaby. 20 mars 2000. "Deux femmes et une fillette tuées dans des crimes d'honneur en Jordanie." Associated Press.
21. Inter Press Service. 5 octobre 1999. "Des femmes ministres des affaires étrangères cherchent à mettre fin au trafic des êtres humains".

Chapitre 4 :

22. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Mars 1999. "Sida : les hommes font une différence". Communiqué de presse. Site Web : <www.unaids.org/wac/2000/pressrelease.html>.

Chapitre 5 :

23. Amartya Sen. 1999. *Development as Freedom*. New York : Alfred A. Knopf.
24. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 1999. *Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival*. New York : Section santé, Division des programmes, Fonds des Nations Unies pour l'enfance; FNUAP. 1998a. *Hopes and Realities: Closing the Gap between Women's Aspirations and their Reproductive Experiences*. New York : FNUAP; McCauley et al. 1994; FNUAP. 1997. *A New Role for Men: Partners for Women's Empowerment*. New York : FNUAP; et Organisation des Nations Unies, 2000a.
25. McCauley et al. 1994; Organisation des Nations Unies. 2000b. *Suivi des questions de population à l'échelle mondiale en 2000 : population, parité et développement* (ESA/P/WP.159). Projet de document. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU); Organisation des Nations Unies. 1996. *World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health* (ESA/P/WP.131), p. 14 et suiv. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales et de l'analyse des politiques (ONU); et FNUAP. 2000. *Travailler à émanciper les femmes : l'expérience du FNUAP dans la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing*. New York : FNUAP.
26. W. Harcourt (éd.). 1999. *Women@Internet: Creating New Cultures in Cyberspace*. Londres: Zed Books; et Organisation des Nations Unies, 2000a.
27. FNUAP. 1994. *Women and Micro-Enterprises: An Assessment of UNFPA Experience*. Rapport d'évaluation No 6. New York : FNUAP.

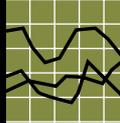
Chapitre 6 :

28. Organisation des Nations Unies. 1999e. *Rapport du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes* (A/54/38/Rev.1). New York : ONU.
29. Organisation des Nations Unies. 1995. *Population et développement*, vol. 1 : *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 5-13 septembre 1994*, par. 8.25. New York : Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques (ONU).

Chapitre 7 :

30. Organisation des Nations Unies. 2000c. *Base de données sur les indicateurs et statistiques concernant les femmes (WISTAT)*, version 4, CD-ROM. New York : ONU; et Organisation des Nations Unies, 2000a.
31. *The Washington Post*. 14 avril 2000. "Women in Egypt Gain Broader Divorce Rights".
32. Jennifer Catino, 1999. *Meeting the Cairo Challenge : Progress in Sexual and Reproductive Health*. New York: Family Care International; Nancy Yinger, Anne Peterson et Michal Avni. 1999. "Mainstreaming Gender in Monitoring and Evaluation: A Practical Approach for Reproductive Health Programming." Document établi pour Research and Indicators Group of the Interagency Gender Working Group, Agency for International Development des États-Unis. Washington, DC : Agency for International Development des États-Unis; Fédération internationale de planification familiale. 2000. *Manual to Evaluate Care from a Gender Perspective*. New York : Fédération internationale de planification familiale/Région de l'hémisphère Ouest, FNUAP. 1998b. *Indicators for Population and Reproductive Health Programmes*. New York: FNUAP; et FNUAP et l'Université nationale australienne. 1999. *Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York : Data Communiqué.
33. Daniel Lak. 12 avril 2000. BBC Online; et J. Venkatesan, 12 avril 2000. *Chennai Hindu*.
34. Corinna Schuler. 12 avril 2000. "One Woman's Crusade against Rape in S. Africa". *The Christian Science Monitor*.

Suivi des objectifs CIPD — Indicateurs retenus



	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction				
	Mortalité infantile	Espérance de vie	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire	% en dernière année du primaire	Taux brut de scolarisation secondaire	% d'analphabètes (plus de 15 ans)	Connaissance de la contraception		Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception	
	Total pour 1 000 naissances vivantes	M / F		M / F	M / F	M / F	M / F	% connaissant méthode	% connaissant source		Méthode quelconque	Méthode moderne
Total mondial	57	63,3 / 67,6								65	58	50
Régions développées (*)	9	71,1 / 78,7								31	70	51
Régions en développement (+)	63	61,8 / 65,0								71	55	50
Pays les moins avancés †)	99	49,6 / 51,5								128		
Afrique (1)	87	50,0 / 52,8								119	20	16
Afrique orientale	101	44,4 / 46,4								132		
Burundi	119	41,0 / 43,8		55 / 46	76 / 78	8 / 5	44 / 61	70	62	55	9	1
Erythrée	91	49,3 / 52,4	1 000	59 / 48	73 / 67	24 / 17	34 / 57			119	5	4
Ethiopie	116	42,4 / 44,3		55 / 30	51 / 50	14 / 10	57 / 68	63		152	4	2
Kenya	66	51,1 / 53,0	590	85 / 85	60 / 62	26 / 22	12 / 25	96	88	95	33	28
Madagascar	83	56,0 / 59,0	490	92 / 91	49 / 33	16 / 16	27 / 41		45	137	17	5
Malawi	138	38,9 / 39,6	620	140 / 127	38 / 48	21 / 12	26 / 55	90	80	162	22	14
Maurice (2)	16	67,9 / 75,1	50	106 / 106	98 / 99	63 / 66	12 / 19	100		37	75	49
Mozambique	114	43,9 / 46,6		70 / 50	52 / 39	9 / 5	41 / 73			128	6	6
Ouganda	107	38,9 / 40,4	510	81 / 68	82 / 73	15 / 9	23 / 44	82	74	180	15	8
République-Unie de Tanzanie	82	46,8 / 49,1	530	67 / 66	78 / 84	6 / 5	16 / 34	74	66	125	18	13
Rwanda	124	39,4 / 41,7		83 / 80	58 / 60	12 / 9	27 / 41	98	86	56	21	13
Somalie	122	45,4 / 48,6								213		
Zambie	82	39,5 / 40,6	650	91 / 86	89 / 84	34 / 21	15 / 30	89	81	134	25	14
Zimbabwe	69	43,6 / 44,7	400	115 / 111	78 / 79	52 / 45	8 / 16	96	93	89	48	42
Afrique centrale (3)	95	48,6 / 51,7								196		
Angola	125	44,9 / 48,1		96 / 88		18 / 9				219		
Cameroun	74	53,4 / 56,0	430	93 / 84	64 / 69	32 / 22	19 / 32	72	54	140	16	4
Gabon	87	51,1 / 53,8			58 / 61					172		
République centrafricaine	98	42,9 / 46,9	1 100	69 / 45	39 / 32	15 / 6	41 / 67			142	15	3
République du Congo	90	46,3 / 50,8		120 / 109	40 / 78	62 / 45	14 / 27			141		
République dém. du Congo (4)	90	49,2 / 52,3		86 / 59	68 / 58	32 / 19				217	8	2
Tchad	112	45,7 / 48,7	830	76 / 39	62 / 53	15 / 4	50 / 68			185		
Afrique du Nord (5)	52	63,3 / 66,4								50		
Algérie	44	67,5 / 70,3		113 / 102	93 / 95	65 / 62	23 / 44	99		25	52	49
Egypte	51	64,7 / 67,9	170	108 / 94	95 / 93	83 / 73	34 / 57	100	93	65	47	46
Jamahiriya arabe libyenne	28	68,3 / 72,2	75	110 / 111		61 / 57	10 / 33			56	40	26
Maroc	51	64,8 / 68,5	230	97 / 74	76 / 74	44 / 34	39 / 65	99	94	50	50	42
Soudan	71	53,6 / 56,4		55 / 47	90 / 95	23 / 20	31 / 55	71	60	52	8	6
Tunisie	30	68,4 / 70,7	70	122 / 114	90 / 92	66 / 63	20 / 41	99	97	13	60	51
Afrique australe	62	51,5 / 57,5								71		
Afrique du Sud	59	51,5 / 58,1		135 / 131	72 / 79	88 / 103	14 / 16			68	50	49
Botswana	59	46,2 / 48,4	330	107 / 108	87 / 93	61 / 68	26 / 21	95	95	78	33	32
Lesotho	93	54,7 / 57,3		102 / 114	72 / 87	25 / 36	28 / 7	79		86	23	19
Namibie	65	51,8 / 53,0	230	129 / 132	76 / 82	58 / 67	18 / 20	89	78	105	29	26
Afrique de l'Ouest (6)	90	48,6 / 51,3								136		
Bénin	88	51,7 / 55,2	500	98 / 57	64 / 57	26 / 11	45 / 76	40		116	16	3
Burkina Faso	99	43,6 / 45,2		48 / 31	74 / 77	11 / 6	67 / 87	66	30	157	8	4
Côte d'Ivoire	87	46,2 / 47,3	600	82 / 60	77 / 71	34 / 16	46 / 63	26		133	11	5
Ghana	66	58,3 / 61,8		81 / 69	81 / 79	44 / 28	21 / 39	76	70	113	20	10
Guinée	124	46,0 / 47,0		68 / 41	85 / 68	20 / 7				193	2	1
Guinée-Bissau	130	43,5 / 46,5	910	79 / 45		10 / 4	42 / 82			190		
Libéria	116	46,1 / 48,5		51 / 28		31 / 13	31 / 64	72	48	213	6	5
Mali	118	52,0 / 54,6	580	58 / 40	87 / 82	17 / 8	53 / 67	42	30	181	7	5
Mauritanie	92	51,9 / 55,1		84 / 75	61 / 68	21 / 11	48 / 68	61		135	3	1
Niger	115	46,9 / 50,1	590	36 / 23	72 / 73	9 / 5	77 / 92	76	33	199	4	2
Nigéria	81	48,7 / 51,5		109 / 87		36 / 30	29 / 46	46	34	121	6	3
Sénégal	63	50,5 / 54,2	560	78 / 65	89 / 85	20 / 12	54 / 73	74	44	119	13	8
Sierra Leone	170	35,8 / 38,7		60 / 41		22 / 13		78		202		
Togo	84	47,6 / 50,1	480	140 / 99	74 / 58	40 / 14	27 / 60	94	81	120	12	3
Asie	57	64,8 / 67,9								57	60	56
Asie orientale (7)	38	68,8 / 73,4								5		
Chine	41	67,9 / 72,0	65	122 / 123	93 / 94	74 / 66	9 / 25			5	83	83
Hong Kong, Chine (8)	6	75,8 / 81,4		93 / 95	99 / 100	71 / 76	4 / 10	98		7	86	79
Japon	4	76,8 / 82,9	8	101 / 101	100 / 100	103 / 104				4	59	53
Mongolie	51	64,4 / 67,3	150	86 / 91		48 / 65				47	61	25
République de Corée	10	68,8 / 76,0	20	94 / 95	98 / 99	102 / 102	1 / 4	100	94	4	79	69
Rép. pop.dém. de Corée	22	68,9 / 75,1	110							2	62	53

Suivi des objectifs CIPD — Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction					
	Mortalité infantile	Espérance de vie	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire	% en dernière année du primaire	Taux brut de scolarisation secondaire	% d'analphabètes (plus de 15 ans)	Connaissance de la contraception		Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception		
	Total pour 1 000 naissances vivantes	M / F		M / F	M / F	M / F	M / F	% connaissant méthode	% connaissant source		Méthode quelconque	Méthode moderne	
Asie du Sud-Est	46	63,7 / 67,8									48		
Cambodge	103	51,5 / 55,0		123 / 104	51 / 46	31 / 17					14		
Indonésie	48	63,3 / 67,0	450	115 / 110	88 / 89	55 / 48	9 / 19	95	93		58	55	52
Malaisie	11	69,9 / 74,3	39	101 / 101	98 / 100	59 / 69	9 / 17	99	94		25	48	31
Myanmar	79	58,5 / 61,8	230	122 / 117		29 / 30	11 / 20				26	17	14
Philippines	36	66,5 / 70,2	170	115 / 113	75 / 75	77 / 78	5 / 5	97	93		43	40	25
République dém. pop. lao	93	52,0 / 54,5	650	123 / 101	57 / 54	34 / 23	37 / 68				104	19	15
Singapour	5	74,9 / 79,3	6	95 / 93	100 / 100	69 / 65	4 / 12	98	95		7	74	73
Thaïlande	29	65,8 / 72,0	44	98 / 96		57 / 56	3 / 7	100	99		70	74	72
Viet Nam	38	64,9 / 69,6	160	115 / 111		48 / 46	5 / 9	95			27	65	44
Asie du Centre et du Sud	73	61,8 / 62,9									103		
Afghanistan	152	45,0 / 46,0		64 / 32	86 / 80	32 / 12	49 / 79	4			153	2	2
Bangladesh	79	58,1 / 58,2	440	77 / 66	18 / 26	25 / 13	48 / 71	100	98		115	49	41
Bhoutan	63	59,5 / 62,0			81 / 84						71	19	
Inde	72	62,3 / 62,9	410	109 / 90	62 / 55	59 / 39	32 / 56	95			112	41	37
Iran (République islamique d')	35	68,5 / 70,0	37	102 / 95	92 / 89	81 / 73	17 / 31	91			29	65	45
Népal	83	57,6 / 57,1	540	129 / 96	52 / 52	51 / 33	42 / 77	93	80		120	29	26
Pakistan	74	62,9 / 65,1		101 / 45		33 / 17	41 / 70	78	46		90	18	13
Sri Lanka	18	70,9 / 75,4	60	110 / 108	83 / 84	72 / 78	6 / 11	99	98		20	66	43
Asie occidentale (9)	51	65,9 / 70,2									57		
Arabie saoudite	23	69,9 / 73,4		77 / 75	87 / 92	65 / 57	17 / 34				113		
Émirats arabes unis	16	73,9 / 76,5	3	91 / 87	98 / 98	77 / 82	26 / 22				73	27	24
Iraq	95	60,9 / 63,9		92 / 78	84 / 84	51 / 32	35 / 55				45	14	11
Israël	8	75,7 / 79,7	5	96 / 96		89 / 87	2 / 6				19		
Jordanie	26	68,9 / 71,5	41		98 / 99		6 / 17	100	95		43	35	27
Koweït	12	74,1 / 78,2	5	78 / 77		64 / 66	16 / 21				34	35	32
Liban	29	68,1 / 71,7	100	113 / 108		78 / 84	8 / 20	91			26	53	18
Oman	25	68,9 / 73,3	19	78 / 74	96 / 96	68 / 66	21 / 41				80	22	19
République arabe syrienne	33	66,7 / 71,2		106 / 96	93 / 94	45 / 40	12 / 41	78			44	36	28
Turquie (10)	45	66,5 / 71,7		111 / 104	92 / 93	68 / 48	7 / 24	99	95		44	63	35
Yémen	80	57,4 / 58,4	350	100 / 40		53 / 14	34 / 76	60	27		102	13	10
Europe	12	69,2 / 77,4									25	72	46
Europe orientale	18	63,3 / 73,9									38		
Bulgarie	17	67,6 / 74,7	15	100 / 98	91 / 90	77 / 76	1 / 2				49	76	7
Hongrie	10	66,8 / 74,9	15	104 / 102	98 / 98	96 / 99	1 / 1				28	73	59
Pologne	15	68,2 / 76,9	8	97 / 95		98 / 97	0 / 0				23	75	26
République tchèque	6	70,3 / 77,4	9	105 / 103		97 / 100					23	69	45
Roumanie	23	66,2 / 73,9	41	104 / 103		79 / 78	1 / 3				36	57	14
Slovaquie	11	69,2 / 76,7	9	102 / 102		92 / 96					32	74	42
Europe septentrionale (11)	8	73,5 / 79,5									24		
Danemark	7	73,0 / 78,3	10	102 / 101	100 / 99	120 / 122					9	78	71
Estonie	19	63,0 / 74,5	50	95 / 93	96 / 97	100 / 108					38	70	56
Finlande	6	73,0 / 80,6	6	98 / 99	100 / 100	110 / 125					10	80	77
Irlande	7	73,6 / 79,2	6	105 / 104	100 / 100	113 / 122					19		
Lettonie	18	62,5 / 74,4	45	98 / 93		82 / 85	0 / 0				27	48	39
Lituanie	21	64,3 / 75,6	18	99 / 96		85 / 88	0 / 1				37	59	20
Norvège	5	75,2 / 81,1	6	100 / 100	100 / 100	121 / 116					13	74	69
Royaume-Uni	7	74,5 / 79,8	7	115 / 116		120 / 139					29	82	78
Suède	5	76,3 / 80,8	5	106 / 107	97 / 97	128 / 153					7	78	71
Europe méridionale (12)	10	73,7 / 80,1									14		
Albanie	30	69,9 / 75,9		106 / 108	81 / 83	37 / 38	8 / 24				34		
Bosnie-Herzégovine	15	70,5 / 75,9	10								28		
Croatie	10	68,8 / 76,5	12	88 / 87		81 / 83	1 / 3				19		
Espagne	7	74,5 / 81,5	6	109 / 108	98 / 99	116 / 123	1 / 3				8	59	37
Grèce	8	75,6 / 80,7	1	93 / 93	99 / 100	95 / 96	2 / 4				13		
Italie	7	75,0 / 81,2	7	101 / 100	98 / 99	94 / 95	1 / 2				7	78	32
Macedoine (ex-Rép.yougoslave de)	23	70,9 / 75,3	11	100 / 98	95 / 95	64 / 62					42		
Portugal	9	71,8 / 78,9	8	131 / 124		106 / 116	6 / 11				20	66	32
Slovénie	7	70,6 / 78,2	11	98 / 98		90 / 93	0 / 0				17		
Yougoslavie	18	70,2 / 75,5	10	69 / 70		60 / 64					39	55	12

Suivi des objectifs CIPD — Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction				
	Mortalité infantile	Espérance de vie	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire	% en dernière année du primaire	Taux brut de scolarisation secondaire	% d'analphabètes (plus de 15 ans)	Connaissance de la contraception		Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception	
	Total pour 1 000 naissances vivantes	M / F		M / F	M / F	M / F	M / F	% connaissant méthode	% connaissant source		Méthode quelconque	Méthode moderne
Europe occidentale(13)	6	74,1 / 80,8								10		
Allemagne	5	73,9 / 80,2	8	104 / 104		105 / 103				11	75	72
Autriche	6	73,7 / 80,2		100 / 100		105 / 102				18	71	56
Belgique	7	73,8 / 80,6		104 / 102		142 / 151				11	79	75
France	6	74,2 / 82,0	10	106 / 104		112 / 111				9	75	70
Pays-Bas	6	75,0 / 80,7	7	109 / 107	93 / 96	134 / 129				4	79	76
Suisse	6	75,4 / 81,8	5							4	71	65
Amérique latine et Caraïbes	36	66,1 / 72,6								76	66	57
Caraïbes (14)	36	66,3 / 71,0								74		
Cuba	9	74,2 / 78,0	27	108 / 104		76 / 85	3 / 4	100		65	70	68
Haiti	68	51,4 / 56,2		49 / 46	47 / 46	21 / 20	49 / 53	81	66	70	18	13
Jamaïque	22	72,9 / 76,8		100 / 99	93 / 98	63 / 67	18 / 10	99		91	62	58
Porto Rico	12	69,4 / 78,5					7 / 6			70	64	57
République dominicaine	34	69,0 / 73,1		94 / 94		47 / 61	17 / 17	100	96	89	64	60
Trinité-et-Tobago	15	71,5 / 76,2		99 / 98	98 / 99	72 / 75	1 / 3	97	96	40	53	45
Amérique centrale	33	68,4 / 74,0							81			
Belize	29	73,4 / 76,1		123 / 119	70 / 71	47 / 52	7 / 7	95		99	47	42
Costa Rica	12	74,3 / 78,9	29	104 / 103	86 / 89	47 / 52	5 / 4	100	99	85	75	65
El Salvador	32	66,5 / 72,5		98 / 96	76 / 77	35 / 39	19 / 24	98		95	53	48
Guatemala	46	61,4 / 67,2	190	93 / 82	52 / 47	27 / 25	24 / 40	70	64	119	31	26
Honduras	35	67,5 / 72,3	220	110 / 112	45 / 51	29 / 37	26 / 26	95		115	50	41
Mexique	31	69,5 / 75,5	48	116 / 113	85 / 86	64 / 64	7 / 11	91	72	70	67	58
Nicaragua	43	65,8 / 70,6	150	100 / 102	52 / 57	52 / 62	33 / 30	97		152	49	45
Panama	21	71,8 / 76,4	85	108 / 104	80 / 84	61 / 65	8 / 9	95		82	58	54
Amérique du Sud (15)	37	65,3 / 72,3								73		
Argentine	22	69,7 / 76,8	38	114 / 113		73 / 81	3 / 3			65		
Bolivie	66	59,8 / 63,2	390	99 / 90	63 / 58	40 / 34	8 / 21	73	66	79	45	17
Brésil	42	63,1 / 71,0	160	107 / 98		31 / 36	15 / 15	100	95	72	77	71
Chili	13	72,3 / 78,3	23	103 / 100	100 / 100	72 / 78	4 / 5			49		
Colombie	30	67,3 / 74,3	80	113 / 112	70 / 76	64 / 69	8 / 9	98	94	88	72	59
Équateur	46	67,3 / 72,5	160	134 / 119	84 / 86	50 / 50	7 / 11	89	88	72	57	46
Paraguay	39	67,5 / 72,0	190	112 / 109	77 / 80	46 / 48	6 / 8	98	90	76	56	41
Pérou	45	65,9 / 70,9	270	125 / 121	78 / 74	72 / 67	6 / 15	96	89	58	64	41
Uruguay	18	70,5 / 78,0	21	109 / 108	96 / 99	75 / 90	3 / 2			70		
Venezuela	21	70,0 / 75,7	65	90 / 93	86 / 92	33 / 46	7 / 8	98	68	98	49	37
Amérique du Nord (16)	7	73,6 / 80,2								56	71	68
Canada	6	76,1 / 81,8		103 / 101		105 / 105				23	75	74
États-Unis d'Amérique	7	73,4 / 80,1	8	102 / 101		98 / 97				59	71	67
Océanie	24	71,4 / 76,3								28	29	22
Australie-Nouvelle-Zélande	6	75,2 / 80,9								22	76	72
Australie (17)	6	75,5 / 81,1		101 / 101		150 / 155				20	76	72
Mélanésie (18)	53	59,9 / 62,2								34		
Nouvelle-Calédonie	11	69,2 / 76,3		127 / 123	96 / 94	95 / 106				55		
Nouvelle-Zélande	7	74,1 / 79,7	15	101 / 101	99 / 99	110 / 116				34	75	72
Papouasie-Nouvelle-Guinée	61	57,2 / 58,7		87 / 74	72 / 74	17 / 11	30 / 44			24	26	20
Vanuatu	39	65,5 / 69,5		101 / 94	90 / 91	23 / 18				74		
Pays en transition (ex-URSS) (19)												
Arménie	26	67,2 / 73,6	35	87 / 91		100 / 79	1 / 2			41		
Azerbaïdjan	36	65,5 / 74,1	37	108 / 105		73 / 81				17		
Bélarus	23	62,2 / 73,9	22	100 / 96		91 / 95	0 / 1			36	50	42
Fédération de Russie	18	60,6 / 72,8	50	108 / 107		84 / 91	0 / 1			45		
Géorgie	20	68,5 / 76,8	70	89 / 88		78 / 76				47		
Kazakhstan	35	62,8 / 72,5	70	97 / 98		82 / 91				54	59	46
Kirghizistan	40	63,3 / 71,9	65	105 / 103		75 / 83				40		
Ouzbékistan	44	64,3 / 70,7	21	79 / 77		100 / 88	7 / 16			35	56	52
République de Moldova	29	63,5 / 71,5	42	98 / 97		79 / 82	0 / 2			32	74	50
Tadjikistan	57	64,2 / 70,2	65	96 / 94		83 / 74	0 / 1			35		
Turkménistan	55	61,9 / 68,9	110							20		
Ukraine	19	63,8 / 73,7	25	87 / 87		88 / 95	0 / 1			36		

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (2000)	Population prévue (millions) (2025)	Taux moyen de croissance démographique (1995-2000)	% de population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Pop./ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PNB par habitant (PPA en \$E.-U.) (1998)	% des dépenses du gouvernement central (PPA en \$E.-U.)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$E.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans M / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Total mondial	6 055,0	7 823,7	1,3	45	2,5		2,71	58			(1 632 053)	80 / 80		
Régions développées (*)	1 188,0	1 214,9	0,3	75	0,7		1,57	99				13 / 10		
Régions en développement (+)	4 867,1	6 608,8	1,6	38	3,3		3,00	53				87 / 88		
Pays les moins avancés (‡)	644,7	1 092,6	2,4	22	5,2		5,05					160 / 151		
Afrique (1)	784,4	1 298,3	2,4	34	4,3		5,06	42			463 855²⁰	146 / 133		
Afrique orientale	247,0	426,2	2,6	22	5,3	5,79	34					169 / 154		
Burundi	6,7	11,6	1,7	8	6,4	5,2	6,28	24	561	22,4	3,5	5 530	189 / 168	58
Erythrée	3,9	6,7	3,8	17	4,7	6,9	5,70	21	984	17,4	24,1	4 459	154 / 137	7
Ethiopie	62,6	115,4	2,5	13	5,1	4,6	6,30	8	566	22,5	9,8	29 130	193 / 174	284
Kenya	30,1	41,8	2,0	28	5,6	4,8	4,45	45	964	63,0	21,1	29 270	107 / 101	476
Madagascar	15,9	29,0	3,0	27	5,6	3,6	5,40	57	741	14,2	8,6	11 162	123 / 110	16
Malawi	10,9	20,0	2,4	14	4,6	4,6	6,75	55	551	29,6	14,9	22 654	223 / 217	60
Maurice (2)	1,2	1,4	0,8	41	1,6	1,4	1,91	97	8 236	378,1	156,3	324	22 / 13	100
Mozambique	19,7	30,6	2,5	34	7,1	4,5	6,25	44	740		16,3	22 119	193 / 173	481
Ouganda	21,8	44,4	2,8	13	5,4	2,4	7,10	38	1 072	27,6	19,3	31 133	181 / 164	42
République-Unie de Tanzanie	33,5	57,9	2,3	24	5,7	6,2	5,48	38	483		6,0	35 037	138 / 123	453
Rwanda	7,7	12,4	7,7	6	4,7	4,7	6,20	26				5 586	213 / 191	
Somalie	10,1	21,2	4,2	26	4,7	6,0	7,25	2				2 906	212 / 195	
Zambie	9,2	15,6	2,3	43	3,3	1,2	5,55	47	678	14,8	16,3	19 954	149 / 144	628
Zimbabwe	11,7	15,1	1,4	32	4,4	2,2	3,80	69	2 489		82,6	23 301	123 / 111	929
Afrique centrale (3)	95,7	184,7	2,7	33	4,5		6,17	42				158 / 139		
Angola	12,9	25,1	3,2	32	5,6	2,4	6,80	17	999		71,1	5 443	217 / 199	532
Cameroun	15,1	26,5	2,7	45	4,7	1,1	5,30	58	1 395		15,0	6 647	120 / 109	369
Gabon	1,2	2,0	2,6	50	4,2	1,0	5,40	80	5 615	162,3	38,9	677	143 / 127	1 403
République centrafricaine	3,6	5,7	1,9	39	3,5	1,3	4,90	46	1 098		21,7	2 546	172 / 141	23
République du Congo	2,9	5,7	2,8	59	4,2	6,3	6,06	50	846	51,6	18,1	1 021	147 / 116	457
République dém. du Congo (4)	51,7	104,8	2,6	29	4,3	3,9	6,43	733			9,9	1 945	148 / 130	305
Tchad	7,7	13,9	2,6	21	4,1	1,7	6,07	15	843	14,2	20,8	4 024	184 / 164	24
Afrique du Nord (5)	173,3	249,1	2,0	46	3,1		3,58	64				79 216²¹	73 / 67	
Algérie	31,5	46,6	2,3	56	3,5	0,9	3,81	77	4 595	235,3	158,1	1 354	57 / 45	842
Égypte	68,5	95,6	1,9	45	2,6	7,6	3,40	46	3 146	150,7	54,7	36 092	65 / 64	638
Jamahiriya arabe libyenne	5,6	8,6	2,4	86	3,9	0,2	3,80	94				11	32 / 31	2 935
Maroc	28,4	38,7	1,8	48	2,9	1,1	3,10	40	3 188	159,7	43,0	31 192	74 / 62	329
Soudan	29,5	46,3	2,1	25	4,7	1,0	4,61	86	1 240	10,8		3 931	115 / 108	397
Tunisie	9,6	12,8	1,4	57	2,6	0,5	2,55	81	5 169	397,0	162,1	2 797	38 / 36	735
Afrique australe	46,9	55,9	1,6	48	3,3		3,43	79				102 / 82		
Afrique du Sud	40,4	46,0	1,5	51	3,0	0,4	3,25	82	8 296	659,5	271,5	20 263	98 / 76	2 482
Botswana	1,6	2,2	1,9	28	6,3	2,0	4,35	77	5 796	500,8	165,8	2 505	112 / 101	70
Lesotho	2,2	3,5	2,2	23	5,8	2,4	4,75	50	2 194	185,0	60,2	1 050	132 / 127	62
Namibie	1,7	2,3	2,2	37	5,3	1,0	4,90	68	5 280	479,9	195,2	2 265	125 / 119	60
Afrique de l'Ouest (6)	221,7	382,5	2,5	37	4,9		5,47	35				162 / 149		
Bénin	6,1	11,1	2,7	31	4,6	2,0	5,80	60	857	27,2	13,7	5 808	142 / 124	341
Burkina Faso	11,9	23,3	2,7	27	8,9	3,0	6,57	41	866	12,8	10,7	9 133	176 / 166	
Côte d'Ivoire	14,8	23,3	1,8	44	4,7	1,0	5,10	45	1 484	74,3	22,4	8 279	144 / 129	382
Ghana	20,2	36,9	2,7	36	4,4	2,3	5,15	44	1 735	72,2	31,4	16 050	107 / 95	380
Guinée	7,4	12,5	0,8	30	5,5	4,2	5,51	31	1 722	32,7	21,8	10 443	207 / 208	55
Guinée-Bissau	1,2	1,9	2,2	22	4,6	2,7	5,75	25	573		6,9	1 802	214 / 192	53
Libéria	3,2	6,6	8,2	45	4,5	5,1	6,31	58				934	184 / 163	
Mali	11,2	21,3	2,4	27	5,4	1,9	6,60	24	673	14,9	13,7	12 779	244 / 227	48
Mauritanie	2,7	4,8	2,7	54	4,3	2,6	5,50	40	1 500	75,9	28,5	1 045	155 / 142	64
Niger	10,7	21,5	3,2	17	5,8	1,7	6,84	15	729	16,9	10,0	6 473	198 / 181	48
Nigéria	111,5	183,0	2,4	39	4,8	1,2	5,15	31	740	5,2	1,4	18 678	154 / 140	722
Sénégal	9,5	16,7	2,6	42	4,0	2,9	5,57	47	1 297	48,5	33,9	9 571	117 / 112	302
Sierra Leone	4,9	8,1	3,0	36	4,4	5,2	6,06	25	445		7,8	400	277 / 248	34
Togo	4,6	8,5	2,6	31	4,8	1,1	6,05	32	1 352	61,0	15,3	2 073	137 / 120	55
Asie	3 682,6	4 723,1	1,4	35	3,2		2,60	54				365 118	71 / 77	
Asie orientale (7)	1 485,2	1 695,4	0,9	37	2,9		1,77	86					39 / 50	
Chine	1 277,6	1 480,4	0,9	30	3,6	6,3	1,80	85	3 051	71,1	61,2	4 110	43 / 54	902
Hong Kong, Chine (8)	6,9	7,7	2,1	95	0,5	6,0	1,32	100	20 763	606,3	436,4	19	8 / 6	1 931
Japon	126,7	121,2	0,2	78	0,4	1,4	1,43	100	23 592	849,3	1 362,0	(93 760) ²²	6 / 5	4 058
Mongolie	2,7	3,7	1,7	61	2,9	0,5	2,60	99	1 463	83,0	66,9	971	72 / 75	54
République de Corée	46,8	52,5	0,8	81	2,1	2,5	1,65	95	13 286	488,9	341,7	119	13 / 13	3 576
République pop. dém. de Corée	24,0	29,4	1,6	61	2,3	3,7	2,05	100				2 337	27 / 25	1 063

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (2000)	Population prévue (millions) (2025)	Taux moyen de croissance démographique (1995-2000)	% de population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Pop. / ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PNB par habitant (PPA en \$E.-U.) (1998)	% des dépenses du gouvernement central (PPA en \$E.-U.) Éducation	Santé	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$E.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans M / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Asie du Sud-Est	518,5	683,5	1,5	34	3,7		2,69	54					66 / 57		
Cambodge	11,2	16,5	2,3	21	5,6	2,0	4,60	31	1 246	35,7	7,3	19 756	141 / 127		13
Indonésie	212,1	273,4	1,4	35	4,1	3,0	2,58	36	2 407	33,2	16,7	32 152	69 / 56	672	65
Malaisie	22,2	31,0	2,0	54	3,4	0,5	3,18	98	7 699	381,1	108,0	843	16 / 13	1 950	89
Myanmar	45,6	58,1	1,2	26	3,7	3,1	2,40	57				884	121 / 104	294	60
Philippines	76,0	108,3	2,1	54	3,7	3,1	3,62	53	3 725	127,4	59,4	47 906	49 / 38	528	83
République dém. pop. lao	5,4	9,7	2,6	22	5,7	4,5	5,75	30	1 683	35,9	21,5	3 409	154 / 146		51
Singapour	3,6	4,2	1,4	100	0,8	7,0	1,68	100	25 295	753,8	274,3	8	6 / 6	7 835	100
Thaïlande	61,4	72,7	0,9	20	2,8	1,5	1,74	71	5 524	266,2	90,3	8 490	37 / 33	1 333	89
Viet Nam	79,8	108,0	1,6	21	3,5	7,3	2,60	79	1 689	51,2	6,6	16 358	54 / 57	448	47
Asie du Centre et du Sud	1 490,8	2 049,9	1,8	29	3,4		3,36	34					91 / 101		
Afghanistan	22,7	44,9	2,9	20	7,7	1,8	6,90	8				1 060	257 / 257		
Bangladesh	129,2	178,8	1,7	18	5,2	8,7	3,11	8	1 407	31,4	21,3	93 145	106 / 116	197	84
Bhoutan	2,1	3,9	2,8	6	6,3	11,4	5,50	12	1 438			1 076	98 / 94		
Inde	1 013,7	1 330,4	1,6	27	3,0	3,2	3,13	35	2 060	65,5	13,4	45 648	82 / 97	476	85
Iran (République islamique d')	67,7	94,5	1,7	59	3,0	1,0	2,80	74	5 121	205,3	88,1	1 791	52 / 51	1 491	90
Népal	23,9	38,0	2,4	14	6,5	7,0	4,45	9	1 181	37,5	15,0	16 948	110 / 124	320	59
Pakistan	156,5	263,0	2,8	35	4,6	3,5	5,03	18	1 652	44,6	15,9	15 967	108 / 104	446	62
Sri Lanka	18,8	23,5	1,0	22	2,8	4,6	2,10	94	2 945	101,3	42,3	2 186	22 / 20	371	70
Asie occidentale (9)	188,0	294,3	2,2	66	3,4		3,77	74				33 421	69 / 61		
Arabie saoudite	21,6	40,0	3,4	80	3,9	0,6	5,80	90	10 498	791,6	650,1		31 / 24	4 753	93
Émirats arabes unis	2,4	3,3	2,0	84	2,5	1,6	3,42	99	18 871	337,8	797,3		21 / 17	13 155	98
Iraq	23,1	41,0	2,8	75	3,7	0,4	5,25	54				481	119 / 114	1 174	77
Israël	6,2	8,3	2,2	91	1,6	0,4	2,68	99	16 861	1 274,7	1 219,1	28	11 / 9	2 843	99
Jordanie	6,7	12,1	3,0	71	4,1	1,4	4,86	97	2 615	177,3	123,9	7 869	32 / 31	1 040	98
Koweït	2,0	3,0	3,1	97	3,4	2,6	2,89	98				304	16 / 14	8 167	100
Liban	3,3	4,4	1,7	87	2,3	0,5	2,69	89	4 144	104,4	129,8	608	39 / 31	1 164	94
Oman	2,5	5,4	3,3	13	7,4	14,1	5,85	91				352	35 / 24	2 231	88
République arabe syrienne	16,1	26,3	2,5	52	4,3	0,8	4,00	77	2 702	83,8		2 678	47 / 33	1 002	88
Turquie (10)	66,6	87,9	1,7	69	3,5	0,7	2,50	76	6 594	146,4	187,2	6 725	67 / 52	1 045	
Yémen	18,1	39,0	3,7	34	5,9	5,6	7,60	43	658	46,0	14,8	10 508	112 / 114	187	39
Europe	728,9	702,3	0,0	74	0,5		1,42	99					16 / 12		
Europe orientale	307,0	287,5	-0,2	70	0,5		1,36	99				22 533^{21, 23}	25 / 18		
Bulgarie	8,2	7,0	-0,7	71	0,3	0,2	1,23	100	4 683	148,9	153,0	362	23 / 16	2 705	
Hongrie	10,0	8,9	-0,4	65	0,4	0,3	1,37	99	9 832	455,2	419,3	78	13 / 10	2 499	
Pologne	38,8	39,1	0,1	65	0,9	0,6	1,53	99	7 543	563,5	318,0	226	18 / 14	2 807	
République tchèque	10,2	9,5	-0,2	65	0,4	0,3	1,19	99	12 197	625,7	794,4	3	9 / 7	3 917	
Roumanie	22,3	19,9	-0,4	55	0,6	0,4	1,17	99	5 572	201,1	164,0	2 740	39 / 26	2 027	62
Slovaquie	5,4	5,4	0,1	59	1,2	0,3	1,39	95	9 624	479,3	500,2		14 / 12	3 266	
Europe septentrionale (11)	94,4	95,9	0,2	84	0,4		1,69	99					10 / 8		
Danemark	5,3	5,2	0,3	85	0,2	0,1	1,72	100	23 855	1 944,2	1 625,5	(46 990)	10 / 7	4 346	
Estonie	1,4	1,1	-1,2	73	-0,1	0,2	1,29	95	7 563	543,8	388,2		33 / 17	3 834	
Finlande	5,2	5,3	0,3	63	1,0	0,2	1,73	100	20 641	1 539,8	1 192,4	(17 335)	7 / 6	6 143	98
Irlande	3,7	4,4	0,7	58	0,8	0,3	1,90	99	17 991	1 072,3	1 045,2		9 / 7	3 293	
Lettonie	2,4	1,9	-1,5	73	-0,2	0,2	1,25	98	5 777	362,2	227,7	768	31 / 18	1 674	
Lituanie	3,7	3,4	-0,3	72	0,7	0,2	1,43	95	6 283	342,4	464,6	24	29 / 18	2 414	
Norvège	4,5	4,8	0,5	73	0,7	0,3	1,85	100	26 196	1 951,6	1 627,0	(54 296)	7 / 6	5 284	100
Royaume-Uni	58,8	60,0	0,2	89	0,4	0,2	1,72	98	20 314	1 082,7	1 198,6	(117 431)	9 / 8	3 992	100
Suède	8,9	9,1	0,3	83	0,5	0,1	1,57	100	19 848	1 643,4	1 480,1	(53 177)	7 / 6	5 944	
Europe méridionale (12)	144,2	135,0	0,1	65	0,6		1,31	98					13 / 11		
Albanie	3,1	3,8	-0,4	37	2,2	2,2	2,50	99	2 864	89,7	76,1	1 426	46 / 39	362	76
Bosnie-Herzégovine	4,0	4,3	3,0	49	6,1	0,4	1,35	97				635	19 / 15	777	
Croatie	4,5	4,2	-0,1	64	0,9	0,3	1,56		6 698	353,6	543,6	116	14 / 11	1 418	63
Espagne	39,6	36,7	0,0	76	0,4	0,2	1,15	96	15 960	798,0	912,1	(7 438)	9 / 7	2 583	
Grèce	10,6	9,9	0,3	65	1,0	0,4	1,28	99	13 994	433,8	732,2		9 / 8	2 328	
Italie	57,3	51,3	0,0	67	0,2	0,3	1,20	100	20 365	993,8	1 092,7	(2 203)	9 / 8	2 808	
Macédoine (ex-République yougoslave de)	2,0	2,3	0,6	60	1,5	0,5	2,06	93	4 224	216,3	330,5		27 / 24		
Portugal	9,9	9,3	0,0	36	1,4	0,5	1,37	98	14 569	839,2	690,8	(414)	12 / 10	1 928	82
Slovénie	2,0	1,8	-0,1	64	1,2	0,2	1,26	100	14 400	825,1	969,5		9 / 8	3 098	98
Yougoslavie	10,6	10,8	0,1	57	0,9	0,6	1,84					18	28 / 23	1 364	

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (2000)	Population prévue (millions) (2025)	Taux moyen de croissance démographique (1995-2000)	% de population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Pop. / ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PNB par habitant (PPA en \$E.-U.) (1998)	% des dépenses du gouvernement central (PPA en \$E.-U.) Éducation Santé		Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$E.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans M / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Europe occidentale (13)	183,3	183,9	0,3	81	0,4		1,48	100					8 / 6		
Allemagne	82,2	80,2	0,1	87	0,3	0,2	1,30	100	22 026	1 059,4	1 830,0	(122 462) ²⁵	7 / 6	4 267	
Autriche	8,2	8,2	0,5	56	0,7	0,3	1,41	100	23 145	1 261,4	1 381,5	(577)	8 / 7	3 373	
Belgique	10,2	9,9	0,1	97	0,3	0,3 ²⁴	1,55	100	23 622	732,3	1 577,6	(9 814)	9 / 7	5 552	
France	59,1	61,7	0,4	73	0,5	0,1	1,71	99	21 214	1 281,3	1 511,2	(16 500)	8 / 7	4 355	100
Pays-Bas	15,8	15,8	0,4	89	0,6	0,6	1,50	100	22 325	1 131,9	1 362,9	(146 428)	9 / 7	4 885	99
Suisse	7,4	7,6	0,7	61	1,3	1,2	1,47	99	26 876	1 462,1	1 802,2	(16 626)	10 / 7	3 622	100
Amérique latine et Caraïbes	519,1	696,7	1,6	74	2,3		2,70	80				208 676	49 / 39		
Caraïbes (14)	38,1	47,3	1,1	62	2,0		2,55	72					57 / 48		
Cuba	11,2	11,8	0,4	76	1,2	0,4	1,55	99				935	13 / 10	1 448	91
Haiti	8,2	12,0	1,7	32	4,1	5,5	4,38	20	1 379		18,2	16 137	112 / 97	268	39
Jamaïque	2,6	3,2	0,9	54	1,7	2,0	2,50	92	3 344	249,2	77,5	5 088	28 / 25	1 465	93
Porto Rico	3,9	4,5	0,8	73	1,4	1,7	2,11	99					15 / 13		97
République dominicaine	8,5	11,2	1,7	65	2,7	1,1	2,80	96	4 337	99,3	71,3	6 772	51 / 41	652	73
Trinidad-et-Tobago	1,3	1,5	0,5	72	1,8	1,0	1,65	98	7 208	262,4	206,7	59	19 / 12	6 081	96
Amérique centrale	135,2	188,5	1,9	68	2,6		3,05	70					45 / 38		
Belize	0,2	0,4	2,4	47	2,6	0,8	3,66	79	4 367			79	37 / 37		
Costa Rica	4,0	5,9	2,5	50	3,2	1,7	2,83	97	5 812	314,4	415,5	520	16 / 13	657	100
El Salvador	6,3	9,1	2,0	45	2,9	2,6	3,17	87	4 008	100,2	104,7	5 872	45 / 37	700	53
Guatemala	11,4	19,8	2,6	41	4,1	2,9	4,93	35	3 474	57,7	51,5	5 568	65 / 57	510	67
Honduras	6,5	10,7	2,8	44	4,3	1,1	4,30	55	2 338	84,6	66,0	7 422	54 / 43	503	77
Mexique	98,9	130,2	1,6	75	2,4	0,9	2,75	75	7 450	362,8	218,4	23 326	41 / 34	1 525	95
Nicaragua	5,1	8,7	2,7	63	4,0	0,4	4,42	61	1 896	73,6	94,4	11 529	64 / 53	525	62
Panama	2,9	3,8	1,6	53	2,4	1,0	2,63	84	4 925	251,7	314,2	388	29 / 26	853	84
Amérique du Sud (15)	345,8	460,9	1,5	78	2,2		2,58	86					50 / 39		
Argentine	37,0	47,2	1,3	88	1,5	0,1	2,62	97	11 728	405,8	483,6	1 652	28 / 22	1 673	65
Bolivie	8,3	13,1	2,3	61	3,8	1,6	4,36	46	2 205	107,2	24,5	21 718	92 / 83	479	70
Brésil	170,1	217,9	1,3	78	2,3	0,5	2,27	88	6 460	327,5	222,1	20 543	54 / 41	1 012	69
Chili	15,2	19,5	1,4	84	1,6	1,0	2,44	99	8 507	303,7	213,9	4 354	17 / 13	1 419	91
Colombie	42,3	59,8	1,9	73	2,2	2,0	2,80	85	5 861	241,5	297,1	2 559	43 / 35	799	75
Équateur	12,6	17,8	2,0	58	3,1	1,2	3,10	64	3 003	104,2	76,6	5 446	66 / 54	731	55
Paraguay	5,5	9,4	2,6	53	3,8	0,9	4,17	61	4 312	172,1	110,3	1 994	54 / 43	865	39
Pérou	25,7	35,5	1,7	72	2,5	1,8	2,98	56	4 180	122,9	94,9	29 564	71 / 58	582	66
Uruguay	3,3	3,9	0,7	90	0,8	0,3	2,40	96	8 541	284,4	162,1	314	23 / 17	912	89
Venezuela	24,2	34,8	2,0	93	2,4	0,7	2,98	97	5 706	295,0	172,5	497	27 / 22	2 463	79
Amérique du Nord (16)	309,6	363,6	0,9	76	1,2		1,94	99					9 / 7		
Canada	31,1	37,9	1,0	77	1,2	0,0	1,55	100	22 814	1 576,5	1 505,8	(34 520)	8 / 6	7 880	99
États-Unis d'Amérique	278,4	325,6	0,8	76	1,2	0,0	1,99	99	29 240	1 567,3	1 913,8	(662 360)	10 / 8	8 051	73
Océanie	30,4	39,6	1,3	70	1,4		2,38	65					31 / 32		
Australie-Nouvelle-Zélande	22,7	27,8	1,0	85	1,2		1,83	99					8 / 6		
Australie (17)	18,9	23,1	1,0	85	1,2	0,0	1,79	100	21 795	1 187,8	1 240,0	(45 235)	8 / 6	5 494	99
Mélanésie (18)	6,5	10,0	2,2	21	3,6		4,28						68 / 73		
Nouvelle-Calédonie	0,2	0,3	2,1	62	2,2		2,70	98					16 / 15		
Nouvelle-Zélande	3,9	4,7	1,0	86	1,3	0,1	2,01	95	16 084	1 177,4	1 013,5	(1 806)	9 / 8	4 388	90
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4,8	7,5	2,2	16	4,0	5,3	4,60	53	2 205		61,7	5 158	79 / 88		31
Vanuatu	0,2	0,3	2,4	19	3,9		4,30	79	2 892			202	54 / 42		
Pays en transition (ex-URSS) (19)															
Arménie	3,5	3,9	-0,3	69	1,6	0,9	1,70	95	2 074	40,6	64,8	2 040	35 / 30	474	
Azerbaïdjan	7,7	9,4	0,5	56	1,7	1,1	1,99	99	2 168	65,2	26,8	1 247	55 / 44	1 570	
Bélarus	10,2	9,5	-0,3	71	0,8	0,2	1,36	100	6 314	373,2	309,0	25	36 / 20	2 386	
Fédération de Russie	146,9	137,9	-0,2	76	0,3	0,1	1,35	99	6 180	218,8	289,1	6 783	25 / 19	4 169	
Géorgie	5,0	5,2	-1,1	58	1,1	1,0	1,92	95	3 429	176,9	25,1	1 018	27 / 20	291	
Kazakhstan	16,2	17,7	-0,4	60	1,4	0,1	2,30	99	4 317	190,4	94,1	1 270	46 / 36	2 724	
Kirghizistan	4,7	6,1	0,6	39	2,4	0,9	3,21	98	2 247	120,0	62,7	1 730	56 / 44	645	81
Ouzbékistan	24,3	33,4	1,6	41	2,8	1,4	3,45	98	2 044	157,6	67,7	2 849	69 / 56	1 826	57
République de Moldova	4,4	4,5	0,0	52	1,8	0,5	1,76	95	1 995	212,0	92,8	583	39 / 25	1 064	56
Tadjikistan	6,2	8,9	1,5	32	3,2	2,4	4,15	92	1 041	22,4	69,1	943	88 / 73	594	69
Turkménistan	4,5	6,3	1,8	45	2,5	0,9	3,60	90			88,6	1 012	86 / 69	2 646	60
Ukraine	50,5	45,7	-0,4	70	0,6	0,3	1,38	100	3 130	227,6	130,0	1 956	30 / 20	3 012	55

Suivi des objectifs de la CIPD — Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité		Indicateurs d'éducation		Indicateurs de santé en matière de reproduction		
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M / F	Taux brut de scolarisation primaire M / F	Taux brut de scolarisation secondaire M / F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthode moderne
Antilles néerlandaises	14	72,5 / 78,4			35		
Bahamas	16	70,5 / 77,1			69	62	60
Bahreïn	17	71,1 / 75,3	105 / 106	91 / 98	22	61	30
Barbade	12	73,7 / 78,7	90 / 91	89 / 80	44	55	53
Brunéï Darussalam	10	73,4 / 78,1	109 / 104	72 / 82	33		
Cap-Vert	56	65,5 / 71,3	150 / 147	54 / 56	79		
Chypre	9	75,5 / 80,0	100 / 100	95 / 99	17		
Comores	76	57,4 / 60,2	84 / 69	24 / 19	83	21	11
Djibouti	106	48,7 / 52,0	44 / 33	17 / 12	31		
Fidji	20	70,6 / 74,9	128 / 128	64 / 65	48	41	35
Gambie	122	45,4 / 48,6	87 / 67	30 / 19	155	12	7
Guadeloupe	9	73,6 / 80,9			29	44	31
Guam	10	73,0 / 77,4			96		
Guinée équatoriale	108	48,4 / 51,6			178		
Guyana	58	61,1 / 67,9	97 / 96	71 / 76	58	31	28
Îles Salomon	23	69,7 / 73,9	103 / 89	21 / 14	94		
Islande	5	76,8 / 81,3	98 / 98	109 / 108	24		
Luxembourg	7	73,3 / 79,9		85 / 90	12		
Maldives	50	65,7 / 63,3	130 / 127	67 / 71	54		
Malte	8	74,9 / 79,3	108 / 107	86 / 82	12		
Martinique	7	75,5 / 82,0			27	51	37
Micronésie (26)	34	67,6 / 71,4			56		
Polynésie (27)	17	69,3 / 74,2			55		
Polynésie française	11	69,3 / 74,6	118 / 113	69 / 86	68		
Qatar	17	70,0 / 75,4	87 / 86	80 / 79	66	32	29
Réunion	9	70,9 / 79,8			20	67	62
Samoa	23	69,3 / 73,6	101 / 100	59 / 66	37		
Suriname	29	67,5 / 72,7			22		
Swaziland	65	57,9 / 62,5	120 / 114	55 / 54	90	20	17
Timor oriental	135	46,7 / 48,4			37		

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (milliers) 2000	Population prévue (milliers) 2025	% de population urbaine (1995)	Taux de croissance de la population urbaine (1995-2000)	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PNB par habitant (PPA en \$E-U) (1998)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans M / F
Antilles néerlandaises	217	258	69,5	1,3	2,20	98		20 / 12
Bahamas	307	415	86,5	1,9	2,60	100	13 990	20 / 15
Bahreïn	617	858	90,3	2,7	2,90	98	11 556	26 / 17
Barbade	270	297	47,4	1,7	1,50	98		14 / 15
Brunéï Darussalam	328	459	57,8	2,2	2,80	98	24 886	11 / 11
Cap-Vert	428	671	54,3	5,5	3,56		3 192	68 / 60
Chypre	786	900	54,1	1,9	2,03	98	17 599	10 / 9
Comores	694	1 176	30,7	5,6	4,80	52	1 400	112 / 101
Djibouti	638	1 026	82,8	2,6	5,30	79		182 / 166
Fidji	817	1 104	40,7	2,5	2,73	100	4 094	28 / 18
Gambie	1 305	2 151	25,5	5,3	5,20	44	1 428	212 / 194
Guadeloupe	456	569	99,4	1,6	1,90			12 / 9
Guam	168	228	38,2	2,4	3,40	100		11 / 13
Guinée équatoriale	453	795	42,2	5,2	5,58	5		184 / 169
Guyana	861	1 045	36,2	2,9	2,32	93	3 139	90 / 65
Îles Salomon	444	817	17,1	6,3	4,85	85	1 904	32 / 22
Islande	281	328	91,6	1,2	2,10	100	24 774	6 / 6
Luxembourg	431	463	89,1	1,4	1,67	100	36 703	8 / 8
Maldives	286	501	26,8	4,3	5,40	90	3 436	53 / 80
Malte	389	430	89,3	0,9	1,89	98	22 901	11 / 8
Martinique	395	450	93,3	1,3	1,75			10 / 8
Micronésie (26)	543	960	42,7	3,2	4,08			47 / 40
Polynésie (27)	631	909	41,3	2,6	3,38			20 / 21
Polynésie française	235	324	56,4	2,2	2,85	98	20 586	14 / 14
Qatar	599	779	91,4	2,1	3,74	97		27 / 18
Réunion	699	880	67,8	2,3	2,10	97		11 / 9
Samoa	180	271	21,0	2,4	4,15	52	3 854	25 / 29
Suriname	417	525	50,4	2,5	2,21	91		39 / 28
Swaziland	1 008	1 785	31,2	5,7	4,70	56	4 195	109 / 91
Timor oriental	885	1 185	7,5	1,7	4,35			205 / 196

Les appellations utilisées dans la présente publication n'impliquent aucune prise de position de la part du Fonds des Nations Unies pour la population quant au statut juridique des pays, territoires ou régions ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les données concernant les petits pays ou régions, généralement ceux dont la population ne dépassait pas 200 000 habitants en 1990, ne figurent pas comme telles dans le présent tableau. Elles ont été reprises dans les chiffres concernant la population de leur région.

- (*) Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, le Japon, l'Europe et l'Australie-Nouvelle-Zélande.
- (+) Les régions en développement comprennent toutes les régions d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie (sauf le Japon), la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.
- (†) Pays les moins avancés, conformément à la nomenclature type de l'Organisation des Nations Unies.
- (1) Y compris le Territoire britannique de l'océan Indien et les Seychelles.
- (2) Y compris Agalesa, Rodrigues et Saint-Brandon.
- (3) Y compris Sao Tomé-et-Principe.
- (4) Ex-Zaire.
- (5) Y compris le Sahara occidental.
- (6) Y compris Sainte-Hélène, l'île de l'Ascension et Tristan da Cunha.
- (7) Y compris Macao.
- (8) Depuis le 1er juillet 1997, Hong Kong fait partie de la Chine, où il constitue une région administrative à régime spécial.
- (9) Y compris la Bande de Gaza (Palestine).
- (10) La Turquie est incluse dans l'Asie occidentale pour des raisons géographiques. Dans d'autres classifications, elle fait partie de l'Europe.
- (11) Y compris les îles anglo-normandes, les îles Féroé et l'île de Man.

- (12) Y compris l'Andorre, Gibraltar, le Saint-Siège et Saint-Marin.
- (13) Y compris le Liechtenstein et Monaco.
- (14) Y compris Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les îles Vierges britanniques, les îles Caimanes, Dominique, Grenade, Montserrat, les Antilles néerlandaises, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-Grenadines, les îles Turques et Caïques et les îles Vierges américaines.
- (15) Y compris les îles Falkland (Malvinas) et la Guyane française.
- (16) Y compris les Bermudes, le Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- (17) Y compris l'île Christmas, les îles Cocos (Keeling) et l'île Norfolk.
- (18) Y compris la Nouvelle-Calédonie et Vanuatu.
- (19) Les États successeurs de l'ex-URSS sont incorporés aux régions existantes. L'Europe orientale englobe le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine. L'Asie occidentale englobe l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie. L'Asie du Centre et du Sud englobe le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan.
- (20) Total régional, à l'exclusion de la sous-région dont les données figurent séparément ci-après.
- (21) Ces sous-régions composent la région "États arabes et Europe" du FNUAP.
- (22) Les évaluations sont fondées sur les rapports des années précédentes. On attend une mise à jour des données.
- (23) Le total de l'Europe orientale comprend quelques États balkaniques d'Europe méridionale et quelques États baltes d'Europe septentrionale.
- (24) Ce chiffre comprend la Belgique et le Luxembourg.
- (25) Des informations plus récentes donnent à penser que ce chiffre était peut-être plus élevé. Il en sera tenu compte dans de futures publications.
- (26) Y compris les États fédérés de Micronésie, Guam, Kiribati, les îles Marshall, Nauru, les îles Mariannes septentrionales, les Palaos et l'île de Wake.
- (27) Y compris les Samoa américaines, les îles Cook, l'île Johnston, Pitcairn, Samoa, les îles Tokélaou, Tonga, les îles Midway, Tuvalu et les îles Wallis-et-Futuna.

Notes techniques :

Une fois de plus, les tableaux statistiques publiés dans le rapport *Etat de la population mondiale* accordent une place spéciale aux indicateurs permettant de mesurer le progrès réalisé dans le domaine des objectifs quantitatifs et qualitatifs adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement pour ce qui est de la réduction de la mortalité, de l'accès à l'éducation et de l'accès aux services de santé en matière de reproduction (y compris la planification familiale). A mesure que le suivi de la CIPD favorise la mise au point de systèmes améliorés de surveillance, différentes mesures seront insérées, selon leur disponibilité, dans les rapports à paraître. Un meilleur suivi des contributions financières des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du secteur privé devrait également permettre de mieux rendre compte à l'avenir des dépenses et des ressources liées à la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD. On trouvera ci-après, par catégorie, la source des indicateurs et la raison qui a présidé à leur choix.

Suivi des objectifs de la CIPD

Indicateurs de mortalité

Mortalité infantile, espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance: Source: Division de la population (ONU). 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision* (Disquettes de données

"Demographic Indicators 1950-2050"). New York: ONU. Ces indicateurs mesurent les niveaux de mortalité, respectivement pendant la première année de vie (qui est la plus délicate sur le plan du développement) et sur toute la durée de la vie.

Ratio de mortalité maternelle: Source: OMS, UNICEF, Banque mondiale et sources nationales telles que publiées dans: Banque mondiale. 2000. *World Development Indicators 2000*. Washington, DC: Oxford Press. Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes, qui sont imputables aux suites d'une grossesse ou d'un accouchement et aux complications connexes. Il est difficile d'atteindre à la précision, mais les ordres de grandeur fournissent des indications. En dessous de 50, les évaluations n'ont pas été arrondies; de 50 à 100, elles sont arrondies à la tranche de 5 la plus proche; de 100 à 1 000, elles le sont à la tranche de 10 la plus proche; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Pour ce qui est de la mortalité maternelle, une série d'évaluations s'écartent des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les évaluations se fondent sur les chiffres communiqués, chaque fois que possible, avec l'aide de méthodes visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Voir la source pour des détails sur l'origine de certaines évaluations nationales. Évaluations et méthodologies sont en cours d'examen par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, des établissements universitaires et d'autres organismes et elles seront révisées, le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle.



Indicateurs d'éducation

Taux brut de scolarisation primaire des garçons et des filles, taux brut de scolarisation secondaire des garçons et des filles. Source : Tableaux fournis par l'UNESCO; données publiées dans la série *World Education Report*, et mises à jour dans l'*Annuaire statistique de l'UNESCO, 1999*. Paris: UNESCO, Institut de statistique. Les taux bruts de scolarisation indiquent le nombre d'étudiants inscrits à un niveau donné du système éducatif pour 100 individus qui appartiennent au groupe d'âge correspondant à ce niveau. Ces taux bruts ne sont pas corrigés pour tenir compte des individus qui ont dépassé l'âge correspondant au niveau en raison d'une scolarité tardive ou interrompue ou d'un redoublement de classe.

Analphabétisme chez les hommes et les femmes adultes. Source : Tableaux fournis par l'UNESCO; données publiées dans la série *Education for All: Status and Trends*. Paris: UNESCO. Les définitions de l'analphabétisme varient selon les pays; trois définitions largement acceptées sont utilisées. Dans la mesure du possible, les données se réfèrent à la proportion des personnes incapables de lire et d'écrire, en le comprenant, un texte simple et concis concernant la vie quotidienne. L'analphabétisme des adultes (taux d'analphabétisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans) tient compte à la fois des niveaux de scolarisation récents et de la scolarité passée. Les indicateurs d'éducation ci-dessus ont été mis à jour en utilisant les évaluations de la Division de la population (ONU) tirées de *World Population Prospects (The 1998 Revision)*. Les données relatives à l'éducation sont les plus récentes qui soient disponibles durant la période 1982-1998.

Pourcentage de ceux qui terminent l'enseignement primaire. Source : Tableaux fournis par l'UNESCO; les données sont publiées dans la série *World Education Report*. Paris: UNESCO, Institut de statistique. Les études menées sur les profils de l'abandon scolaire montrent que les élèves qui vont jusqu'à la cinquième année d'études terminent généralement l'enseignement primaire. Nous indiquons les données relatives au premier groupe en suivant notre source. Les données sont les plus récentes qui soient disponibles durant la période 1980-1998.

Indicateurs de santé en matière de reproduction

Connaissance de la contraception. Source : Division de la population (ONU). 1996. *World Population Monitoring 1996*. New York: ONU. Ces indicateurs sont tirés de rapports d'enquêtes par sondage et évaluent la proportion de femmes connaissant une méthode de planification familiale et une source où il est possible de se procurer des contraceptifs. Toutes les méthodes contraceptives (médicales, mécaniques, naturelles et traditionnelles) sont incluses dans le premier indicateur; l'indicateur relatif à la source de l'information concerne davantage les méthodes médicales et mécaniques et les méthodes modernes d'abstinence périodique. Ces chiffres sont généralement comparables, mais pas entièrement, d'un pays à l'autre en raison de différences quant aux populations sondées par catégorie d'âge (les femmes âgées de 15 à 49 ans sont le groupe le plus courant), selon le statut matrimonial (par exemple, soit uniquement les femmes actuellement mariées ou qui l'ont été, soit toutes les femmes) et l'époque à laquelle ont été effectuées les enquêtes. La plupart des données ont été recueillies entre 1987 et 1994.

Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Source : Division de la population (ONU). 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. (Disquettes de données: "Demographic Indicators 1950-2050"); et Division de la population (ONU). 1998. *Age Patterns of Fertility: The 1998 Revision*. New York: ONU. Il s'agit d'un indicateur du fardeau de la fécondité qui pèse sur les femmes pendant leur jeunesse. Étant donné qu'il indique le nombre moyen de naissances par femme chaque année, on pourrait le multiplier par cinq pour connaître approximativement le nombre de naissances pour 1 000 jeunes femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de 20 ans. Cette mesure n'indique pas dans sa totalité le nombre réel de grossesses d'adolescentes, car seules les naissances vivantes sont prises en considération. L'indicateur ne tient pas compte de la mortalité, ni des avortements spontanés ou provoqués.

Prévalence de la contraception. Source : Division de la population (ONU). 1998. *Contraceptive Trends and Levels 1998* (panneau mural). New York: ONU, ainsi que des tabulations mises à jour

fournies par la Division de la population (ONU). Cet indicateur, qui est tiré d'enquêtes par sondage, évalue la proportion de femmes mariées (y compris les femmes vivant en concubinage) qui utilisent actuellement soit une méthode quelconque de contraception, soit une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les injectables, les implants hormonaux, les préservatifs masculins et les méthodes mécaniques utilisées par les femmes. Ces chiffres sont comparables en gros, mais pas complètement, d'un pays à l'autre, en raison des différences que présentent les groupes de population couverts par l'enquête en ce qui concerne l'âge (les femmes âgées de 15 à 49 ans sont la catégorie la plus nombreuse, qui représente un peu plus de la moitié de la base de données), l'époque à laquelle les enquêtes ont été effectuées et les questions qui ont été posées. Toutes les données ont été recueillies en 1975 ou après cette date. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées; près de 80 % des données se rapportent à la période 1987-1996.

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Population totale en 2000, population prévue en 2025, taux annuel moyen de croissance démographique pour la période 1995-2000. Source : Division de la population (ONU). 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. (Disquettes de données: "Demographic Indicators 1950-2050"); et Division de la population (ONU). 1998. *Annual Populations 1950-2050: The 1998 Revision*. New York: ONU. Ces indicateurs présentent les effectifs actuels, les effectifs prévus dans l'avenir et l'accroissement annuel de la population des différents pays dans le temps présent.

Pourcentage de la population urbaine, taux d'accroissement de la population urbaine. Source : Division de la population (ONU). 1996. *World Urbanization Prospects: The 1996 Revision*. New York: ONU. Ces indicateurs reflètent la proportion de la population de chaque pays vivant dans les zones urbaines et le taux d'accroissement de cette population prévu pour la période 1995-2000.

Population agricole par hectare de terres arables et cultivées en permanence. Source : Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, à partir de données concernant la population agricole sur la base de la population totale communiquées par la Division de la population (ONU). 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. New York: ONU. Cet indicateur a trait au chiffre de la population agricole par rapport à la superficie des terres se prêtant à la production agricole. Il tient compte des changements intervenus tant dans la structure des économies nationales (proportion de la main-d'oeuvre travaillant dans l'agriculture) que dans les techniques de mise en valeur des sols. Des chiffres élevés peuvent être liés à un souci prédominant de rendre les terres productives et à la fragmentation des exploitations agricoles. Toutefois, l'indicateur tient compte également des différences en matière de niveau de développement et de politique d'utilisation des sols. Les données se réfèrent à l'année 1997.

Taux total de fécondité (période 1995-2000). Source : Division de la population (ONU). 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. (Disquettes de données: "Demographic Indicators 1950-2050"). New York: ONU. Cette mesure indique le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant qu'elle est en âge d'en avoir, si elle avait le nombre d'enfants correspondant au taux estimé pour les différents groupes d'âges pendant la période spécifiée. Certains pays peuvent atteindre le niveau prévu à des moments différents de cette période.

Accès aux soins de base. Note : Cet indicateur a été omis dans le rapport de cette année en raison d'incertitudes, partagées par plusieurs institutions, concernant sa fiabilité et sa validité. Des consultations relatives à un autre indicateur approprié d'accès aux soins de santé sont attendues.

Naissances avec assistance qualifiée. Source: Organisation mondiale de la santé; informations mises à jour fournies par l'OMS. Cet indicateur est fondé sur des rapports nationaux, concernant la proportion de naissances bénéficiant de la présence "d'un personnel sanitaire qualifié ou d'une accoucheuse qualifiée: de médecins (spécialistes ou non-spécialistes) et/ou de personnes ayant une formation



de sage-femme qui soient capables de diagnostiquer et gérer des complications obstétricales aussi bien que des accouchements normaux". Les évaluations fournies correspondent aux données disponibles les plus récentes.

Produit national brut par habitant. Source : Chiffres pour 1998 communiqués par la Banque mondiale. 2000. *World Development Indicators 2000*. Washington, DC: Banque mondiale. Cet indicateur mesure la production totale de biens et de services destinés à la consommation qui sont produits ou fournis par les résidents et les non-résidents, sans égard au fait qu'ils peuvent être affectés au remboursement de créances vis-à-vis de nationaux ou d'étrangers, par rapport à la taille de la population. Il s'agit d'un indicateur de la productivité économique d'un pays. Il se distingue du produit intérieur brut en ce qu'il tient compte des revenus provenant de l'étranger et imputables au travail et au capital de résidents, ainsi que des paiements analogues faits à des non-résidents, et en ce qu'il incorpore divers ajustements techniques, dont ceux ayant trait aux variations des taux de change dans le temps. Cette mesure prend aussi en considération la différence du pouvoir d'achat des monnaies en incluant les ajustements de parité du pouvoir d'achat (PPA) du "PNB réel". Certains chiffres relatifs au PPA sont basés sur des modèles de régression; d'autres sont extrapolés à partir des dernières évaluations du Programme de comparaison international; pour les détails, prière de se reporter à la source originelle.

Dépenses du gouvernement central en matière d'éducation et de santé. Source : Banque mondiale. 2000. *World Development Indicators 2000*. Washington, DC : Banque mondiale. Ces indicateurs reflètent la priorité accordée aux secteurs de l'éducation et de la santé par un pays à travers la proportion des dépenses publiques qui y sont affectées. Ils ne tiennent pas compte des différences dans la répartition des allocations de fonds dans un secteur donné, par exemple l'éducation primaire ou les services de santé par rapport à d'autres niveaux des secteurs éducatif et sanitaire, qui présentent des variations considérables. Le fait que le partage des responsabilités administratives et budgétaires entre gouvernement central et pouvoirs locaux, ainsi que le rôle des secteurs public et privé, varient selon les pays fait obstacle à une comparabilité directe. Les évaluations communiquées sont calculées à partir de données relatives aux dépenses publiques d'éducation en tant que part du PNB, aux dépenses de santé par habitant (PPA en dollars) et à la part des dépenses de santé provenant de sources publiques. Les données se réfèrent aux plus récentes évaluations couvrant la période 1990-1998.

Assistance extérieure en matière de population. Source : FNUAP. 1999. *Global Population Assistance Report, 1997*. New York: FNUAP. Cet indicateur fournit le montant de l'assistance extérieure qui a été affecté en 1997 aux activités de population dans chaque pays. Les fonds étrangers sont disponibles par le canal d'organismes

multilatéraux et bilatéraux d'assistance et d'organisations non gouvernementales. Les pays donateurs sont indiqués, le montant de leur contribution figurant entre parenthèses. Les Rapports fourniront à l'avenir d'autres indicateurs, de manière à offrir une meilleure base de comparaison et d'évaluation des flux de ressources, en provenance de différentes sources nationales et internationales, destinés à appuyer les programmes de population et de santé en matière de reproduction. Les totaux régionaux indiqués comprennent les projets de pays et les activités régionales (qui ne figurent pas ailleurs dans le tableau).

Mortalité des enfants de moins de 5 ans. Source : Division de la population (ONU), tabulation spéciale fondée sur ONU. 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. New York: ONU. Cet indicateur a trait à l'incidence de la mortalité sur les nourrissons et les enfants en bas âge. Il reflète donc l'impact des maladies et d'autres causes de décès des nourrissons, des enfants en bas âge et des jeunes enfants. Les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants d'un à cinq ans, qui rendent compte des différentes causes et de la fréquence de la mortalité à cet âge, sont des mesures démographiques plus courantes. La mesure est donc plus sensible que la mortalité infantile au tribut prélevé par les maladies de l'enfance, y compris celles qui peuvent être évitées par une meilleure alimentation et des programmes de vaccination. La mortalité des enfants de moins de 5 ans indique le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. Les évaluations portent sur la période 1995-2000.

Consommation d'énergie par habitant. Source : Banque mondiale. 1999. *World Development Indicators 1999*. Washington, DC : Banque mondiale. Cet indicateur reflète la consommation annuelle d'énergie primaire (charbon, lignite, pétrole, gaz naturel et hydro-électricité, électricité nucléaire et électricité géothermique) en kilogrammes d'équivalent-pétrole par habitant. Il indique le niveau de développement industriel, la structure de l'économie et les modes de consommation. Les changements qui surviennent avec le temps peuvent refléter les changements intervenus dans le volume et l'importance relative des différentes activités économiques et les changements qui concernent l'efficacité de l'utilisation de l'énergie (y compris l'augmentation ou la diminution des gaspillages). Les données portent sur l'année 1996.

Accès à l'eau salubre. Source : OMS/UNICEF, *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996*. Cet indicateur donne le pourcentage de la population ayant accès à une quantité suffisante d'eau salubre située à une distance raisonnable de l'habitation de l'utilisateur. Les mots en italique renvoient à des définitions nationales. Cet indicateur est à mettre en relation avec le degré d'exposition aux risques de santé, y compris ceux qui sont imputables à un assainissement insuffisant. Les données proviennent de la période 1990-1994.

ÉTAT DE LA POPULATION MONDIALE 2000

Directeur de la publication : Alex Marshall

Recherche et rédaction : Stan Bernstein

Secrétaire exécutif : William A. Ryan

Recherche éditoriale : Reed Boland, Wendy Harcourt, Karen Hardee and Ann McAuley

Assistante de rédaction : Phyllis Brachman

Photo de couverture : (Haut) Écoliers vietnamiens; (bas) Jeune Philippine portant un panier — Sean Sprague/Impact Visuals

Vivre ensemble, dans des mondes séparés

NE PAS PUBLIER AVANT LE
20 SEPTEMBRE 2000

Hommes et femmes à une époque de changements

L'inégalité entre femmes et hommes limite le potentiel des individus, des familles, des communautés et des nations. Mettre fin à la discrimination sexuelle est une urgente priorité sur le plan des droits de la personne et sur celui du développement, affirme le rapport sur *L'état de la population mondiale 2000*, publié par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).

Malgré les prodigieux changements intervenus au XXe siècle, la discrimination et la violence contre les femmes et les filles demeurent profondément enracinées dans des cultures du monde entier. Transmises d'une génération à la suivante, les idées sur "les vrais hommes" et "la place d'une femme" sont inculquées très tôt dans la vie et il est difficile de les modifier.

Les limitations imposées prélèvent un lourd tribut. Dans le monde entier, filles et femmes se voient refuser l'accès à l'éducation et aux soins de santé. Des millions sont soumises aux sévices et à la violence. Les droits reconnus aux femmes par la loi ne sont pas protégés. Leurs problèmes médicaux reçoivent moins d'attention que ceux des hommes. Des possibilités de carrière leur sont refusées sur le lieu de travail et elles sont moins bien rémunérées que les hommes pour le même travail.

Les hommes, et les sociétés, paient également le prix de cet état de choses. Cependant, jusqu'à un récent passé, la discrimination sexuelle était considérée comme sans importance ou inexistante, elle était acceptée ou ignorée et il n'y avait pas même de statistiques pour la décrire. Si de nombreux pays ont commencé à prendre des mesures pour protéger les droits de la femme et promouvoir l'égalité, les progrès réels ont été lents.

La discrimination sexuelle ne prendra pas fin avant que tous les yeux se soient ouverts sur ses contradictions inhérentes et que les pays, les communautés et les familles agissent pour y mettre fin.

Sexe et santé

L'inégalité entre les sexes est préjudiciable à la santé des femmes et empêche beaucoup d'entre elles de participer pleinement à la société. L'inégalité des rapports de force entre hommes et femmes limite souvent le contrôle que les femmes exercent sur leur activité sexuelle et leur capacité de se protéger contre les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le VIH/sida. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables.

L'insuffisance des soins de santé en matière de reproduction destinés aux femmes entraîne aussi des taux élevés de

grossesses non désirées, d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, de décès et de lésions résultant de la grossesse et de l'accouchement qu'il serait possible de prévenir. La violence sexiste — à savoir notamment le viol, les coups portés par le mari et la mutilation génitale féminine — nuit à la santé, au bien-être et à la participation sociale des femmes.

L'accès universel aux soins de santé en matière de reproduction et de sexualité, y compris les services de planification familiale, constituait un objectif central de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. Les pays ont convenu que l'émancipation des femmes et la satisfaction des besoins d'éducation et de santé étaient nécessaires à la promotion de l'individu et à un développement équilibré.

À l'examen de la Conférence conduit en 1999 après cinq ans (CIPD+5), les gouvernements ont fixé les nouveaux objectifs ci-après, parmi d'autres : diminuer de moitié en 2005, par rapport à 1990, le taux d'analphabétisme des femmes et des filles; diminuer de moitié en 2005 les besoins non satisfaits de planification familiale et les éliminer complètement en 2015; réduire d'un quart en 2010 le taux d'infection des jeunes par le VIH, en fournissant des informations et services pour limiter le risque; et faire en sorte qu'en 2015, 90 % de toutes les naissances seront assistées par des accoucheuses qualifiées. Ils ont également convenu que partout où l'avortement est légal, il doit être sans danger et accessible.

C'est une tâche redoutable que d'offrir la planification familiale à tous ceux qui souhaitent en bénéficier. Aujourd'hui, un tiers environ de toutes les grossesses — 80 millions par an — semblent non désirées ou placées à un moment inopportun. Si les femmes pouvaient avoir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent, le nombre moyen d'enfants par famille diminuerait presque d'un dans de nombreux pays.

Au cours des 15 prochaines années — en supposant que les services puissent être fournis —, il est prévu que le nombre d'utilisateurs de contraceptifs dans les pays en développement augmentera de plus de 40 %, passant à 742 millions, en raison de l'accroissement démographique et d'une demande accrue de contraception.



Une autre priorité est d'offrir aux femmes des options sans danger concernant la grossesse et l'accouchement. Aujourd'hui, environ 500 000 décès maternels surviennent chaque année dans les pays en développement, où 53 % seulement de toutes les naissances bénéficient d'une assistance spécialisée. Ce manque de soins se traduit, chaque année, par l'abandon à leur sort de 52,4 millions de femmes. Près de 30 % des femmes qui mettent au jour dans les pays en développement, soit environ 38 millions chaque année, ne reçoivent pas de soins prénatals.

La qualité des soins avant, durant et après la naissance est indispensable à une maternité sans danger. Le meilleur moyen de prévenir les décès maternels est cependant de fournir des soins obstétricaux d'urgence. Pour sauver les mères qui affrontent des complications, il est capital de les transporter rapidement à un centre médical.

Chaque année, les femmes subissent environ 50 millions d'avortements, dont les deux cinquièmes sont pratiqués dans des conditions dangereuses, entraînant la mort de 78 000 femmes et des souffrances pour des millions d'autres. Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans représentent au moins un quart des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Un accès accru à la planification familiale est manifestement le meilleur moyen de réduire le nombre d'avortements. Et un moyen important de réduire la mortalité maternelle est de dispenser des soins aux femmes qui ont subi un avortement.

À la fin de 1999, 34,3 millions d'hommes, de femmes et d'enfants étaient atteints du VIH ou du sida, et 18,8 millions étaient déjà morts de la maladie. Le VIH/sida est maintenant la première cause de décès en Afrique et la quatrième au niveau mondial. En 1999, on a enregistré 5,4 millions de nouveaux cas d'infection, dont 4 millions en Afrique subsaharienne. En Afrique, le nombre des séropositifs est plus élevé de 2 millions parmi les femmes. Les programmes qui s'attaquent à l'inégalité entre les sexes et font participer les hommes à la lutte contre le sida peuvent aider à ralentir la diffusion de la maladie.

La mutilation génitale féminine (MGF), qui touche plus de 100 millions de femmes et de fillettes, surtout en Afrique et en Asie occidentale, est un autre problème de santé et en matière des droits de la personne. Étant presque toujours effectuée avec un manque complet d'hygiène et sans anesthésie, la MGF peut causer une grave infection, un état de choc, voire la mort, et entraîne des conséquences qui durent toute la vie, notamment le risque accru d'avoir des accouchements pénibles et de mourir en mettant au jour.

Pour contrer l'inégalité et protéger la santé des femmes, il est essentiel que les programmes de santé en matière de reproduction tiennent compte des sexospécificités. Les programmes commencent à prendre en considération la dynamique de la connaissance, les rapports de force et la prise de décisions dans les rapports sexuels, de même qu'entre prestataires de soins et clients et entre animateurs de communauté et citoyens. Les organisations non gouvernementales (ONG) jouent des rôles de plus en plus importants dans la prestation de services, s'agissant par exemple d'aborder des sujets délicats tels que les besoins des adolescents.

Les jeunes hommes et les jeunes femmes affrontent des pressions et attentes sociales différentes, qui peuvent aller à l'encontre d'un comportement sexuel responsable. Pour diverses raisons (sévices, mariage d'enfants ou pauvreté), de nombreuses filles sont contraintes d'avoir de bonne heure une activité sexuelle dans des conditions dangereuses. Les jeunes, qu'ils soient mariés ou non, n'ont pas accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction. En formant des jeunes à faire fonction d'éducateurs de leurs compagnons d'âge, on encourage un comportement responsable.

Les parents et d'autres adultes peuvent apprendre à être une source d'information et de conseils.

Les hommes aussi connaissent des problèmes de santé en matière de reproduction, à savoir les infections sexuellement transmissibles, l'impuissance et la stérilité. De nombreux hommes disent également qu'ils souhaitent limiter le nombre de leurs enfants ou espacer leur naissance, mais ni eux-mêmes ni leurs épouses n'utilisent de moyens contraceptifs. Les services de santé en matière de reproduction destinés aux hommes se sont concentrés sur les MST. La fréquence relative d'utilisation des contraceptifs dont le contrôle incombe aux hommes a diminué ces dernières années. De bons programmes peuvent rendre les hommes mieux informés de la contraception et plus disposés à l'utiliser.

La violence sexiste

Au moins une femme sur trois a été battue, contrainte à avoir des rapports sexuels ou victime de sévices quelconques — le plus souvent de la part d'une personne de sa connaissance. Une femme sur quatre est victime de sévices en cours de grossesse. Au moins 60 millions de filles sont "manquantes", surtout en Asie, du fait de l'avortement, de l'infanticide ou du manque de soins en raison de leur sexe.

Chaque année, 2 millions de filles âgées de 5 à 15 ans sont absorbées par l'industrie du sexe. Non moins, peut-être, de 5 000 femmes et filles sont assassinées chaque année par des membres de leur propre famille, victimes de crimes prétendus "d'honneur". Le viol, les voies de fait et d'autres formes de violence sexiste sont répandus dans le monde entier.

De nombreuses cultures pardonnent ou excusent un certain degré de violence contre les femmes. Dans diverses parties du monde, les hommes passent pour avoir le droit de punir leurs épouses comme ils le jugent bon. Les femmes elles-mêmes regardent souvent les sévices physiques comme justifiés dans certaines conditions.

Les vues faussées qui ont cours sur les rôles et responsabilités des hommes et des femmes dans leurs relations fournissent une justification de la violence. Ne pas obéir au mari, répondre à ses observations, refuser les rapports sexuels, ne pas préparer les repas en temps voulu, manquer à prendre soin des enfants ou de la maison, poser à l'homme des questions sur l'emploi de l'argent ou sur ses maîtresses, aller quelque part sans son autorisation, tels sont les actes qui peuvent déclencher des réactions violentes.

La violence peut être extrêmement préjudiciable à la santé des femmes en matière de reproduction et à leur bien-être, causant des grossesses non désirées; des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses; des problèmes gynécologiques persistants; des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida; et des problèmes d'ordre psychologique et affectif qui peuvent être plus difficiles à supporter que la douleur physique.

Les ONG s'attaquent activement à la violence contre les femmes. Des ONG africaines ont dirigé la lutte contre la MGF, qui connaît un succès croissant. En Colombie, des groupes de femmes offrent formation et soutien à celles qui survivent au viol. Un groupe bosniaque a conseillé 20 000 femmes et enfants qui ont souffert de violences sexuelles.

Les hommes, les droits en matière de reproduction et l'égalité

La discrimination contre les femmes et les filles ne cessera jamais sans le soutien et la compréhension des hommes, surtout dans la famille.



Les attitudes et comportements des hommes sont fortement influencés par des définitions stéréotypées de la condition masculine et de ce que signifie être un "vrai homme". Mais ces stéréotypes sont irréalistes et exposent les hommes à connaître l'échec, la tension et des relations difficiles. Les hommes qui ne sont pas en mesure de faire la preuve des pouvoirs et compétences attendus d'eux risquent de réagir en adoptant une attitude passive et en cherchant un refuge dans les drogues ou l'alcool, en recourant à la violence ou en étalant jusqu'à l'exagération des airs bravaches et le goût du risque.

En aidant femmes et hommes à communiquer concernant leurs responsabilités et rôles familiaux, on peut renforcer les familles, protéger la santé en matière de reproduction et réduire l'inégalité entre les sexes et la violence sexiste. Une étude menée aux Philippines a montré que la violence familiale était moins répandue quand le mari et la femme communiquaient et prenaient en commun les décisions.

Le comportement des hommes peut changer. En Inde, des agents sanitaires masculins ont persuadé d'autres hommes de s'intéresser à la santé des femmes et de les aider dans les travaux domestiques. Au Mali, l'intérêt porté par les hommes à la santé en matière de reproduction les a conduits à soutenir la cause de l'accès des femmes à l'emploi. Et, au Nicaragua, des cours sur le thème "sexe et pouvoir" ont limité la violence sexiste et accru le sens de la responsabilité sexuelle.

Calculer le coût de l'inégalité

Les coûts économiques et sociaux de la discrimination sexuelle sont tout aussi immenses que les souffrances qu'elle entraîne. L'inégalité joue au bénéfice des hommes et de certaines femmes, qui ne voient pas que d'autres solutions seraient plus productives. Elle entrave la participation à la vie sociale et économique et interdit les partenariats possibles. Et elle réduit l'efficacité des femmes parce qu'elles ne trouvent aucun soutien pour affronter leurs responsabilités, tâches et fardeaux.

L'activité économique des femmes n'est pas comptabilisée en totalité parce qu'elle se situe souvent dans le secteur non structuré. Un recensement plus exact pourrait encourager l'investissement et promouvoir la productivité. Une étude menée au Kenya a établi que si l'on donnait aux exploitants agricoles le même degré de soutien qu'à leurs homologues masculins, les rendements pourraient augmenter de plus de 20 %. En Amérique latine, l'élimination de l'inégalité entre les sexes sur le marché du travail pourrait augmenter de moitié les salaires féminins et de non moins de 5 % la production nationale.

Dans les familles pauvres, les filles sont plus exposées que les garçons à mourir avant l'âge de 5 ans, alors même qu'au total elles ont une meilleure chance de dépasser la première enfance. Dans les groupes de population pauvres, les soins de santé inadéquats ont plus d'impact sur les femmes que sur les hommes; en particulier, les femmes pauvres sont plus exposées que les autres à mourir des suites de la grossesse. Le décès d'une mère entraîne, entre autres coûts, la perte de sa contribution à la famille et à la survie du noyau familial, et un risque de mortalité accru pour ses enfants.

Les taux élevés de l'infection par le VIH/sida, dus en partie à l'inégalité entre les sexes et à l'absence d'investissement dans la prévention, ont prélevé sur de nombreuses nations un effroyable tribut. Dans certains pays, on estime que la pandémie a réduit de 0,5 % par an la croissance du PIB par habitant. Le système de santé et les pauvres sont durement frappés. Dans certains des pays les plus touchés, les patients infectés occupent plus de la moitié des lits d'hôpital disponibles.

L'ensemble des coûts de la violence et des sévices sexistes recouvre les coûts directs des soins de santé et ceux des journées de travail perdues, des services de police et de la protection des

victimes, des centres de refuge et du divorce. D'après les évaluations de la Banque mondiale, dans les pays industrialisés, les agressions et violences sexuelles privent les femmes âgées de 15 à 44 ans de près d'une année de vie en bonne santé sur cinq.

En refusant l'éducation aux filles, on ralentit le développement économique et social; il est rentable d'investir dans l'éducation. Une étude a établi que, toutes choses étant égales par ailleurs, les pays où le ratio de scolarisation par sexe est de trois filles au plus pour quatre garçons pouvaient attendre un PIB par habitant inférieur de 25 % à celui des pays où les deux sexes ont un accès plus égal à l'éducation. Des années 60 à la fin des années 80, les progrès économiques réalisés par certains pays d'Asie ont dépendu en partie de la diminution du nombre d'enfants et d'un investissement accru dans l'éducation et la santé des filles. Les femmes qui ont reçu une instruction et bénéficient d'un revenu plus élevé investissent davantage dans la santé et l'éducation de leurs enfants.

L'écart des taux de scolarisation des deux sexes est en train de disparaître dans la plus grande partie du monde, mais il demeure considérable en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, où les filles représentent moins de 40 % des effectifs de l'enseignement secondaire.

Les soins aux personnes âgées représentent un autre coût, qui augmentera dans les années à venir à mesure que le nombre de personnes âgées augmente. Partout, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Mais, en dépit de ce fait, les régimes publics de pension offrent un appui moindre aux femmes parce qu'elles représentent une part moindre de la population active travaillant dans le secteur structuré.

Les droits des femmes

Une série de traités relatifs aux droits de l'homme, à commencer par la Charte des Nations Unies et la Déclaration universelle des droits de l'homme, affirment les droits des filles et des femmes. Forgés au long de plusieurs décennies par les États et sous l'influence du mouvement mondial des femmes, ces accords fournissent une base juridique pour mettre fin à la discrimination sexuelle et aux violations des droits fondées sur le sexe, et obligent les gouvernements à prendre des mesures.

Cent soixante-cinq États sont parties à la Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Un Protocole facultatif à la Convention a été ouvert à la signature en décembre 1999 et entrera en vigueur après avoir été ratifié par 10 États. Le Protocole permettra aux femmes, agissant à titre individuel ou collectif, de déposer des plaintes pour discrimination auprès de l'organe chargé du suivi de la Convention. Il permettra aussi au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes d'ouvrir des enquêtes sur les situations où les droits des femmes font l'objet de violations graves ou systématiques.

La Déclaration et le Programme d'action de Vienne pour les droits de l'homme (1993), le Programme d'action adopté par la CIPD et le Programme d'action adopté par la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) soutiennent avec vigueur la cause de l'égalité entre les sexes et de l'émancipation des femmes. Ces accords, s'ils ne sont pas légalement contraignants, constituent de puissants instruments de promotion du changement.

Les accords issus de la CIPD et de la Conférence de Beijing sur les femmes énoncent clairement les composantes des droits en matière de reproduction. Ce sont : le droit à la santé en matière de reproduction et de sexualité; le libre choix dans le mariage, les rapports sexuels et la décision de porter ou non des enfants; le droit de ne pas être soumis à la

violence et à la contrainte sexuelles; et le droit au respect de la vie privée. Tous ces droits sont essentiels à l'égalité entre les sexes.

Cependant, pour que les droits des femmes deviennent une réalité, il faut que tous, et en particulier les hommes, les prennent au sérieux. Ceci exige une éducation et une prise de conscience. Les droits des femmes doivent d'autre part être intégrés aux politiques, lois et programmes de chaque pays.

Au cours des quelques dernières années, de nombreuses victoires ont été enregistrées sur le plan législatif. Par exemple, le Mexique et le Pérou ont adopté des lois qui élargissent l'accès aux services de santé en matière de reproduction. Le Portugal a amendé sa constitution pour y préciser que le gouvernement doit garantir la planification familiale. Le Botswana, la Chine, la Colombie, le Royaume-Uni et le Viet Nam ont aggravé les sanctions visant divers délits sexuels. La Bolivie n'impose plus d'établir l'"honnêteté" d'une femme pour qu'elle soit jugée victime d'un délit sexuel. L'Allemagne a criminalisé le viol conjugal. Plusieurs pays ont banni la mutilation génitale féminine. Mais il reste beaucoup plus à faire.

Ouvrer pour un avenir meilleur

Les gouvernements ont un rôle clef à jouer s'agissant de créer les conditions propres à l'égalité entre les sexes, en écartant les obstacles juridiques et en changeant les lois, politiques et programmes. Les dirigeants politiques peuvent recommander et promouvoir l'égalité entre les sexes et encourager les autres à suivre leur exemple. L'élargissement de la participation des femmes à la vie politique est un autre moyen important d'aller de l'avant.

Les gouvernements ont convenu que l'accès aux soins de santé en matière de reproduction devrait être universel d'ici 2015. Les éléments clefs — planification familiale, services assurant la maternité sans danger et protection des maladies sexuellement transmissibles — sont essentiels à la qualité de vie des femmes comme des hommes.

Des programmes sont également nécessaires pour répondre aux besoins de santé des hommes en matière de reproduction et encourager leur soutien actif à la santé des femmes. Les hommes doivent être invités à participer à des dialogues sur l'inégalité entre les sexes et sur ses coûts pour les hommes, les femmes et la société en général.

Une analyse et un suivi systématiques peuvent montrer ce qu'il faut faire pour répondre aux besoins des femmes comme des hommes et promouvoir l'égalité entre les sexes. Les groupes de femmes doivent participer à la conception, à l'exécution et au suivi des programmes. Il est nécessaire d'améliorer encore la qualité des soins de santé en matière de reproduction et de sexualité. Les prestataires de services doivent recevoir formation et soutien pour fournir des soins attentifs aux femmes comme aux hommes.

Les mesures nécessaires contre la violence sexiste prennent de nombreuses formes : activités de plaidoyer, formation habituant à tenir compte des sexospécificités, modifications des textes législatifs, renforcement de l'application des lois,

offre aux victimes d'autres options sans danger, systèmes de dénonciation des cas de violence, médiation et services de conseils, soutien aux groupes fournissant conseils et aide.

L'élimination de l'inégalité entre les sexes en matière de recrutement, rémunérations, prestations et sécurité d'emploi doit notamment comporter la fin de l'obligation faite aux femmes de prouver qu'elles utilisent des contraceptifs ou ne sont pas enceintes. Les campagnes pour le respect des droits de la personne et l'éducation sanitaire doivent tenir compte des perspectives différentes propres aux hommes et aux femmes.

Pour mettre fin à la discrimination sexuelle, il faut, dans une approche à long terme, mener des activités à tous les niveaux, en particulier former les enfants à reconnaître et éviter le préjugé sexuel. Les médias (films, radio, télévision et Internet) peuvent encourager des images positives et des rôles modèles.

Sont également nécessaires des partenariats plus solides entre les gouvernements, les ONG et les communautés locales pour surveiller et promouvoir le respect des normes relatives aux droits de l'homme, ainsi que des efforts redoublés pour instituer l'enseignement primaire universel. La communauté internationale des promoteurs du développement, notamment les organismes des Nations Unies et la Banque mondiale, doivent poursuivre leurs efforts pour faire de l'analyse des sexospécificités partie intégrante des politiques et programmes. Une meilleure collaboration doit être instituée entre les donateurs pour réduire les doubles emplois et mettre en commun les connaissances techniques.

Sur les 5,7 milliards de dollars que les pays avaient reconnu indispensable d'obtenir des sources internationales pour les programmes de population et de santé en matière de reproduction, seulement 2,1 milliards environ ont été dégagés. Le financement de l'émancipation des femmes et de l'éducation est également inadéquat. Tandis que les donateurs, y compris les fondations, ont soutenu avec vigueur les efforts tendant à promouvoir l'égalité entre les sexes, cet engagement n'est pas encore étayé par des ressources suffisantes.

Les dernières décennies ont vu porter une attention accrue à l'émancipation des femmes, qui a quelque peu progressé. On a aussi reconnu de plus en plus comment les règles régissant les perspectives ouvertes aux hommes et aux femmes et les comportements influent sur les chances de voir s'accélérer la marche du développement et de la justice. Mais il est souvent difficile de changer les sociétés, surtout quand les relations de base entre hommes et femmes sont en cause.

Les changements intervenus dans ces relations, et dans les rapports de pouvoir ou les systèmes de croyances qui les soutiennent, ne sont pas moins radicaux que les autres changements déjà en cours concernant l'urbanisation, la mondialisation et la gouvernance. En fin de compte, pour offrir une vie meilleure aux femmes comme aux hommes, les sociétés ont besoin de trouver leurs solutions propres, qui soient en harmonie avec la culture et la situation générale de chacune d'elles, et enracinées dans une vision de justice et d'égalité entre les sexes.

— Nombre de mots : 4 430

Pour plus ample information :

Fonds des Nations Unies pour la population, Division de l'information et des relations extérieures, 220 East 42nd Street, New York, NY 10017 (Etats-Unis). Tél. : (212) 297-5020; fax : (212) 557-6416. E-mail: ryanw@unfpa.org. On trouvera le texte intégral du rapport et du présent résumé, en anglais, français et espagnol, sur le site Web du FNUAP, www.unfpa.org, en même temps que les éditoriaux, les photographies et les fiches de données.