



état de la population mondiale 2004

**Le consensus du Caire, dix ans après:
la population, la santé en matière de reproduction
et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté**



état de la population mondiale 2004

Le consensus de Caire, dix ans
après: la population, la santé en
matière de reproduction et l'effort
mondial pour éliminer la pauvreté

Copyright © UNFPA 2004

Fonds des Nations Unies pour la population
Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive

Table des matières

Chapitres

1	Introduction	1	6	Santé en matière de reproduction et planification familiale	37
	Placer la population au centre	1		La planification familiale et l'hygiène sexuelle	39
	Des paroles aux actes	3		L'accès et le recours à la contraception	39
	Rapport des pays sur les progrès accomplis	3		Les besoins non satisfaits	40
	Contrôle national et culture	4		Le choix des méthodes	41
	Naissance d'un nouveau consensus mondial	4		Les infections sexuellement transmissibles	43
	Un vaste impact	6		La qualité des soins	44
	Un long chemin à parcourir	7		Des voix plus fortes pour la santé en matière de reproduction	45
	La route à suivre	9		Garantir l'approvisionnement des fournitures	46
				Les hommes et la santé en matière de reproduction	48
2	Population et pauvreté	11	7	Santé maternelle	51
	Les objectifs du Millénaire pour le développement	11		De nouvelles approches	51
	La santé en matière de reproduction et les MDG	12		Les causes et les conséquences	53
	L'impact économique de la dynamique de la population	13		La morbidité maternelle	54
	Le VIH/sida et la pauvreté	15		La fistule obstétricale	54
	Le vieillissement de la population	15		Réduire la mortalité et la morbidité maternelles	55
	Les efforts menés au niveau national pour réduire la pauvreté	15		Il est difficile de faire des dénombrements exacts	55
3	Population et environnement	17		Des réponses globales	55
	L'impact de la population sur l'utilisation des ressources	18		Les soins prénatals	56
	Pauvreté et stress environnemental	19		Une assistance qualifiée lors de l'accouchement	56
	Les dimensions sexospécifiques du changement écologique	20		Les soins obstétricaux d'urgence	57
				Les soins d'après avortement	58
4	Migration et urbanisation	23		La qualité des soins de santé maternelle	59
	Urbanisation et réinstallation	23		Les hommes et la santé maternelle	60
	L'évolution des politiques depuis la CIPD	24		L'UNFPA et la maternité sans risques	60
	La migration internationale	24	8	Prévention du VIH/sida	63
	Les mesures prises	26		L'impact et la réaction	63
5	Égalité entre les sexes et affranchissement des femmes	29		Établir un lien entre la prévention du VIH et les programmes de santé en matière de reproduction	65
	Les réalisations	30		Les préservatifs	66
	Les résultats de l'enquête mondiale	31		Les services de dépistage et d'accompagnement psychologique (VCT)	68
	Les progrès sur le plan juridique	32		Les problèmes clefs	68
	La CIPD et les MDG	33			
	Des problèmes redoutables : Remplir le verre à demi-vidé	34			

9 Les adolescents et les jeunes	73	Indicateurs	102
Donner suite au consensus de la CIPD	73	Suivi des objectifs CIPD – Indicateurs retenus	102
Une seconde génération de programmes	74	Indicateurs démographiques, sociaux et économiques	106
Les constatations de l'enquête mondiale de l'UNFPA	75	Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés	110
Le rôle des ONG	75	Notes relatives aux indicateurs	112
Les préoccupations clefs en matière de santé et de développement	76	Notes techniques	113
Répondre aux besoins des jeunes	77		
Promouvoir un comportement plus sain	77	Diagrammes et tableaux	
Des services accueillants à la jeunesse	78	Diagramme 1	
Les progrès sur le plan juridique	78	Population mondiale, 1950-2050 (prévue)	8
Des tâches d'importance majeure	79	Diagramme 2	
		Proportion des personnes âgées de 65 ans au moins, par région, en 2000 et en 2050	15
10 Santé en matière de reproduction pour les communautés en crise	81	Diagramme 3	
La maternité sans risques	82	Besoins non satisfaits et prévalence totale	41
La planification familiale	82	Diagramme 4	
La violence sexuelle et sexiste	83	Demande totale moyenne par niveau de richesse	42
Le VIH/sida et les autres IST	84	Diagramme 5	
La santé des adolescents en matière de reproduction	84	Pourcentage de la demande de planification familiale satisfaite dans différents groupes de population selon le niveau de richesse, à trois niveaux de prévalence de la contraception moderne	43
Les gains et les lacunes	85	Tableau 1	
		Évaluations de la mortalité maternelle par région, 2000	52
11 Mesures prioritaires	87		
Un partenariat avec la société civile	87	Photos (auteurs et légendes)	116
Les ressources nécessaires à l'application du Programme d'action	89	Équipe de rédaction	116
Mesures prioritaires	91		
Conclusion	92		
Notes	94		
Sources des encadrés	101		



1 Introduction

Le 13 septembre 1994 au Caire, après neuf jours d'intenses débats, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a adopté un ambitieux plan d'action étendu sur 20 ans, que les délégués et les commentateurs ont salué comme ouvrant une « ère nouvelle en matière de population ».

Reposant sur l'attachement aux droits de la personne et à l'égalité entre les sexes, l'accord du Caire a invité les pays à assurer à tous la santé et les droits en matière de reproduction, en tant que contribution capitale au développement durable et à la lutte contre la pauvreté, que la CIPD a jugés inséparables de la solution des problèmes de population.

Le Dr. Nafis Sadik, Directrice exécutive de l'UNFPA et Secrétaire générale de la Conférence, a dit aux délégués lors de la séance de clôture : « Vous avez édifié un programme d'action pour les 20 prochaines années, qui part de la réalité du monde où nous vivons et nous montre la voie à suivre pour créer une réalité meilleure. Le Programme d'action contient des objectifs et recommandations très spécifiques dans les domaines, qui se renforcent mutuellement, de la mortalité infantile et maternelle, de l'éducation, de la santé en matière de reproduction et de la planification familiale, mais son effet ira bien au-delà. Ce Programme d'action contient la promesse de changer le monde. »

Dix ans après le début de l'ère nouvelle, il est temps de dresser le bilan :

- **Le Programme d'action de la CIPD offre un modèle pratique de mesures** à prendre dans les domaines de la population et de la santé en matière de reproduction dont les pays reconnaissent tous qu'ils sont **essentiels pour atteindre les objectifs du développement mondial**, à savoir notamment mettre fin à l'extrême pauvreté, affranchir les femmes, faire reculer la mortalité maternelle, préserver l'environnement et juguler la pandémie du VIH/sida. Au cours des récentes réunions régionales et mondiales comme dans la pratique, les gouvernements ont réaffirmé avec force leur détermination, fondée sur l'expérience, d'utiliser le Programme d'action en tant que stratégie indispensable pour améliorer le bien-être de la population et garantir les droits de la personne.
- **De nombreux pays en développement ont accompli des pas immenses dans la mise en pratique des recommandations de la CIPD**, cela avec un impact sensible. Les pays s'efforcent d'intégrer les facteurs démographiques aux plans de développement, d'améliorer la qualité des programmes de santé en matière de reproduction et le nombre de personnes desservies, de promouvoir les droits de la femme, de répondre aux besoins des jeunes et des personnes en situation d'urgence, et de renforcer les efforts de prévention du VIH. L'accès à la planification familiale continue de s'élargir; dans les pays en développement, 60 % des couples mariés utilisent maintenant des méthodes modernes de contraception, contre 10 à 15 % en 1960.
- **L'insuffisance des ressources et la persistance des écarts dans la desserte des groupes de population les plus pauvres font obstacle au progrès**, cependant, dans la lutte contre les problèmes redoutables et permanents que sont la diffusion continue du VIH/sida, surtout parmi les jeunes, le besoin non satisfait de planification familiale, et les taux élevés de fécondité et de mortalité maternelle dans les pays les moins développés. Les donateurs doivent respecter les engagements pris au Caire et accorder sa juste priorité à la santé en matière de reproduction dans les plans d'assistance au développement conçus pour vaincre la pauvreté, et il faut élargir le contenu et la portée géographique des programmes afin d'atteindre l'objectif de la CIPD qui est d'assurer à tous d'ici à 2015 des soins complets de santé en matière de reproduction.

Placer la population au centre

Comme son nom l'implique, la CIPD a reposé sur l'hypothèse que le chiffre, la croissance et la répartition de la population sont en liaison étroite avec les perspectives de développement économique et social et que les mesures prises dans un domaine renforcent les mesures prises dans l'autre.

Cette hypothèse de départ a été de plus en plus généralement acceptée au cours des deux décennies qui ont suivi la première Conférence mondiale sur la population de 1974, tandis que la population augmentait rapidement dans les régions en développement et que de plus en plus de pays découvraient les programmes de planification familiale. En

1994, la plupart des pays en développement reconnaissaient la nécessité d'aborder les problèmes de population afin de promouvoir la croissance économique et d'améliorer le bien-être de leur population.

UNE APPROCHE NOUVELLE. Mais la Conférence du Caire a radicalement changé l'approche de la communauté internationale devant les problèmes solidaires de la population et du développement, plaçant au centre de l'équation les êtres humains et les droits de la personne, plutôt que le chiffre des populations et les taux de croissance.

Au cœur de ce renversement de perspective se situait l'abandon de la vision antérieure de la population, conçue essentiellement comme une variable macroéconomique de la planification et de la politique, au profit d'une approche axée sur les droits où le bien-être des individus est primordial. Le Programme d'action de la CIPD exigeait que les politiques et les programmes adoptent une approche intégrée – établissant un lien entre les mesures concernant la population, d'une part, et le développement humain, l'affranchissement des femmes, l'égalité entre les sexes et les besoins et droits des individus, y compris les jeunes, de l'autre.

Le Programme d'action de la CIPD a reconnu qu'il est essentiel d'investir dans la population, d'élargir les perspectives et de permettre à tous de réaliser leur potentiel en tant qu'êtres humains pour assurer une croissance économique soutenue et un développement durable, aussi bien que pour maintenir la population à des niveaux qui soient en harmonie avec l'environnement et les ressources disponibles.

Au titre de ce changement d'optique, la CIPD a ancré la planification familiale, qui jadis constituait le centre privilégié des politiques et programmes de population, dans un cadre plus large de **santé et droits en matière de reproduction, y compris la planification familiale et la santé sexuelle**. Elle a reconnu dans la santé en matière de reproduction un droit fondamental de tous à travers l'ensemble du cycle de vie et a vivement exhorté les pays à n'épargner aucun effort pour garantir l'accès universel à des services de santé complets dans le domaine de la santé en matière de reproduction, cela d'ici à 2015 (voir Chapitre 6).

LES CHOIX INDIVIDUELS PROMOUVENT LA PROSPÉRITÉ.

Le consensus de la CIPD a été qu'en donnant aux couples et aux individus la possibilité de déterminer librement le nombre de leurs enfants, le moment et l'espacement de leur naissance, on accélérerait le mouvement vers des familles moins nombreuses et une croissance démographique plus lente, contribuant ainsi à la croissance économique et réduisant la pauvreté, cela tant au niveau des ménages qu'aux macroniveaux. Réciproquement, la CIPD a compris qu'en ne répondant pas aux besoins et aux lacunes majeures dans les services de santé en matière de reproduction, on faciliterait la perpétuation de taux élevés de fécondité et de mortalité maternelle, ainsi qu'une rapide croissance démographique, ce qui compromettrait les chances de réduire la pauvreté (voir Chapitre 2).

LES DROITS DES FEMMES.

L'affranchissement des femmes a été reconnu comme une fin importante en soi, aussi bien que comme un moyen indispensable d'améliorer la qualité de vie de tous. Sans la pleine et égale participation des femmes, il ne saurait y avoir de développement humain durable. Le Programme d'action a souligné l'importance des droits en matière de reproduction pour l'autonomie des femmes, en tant que complément à l'éducation, à l'affranchissement économique et à la participation politique (voir Chapitre 5).

Des avancées décisives ont été réalisées face à des problèmes urgents mais délicats, à savoir notamment la santé sexuelle des adolescents, le VIH/sida et l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Une attention sans précédent a été portée aux groupes

sous-desservis, à savoir les ruraux pauvres, les populations autochtones, les habitants des taudis urbains, enfin les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays.

PARTICIPATION ET PARTENARIAT. L'accord du Caire envisageait aussi un processus de développement participatif et fondé sur la responsabilité individuelle, faisant intervenir activement les bénéficiaires afin de garantir que les programmes et les objectifs des politiques soient en rapport étroit avec la réalité des situations individuelles, et de mettre en place de larges partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales et la société civile.

UN VASTE MANDAT

La Conférence de 1994 a expressément reçu un mandat plus large sur les questions touchant au développement que les conférences précédentes sur la population, ce qui traduit une prise de conscience croissante du fait que la population, la pauvreté, les modes de production et de consommation et d'autres menaces pesant sur l'environnement sont des questions si étroitement imbriquées qu'aucune d'entre elles ne peut être examinée isolément.

— Programme d'action de la CIPD, par. 1.5

Des paroles aux actes

Comme le montrent clairement les rapports et enquêtes récents aux niveaux national, régional et mondial, l'accord du Caire a façonné les politiques et les mesures adoptées au cours des 10 dernières années pour répondre à un large éventail de préoccupations liées à la population, la santé en matière de reproduction et l'égalité entre les sexes.

À une série de conférences régionales marquant le dixième anniversaire de la CIPD, les pays ont réaffirmé collectivement et avec force leur attachement au Programme d'action, malgré les efforts des États-Unis pour rouvrir des problèmes résolus par consensus au Caire. De nombreux pays en développement ou en transition confirment leur contrôle national sur la CIPD et communiquent que des politiques et programmes promouvant la santé en matière de reproduction et l'égalité entre les sexes constituent désormais une partie indispensable de leurs plans de développement.

D'autre part, à la session annuelle de la Commission de la population et du développement tenue en 2004, les pays ont convenu que l'application du Programme d'action de la CIPD forme une contribution essentielle à la réalisation des objectifs de développement fixés au niveau international, y compris ceux qui figurent dans la Déclaration du Millénaire. (Voir Chapitre 2 pour un complément d'information sur les **objectifs du Millénaire pour le développement** et leur rapport avec la CIPD).

Rapport des pays sur les progrès accomplis

Une enquête mondiale¹ entreprise en 2003 par l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population, offre de nouvelles preuves que les pays en développement ont aujourd'hui un sentiment affirmé de « contrôler » l'accord de la CIPD et déploient des efforts concertés pour en appliquer les recommandations et atteindre les objectifs.

Des gains solides ont été réalisés s'agissant d'intégrer les problèmes de population aux stratégies de développement afin d'alléger la pauvreté, de promouvoir les droits de la personne et de corriger l'inégalité, de protéger l'environnement et de conserver les ressources naturelles, enfin de décentraliser la planification. Des institutions ont été créées et des lois adoptées ou modifiées afin d'accélérer le progrès.

L'accès aux services de planification familiale et de santé en matière de reproduction s'est sensiblement élargi, en même temps que des mesures étaient prises pour répondre aux besoins des jeunes, s'attaquer au VIH/sida et réduire la mortalité maternelle. Mais les pays répondant à l'enquête ont aussi reconnu qu'il fallait faire bien davantage pour assurer les droits en matière de reproduction, l'accès des adolescents aux services de santé en matière de reproduction, un éventail élargi de choix en matière de contraception et des services centrés sur le client qui soient de meilleure qualité.

Voici les principales constatations de l'enquête mondiale menée par l'UNFPA :

POPULATION ET DÉVELOPPEMENT. La quasi totalité (96 %) des 150 pays répondant à l'enquête ont déclaré avoir pris des mesures pour intégrer les problèmes de population aux politiques et stratégies de développement. La plupart ont dit qu'ils avaient adopté des politiques pour faire face aux différents types d'interaction entre population et pauvreté. La moitié des pays ont déclaré avoir pris des mesures pour influencer sur la répartition géographique de leur population, par exemple en créant de nouveaux centres de croissance économique et en décentralisant la planification et la prise de décisions politiques. Les pays font aussi preuve d'un pragmatisme croissant s'agissant de privilégier le problème des ressources et de répondre aux besoins prioritaires (voir Chapitre 2).

ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ET AFFRANCHISSEMENT DES FEMMES. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des pays ont communiqué qu'ils avaient adopté des politiques, des lois ou des dispositions constitutionnelles de nature à protéger les droits des filles et des femmes. Beaucoup ont créé des commissions nationales de la femme. Des pays ont élaboré des mécanismes afin d'offrir aux femmes une éducation, des savoir-faire et un emploi, et de promouvoir l'égalité participation des femmes au processus politique et aux affaires de leur propre communauté. Des lois ont été adoptées et des activités de plaidoyer conduites pour faire obstacle à la violence sexiste. Diverses mesures ont été prises pour accroître la scolarisation des filles aux niveaux primaire et secondaire.

SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET PLANIFICATION FAMILIALE. Les pays ont commencé à intégrer les services de santé en matière de reproduction dans les soins de santé primaires. La plupart sont en train d'améliorer la formation du personnel de santé et d'en augmenter les effectifs. Ils ont amélioré les installations sanitaires et en ont élargi l'accès, surtout à l'intention des résidents de zones écartées. Le recours aux moyens de contraception modernes continue d'augmenter et les pays ont établi un lien entre la planification familiale et les autres services de santé en matière de reproduction. Les efforts visant à réduire le nombre de décès maternels et de lésions subies par les mères appellent une attention accrue, avec un souci plus marqué d'assurer une présence médicosanitaire lors des accouchements et de rendre plus généralement accessibles les soins obstétricaux d'urgence et les systèmes d'aiguillage et de transport (voir Chapitre 6).

VIH/SIDA. Les trois quarts des pays ont déclaré avoir adopté des stratégies nationales sur le VIH/sida; un sur trois a

déclaré avoir des stratégies spécifiques à l'intention des groupes à haut risque. De nombreux pays encouragent une utilisation régulière et correcte des préservatifs et fournissent des services de dépistage et d'accompagnement psychologique. Les campagnes de plaidoyer ont fait appel à des personnalités bien connues ou à des chefs religieux pour promouvoir un comportement sexuel moins dangereux (voir Chapitre 8).

ADOLESCENTS ET JEUNES. Les pays reconnaissent de plus en plus la nécessité de s'occuper de la santé et des droits des adolescents en matière de reproduction, et 92 % ont déclaré avoir pris des mesures à cet égard. Certains ont aboli les lois et politiques qui limitaient l'accès des adolescents à l'information et aux services relatifs à la santé en matière de reproduction, et plus de la moitié ont créé des services accueillants aux jeunes. La plupart ont mis en place une éducation à la santé en matière de reproduction, en tant que composante essentielle des aptitudes de base nécessaires à la vie, dans les programmes scolaires et les programmes destinés aux jeunes non scolarisés. De nombreux pays adoptent également une approche globale qui embrasse dans son contexte le plus large la vie des jeunes, notamment les réalités socioéconomiques, la pauvreté et les moyens d'existence (voir Chapitre 9).

PARTENARIATS. La plupart des gouvernements collaborent avec des groupes très divers de la société civile et du secteur privé – y compris des organisations non gouvernementales (ONG) au niveau national ou international, en particulier des associations de planification familiale, des associations de femmes et des groupes communautaires – sur un large éventail de problèmes liés à la CIPD. Cette collaboration est particulièrement utile s'agissant d'atteindre des groupes que les services laisseraient autrement à l'écart (voir Chapitre 11).

Contrôle national et culture

Ce qui fait que le consensus du Caire fonctionne dans la pratique, c'est que chaque pays décide pour lui-même des actions et politiques à mener, sur la base de ses propres besoins prioritaires, de ses valeurs et impératifs culturels. Le Programme d'action souligne que l'application de ses recommandations relève du droit souverain de chaque pays, en conformité avec la législation nationale et les priorités nationales de développement, dans le plein respect des diverses valeurs religieuses et éthiques et du bagage culturel de sa population, et en conformité avec les droits de la personne universellement reconnus.

L'UNFPA est la plus importante des organisations qui soutiennent au niveau multilatéral les programmes de

1

LA SENSIBILITÉ AUX VALEURS CULTURELLES DANS LA PROGRAMMATION DE L'UNFPA

Pour réussir et durer, les activités de développement doivent reconnaître les réalités sociales et culturelles au niveau local et promouvoir un dialogue ouvert et la participation communautaire. Telle est la conception qui conditionne l'appui de l'UNFPA aux pays dans la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD.

Les partenariats avec les dirigeants communautaires et les institutions sont d'importance cruciale pour faire face aux problèmes culturellement délicats, comme l'a confirmé l'expérience du Fonds.

En Ouganda, par exemple, la coupure génitale féminine au sein de la minorité Sabiny a été très sensiblement réduite avec le soutien de l'UNFPA, grâce à un partenariat avec les anciens Sabiny en vue d'élaborer d'autres rites qui ont renforcé la dignité culturelle de la communauté tout en protégeant les droits fondamentaux des filles.

Au Guatemala, pays qui a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés d'Amérique latine, l'UNFPA a aidé à forger une alliance qui a milité avec succès pour l'adoption d'une loi novatrice promouvant une meilleure santé pour les femmes et leurs familles; il y est parvenu en dégagant un terrain commun parmi des groupes d'idéologies diverses, notamment les dirigeants catholiques, les chrétiens de confession évangélique et les milieux d'affaires.

population et de santé en matière de reproduction dans les pays en développement, en même temps que l'institution chef de file des Nations Unies s'agissant d'appliquer les recommandations de la CIPD. Comme les autres donateurs, il fournit une assistance financière et technique, sur la demande des gouvernements, en réponse aux priorités nationales identifiées.

Naissance d'un nouveau consensus mondial

UNE INTERPRÉTATION EN CONSTANTE ÉVOLUTION.² Le consensus du Caire, centré sur la santé et les droits en matière de reproduction, a été le résultat de plus de 25 années d'expérience avec les programmes de population et de l'interprétation en constante évolution du développement et des droits de la personne. En 1969, quand l'UNFPA a commencé ses activités, il n'y avait aucun accord sur la population entre les membres de l'ONU; en 1994, l'UNFPA avait des programmes dans 140 pays.

Au moment de la première Conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974, un nombre important de pays, dont la plus grande partie de l'Amérique latine, l'Afrique francophone et certaines parties de l'Asie, n'étaient pas certains que les activités en matière de population dusent aller au-delà du rassemblement de données et de la santé maternelle et infantile. Deux décennies plus tard, presque tous les pays soutenaient l'éventail complet des activités de santé en matière de reproduction, dont la

planification familiale volontaire, la maternité sans risques, la prévention du VIH/sida, enfin la protection contre les maladies sexuellement transmissibles et leur traitement.

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN TANT QUE DROIT

FONDAMENTAL. La Conférence internationale sur les droits de la personne tenue à Téhéran en 1968 a été le premier forum international à convenir que les parents ont le droit fondamental de déterminer de manière libre et responsable le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance.

La Conférence de Bucarest a affirmé que la planification familiale était un droit de tous les individus et de tous les couples. Mais son débat sur la réduction des taux élevés de fécondité dans les pays en développement n'était pas explicitement fondé sur les droits de la femme. Le Plan d'action mondial sur la population de 1974, résultat d'un compromis difficile, ne mentionnait les femmes qu'une fois seulement.

Cependant, l'année suivante, la première Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Mexico, a reconnu que le droit à la planification familiale est un préalable essentiel à l'égalité entre les sexes.

La Conférence internationale sur la population de 1984, tenue aussi à Mexico, a ajouté que les hommes devaient partager la responsabilité de la planification familiale et de l'éducation des enfants, cela afin d'offrir aux femmes la liberté de participer pleinement à la vie de la société, objectif inséparable de la réalisation des objectifs de développement, y compris ceux liés à la politique en matière de population.

La conférence de 1984 a aussi appelé l'attention sur les vastes besoins de planification familiale non satisfaits parmi les couples qui voulaient limiter le nombre de leurs enfants ou espacer leur naissance, mais qui n'avaient pas accès à la contraception, et elle a noté que ces besoins augmenteraient très rapidement, en même temps que le nombre de couples d'âge procréateur, dans la décennie suivante.

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de 1992 a reconnu dans la croissance démographique rapide un grave obstacle au développement durable. Mais il n'y a pas eu de consensus sur les mesures à prendre pour y faire face, en partie du fait d'une méfiance persistante à l'égard des programmes de planification familiale.

On est sorti de cette impasse au Caire grâce aux liens établis entre les objectifs de développement et, d'autre part, les droits de la personne et la promotion de la femme.

LES DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION. Au cours de deux décennies antérieures à 1994, un certain nombre d'instances internationales avaient ouvert de nouveaux horizons s'agissant de définir plus précisément les droits de la personne, notamment les droits au développement et à la santé, les droits de la femme et la prise de décisions en matière de reproduction. La CIPD en a fait la synthèse, élaborant le concept neuf de droits en matière de reproduction.

Les droits en matière de reproduction embrassent le droit à la santé en matière de reproduction et de sexualité, tout

CE QUE DIT LA CIPD DES DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de la personne déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de la personne 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 des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances 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 la personne. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale.

— Programme d'action de la CIPD, par. 7.3

au long du cycle de vie; l'autodétermination en matière de reproduction, à savoir les droits de choisir volontairement un conjoint et d'avoir l'information et les moyens nécessaires pour déterminer le nombre de ses enfants, le moment et l'espacement de leur naissance; l'égalité et l'équité pour les femmes et les hommes dans tous les domaines; et la sécurité en matière de reproduction et de sexualité, notamment la protection contre la violence et la coercition sexuelles³. Ces droits ont été énoncés dans divers traités et conventions relatifs aux droits de la personne et accords internationaux conclus par consensus.

Dans la période qui a précédé la CIPD, les partisans des droits en matière de reproduction dans les gouvernements et la société civile, en particulier les groupes de femmes, se sont mobilisés pour garantir que ces interprétations sous-tendraient le nouveau plan d'action conçu pour répondre aux préoccupations en matière de population et de développement.

L'enquête mondiale conduite par l'UNFPA en 2003 a établi que, depuis la CIPD, 131 pays avaient changé leurs politiques ou leurs lois, ou bien introduit des changements institutionnels pour reconnaître les droits en matière de reproduction. Par exemple, l'Afrique du Sud et le Venezuela font place dans leurs constitutions aux droits en matière de reproduction, considérés comme des droits fondamentaux. La commission indienne des droits de la personne a adopté une déclaration sur les droits en matière de reproduction et donné ordre aux gouvernements des États de les promouvoir et protéger⁴.

En Équateur, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya et au Libéria, entre autres pays, des ONG telles que les organisations de femmes juristes encouragent et suivent les mesures gouvernementales favorables aux droits en matière de reproduction.

UN COMPROMIS SUR L'AVORTEMENT. Un large accord a été atteint sur la plupart des éléments du Programme d'action au cours des longues réunions préparatoires. Mais, à la Conférence du Caire elle-même, la large publicité faite au désaccord sur la manière d'aborder le problème de l'avortement a menacé de bloquer le consensus.

Après un débat prolongé, on est parvenu à un compromis. La Conférence internationale sur la population de 1984 avait convenu que l'avortement ne devrait jamais être promu en tant que moyen de planification familiale, qu'il fallait aider les femmes à éviter l'avortement en améliorant l'accès à la planification familiale, et que celles qui ont eu recours à l'avortement doivent bénéficier d'un traitement humain et de conseils. Le Programme d'action de 1994 a réaffirmé ces points. Reconnaissant que l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses⁵ constitue une préoccupation majeure

de santé publique, le Programme d'action a ajouté que les femmes devaient avoir accès à des services de qualité pour gérer les complications de l'avortement. Les pays ont reconnu que la politique de l'avortement relève d'une prise de décision au niveau national; et que, partout où l'avortement n'est pas contraire à la loi, il doit être pratiqué sans danger.

La quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, a prêté son soutien au plan d'action du Caire et confirmé que les droits en matière de reproduction occupent une place centrale dans la promotion de l'égalité entre les sexes. Beijing a précisé le concept de sécurité sexuelle, en spécifiant que les droits fondamentaux de la femme comprennent le droit d'exercer un contrôle et de prendre des décisions libres et responsables sur les questions relatives à sa sexualité, y compris la santé en matière de reproduction et de sexualité, à l'abri de la coercition, de la discrimination et de la violence.

Un vaste impact

Le succès de la CIPD dans la promotion de l'agenda des droits de la personne, en vue de surmonter des obstacles critiques à la santé et au développement, a eu un vaste impact. Depuis 1994, les ONG, les pays et la Communauté internationale ont tiré parti du consensus pour faciliter les progrès d'un ambitieux agenda concernant l'affranchissement et l'égalité. Par exemple :

- Les pays ont intensifié leurs efforts de lutte contre le **VIH/sida** en utilisant une approche intégrée et globale de la prévention, du traitement, des soins et du soutien à ses victimes (voir Chapitre 8).
- **La santé des adolescents en matière de reproduction** est devenue une nouvelle préoccupation à l'échelle mondiale (voir Chapitre 9).
- **Le mariage précoce** rencontre une opposition croissante en ce qu'il met en danger la santé des filles et représente une violation de leurs droits.
- La persistance d'une haute **mortalité maternelle** a suscité un examen plus approfondi de ses causes et remèdes (voir Chapitre 7).
- Les besoins des femmes sur le plan de **la santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence** sont de plus en plus reconnus et leur satisfaction jouit d'un appui croissant (voir Chapitre 10).
- En octobre 2000, le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté à l'unanimité la résolution 1325 sur **les femmes, la**

paix et la sécurité, où il demande qu'il soit tenu compte des besoins particuliers des femmes et des filles dans toutes les décisions portant sur le rapatriement et la réinstallation, le relèvement, la réinsertion et la reconstruction après les conflits.

- Un nombre croissant de pays prennent des mesures pour prévenir et guérir la **fistule obstétricale**, lésion aux effets terribles qui se produit durant l'accouchement, surtout chez les mères adolescentes.
- Les mesures visant à réduire l'impact de l'**avortement pratiqué dans des conditions dangereuses** – notamment un soutien accru à une planification familiale de qualité et aux soins d'après avortement, et un débat public structuré, en fonction des vues propres à une culture donnée, sur les circonstances où l'avortement peut être autorisé – ont pris de l'extension depuis que la CIPD y a reconnu l'une des préoccupations majeures de santé publique.
- Les campagnes contre la **violence sexiste** (y compris la violence familiale et le recours au viol pour terroriser les populations touchées par la guerre) obtiennent actuellement un large soutien dans de nombreux pays.
- Les appels se multiplient à une action mondiale de lutte contre le **trafic des femmes et des enfants** et contre leur absorption forcée par l'industrie mondiale du sexe.
- De fermes mesures sont actuellement prises pour mettre fin à la **coupure génitale féminine (CGF)** et d'autres pratiques traditionnelles nuisibles, jadis considérées trop délicates pour donner lieu à débat; 17 pays ont banni la CGF et de nombreuses communautés ont été mobilisées pour en éliminer la pratique.

Un long chemin à parcourir

Les progrès réalisés par les pays jusqu'à cette date dans la mise en pratique des recommandations de la CIPD ont préparé le terrain à de nouvelles avancées s'agissant de garantir la santé et les droits en matière de reproduction. Mais les difficultés qui restent à surmonter sont redoutables :

- Dans les pays en développement, la **migration** se poursuit des zones rurales vers les villes en croissance rapide. **En 2007, la moitié de la population mondiale vivra dans les villes.** C'est un problème redoutable que de fournir aux zones urbaines pauvres des services sociaux, y compris les soins de santé en matière de reproduction, ainsi que de couvrir les besoins des communautés rurales sous-desservies.

- La croissance démographique contribue, parallèlement à une consommation élevée des ressources par les groupes de population riches, à accroître la **pression exercée sur l'environnement mondial.** Le réchauffement planétaire, la déforestation, la pénurie croissante d'eau et la réduction de la surface des terres arables rendront plus difficile de faire face à la pauvreté et à l'inégalité entre les sexes.
- **Plus de 350 millions de couples n'ont pas encore accès à un éventail complet de services de planification familiale.** Environ 137 millions de femmes souhaitent différer la naissance de leur prochain enfant ou ne plus en avoir, mais n'utilisent pas la planification familiale; 64 millions d'autres utilisent des méthodes peu efficaces. Les services atteignent beaucoup plus de femmes que jamais auparavant, mais leur extension n'est pas assez rapide pour qu'ils éliminent les lacunes actuelles ou progressent au même rythme que la croissance démographique et une demande en augmentation. **La demande des services de planification familiale augmentera de 40 % d'ici à 2025.**
- **Les complications de la grossesse et de l'accouchement** figurent parmi les principales causes de mortalité et de morbidité chez les femmes d'âge procréateur en de nombreuses parties du monde en développement. Quelque 8 millions de femmes souffrent chaque année de complications liées à la grossesse qui mettent leur vie en danger; plus de 529 000 en meurent, dont 99 % dans les pays en développement⁶. Celles qui souffrent d'une infection ou d'une lésion sont en nombre plusieurs fois supérieur.
- Dans l'ensemble du monde en développement, **un tiers des femmes enceintes ne reçoivent aucun soin de santé durant la grossesse;** 60 % des accouchements ont lieu hors des centres de santé; et la moitié seulement de tous les accouchements sont assistés par un personnel qualifié.
- On a compté en 2003 environ **5 millions de nouvelles infections par le VIH,** soit en moyenne 14 000 par jour; 40 % frappaient des femmes et près de 20 %, des enfants. Au milieu de 2004, environ 38 millions de personnes étaient atteintes du VIH/sida. En 2003, environ 3 millions de personnes sont mortes du sida : 2,5 millions d'adultes et 500 000 enfants de moins de 15 ans⁷.

LES RESSOURCES NE COUVRENT PAS LES BESOINS. Face à ces redoutables problèmes, la réaction de la communauté internationale a été insuffisante. Après une hausse initiale qui a fait suite au Caire, le niveau des ressources est demeuré stationnaire.

La population mondiale, qui est actuellement de 6,4 milliards, continue de grandir rapidement – actuellement, de 76 millions par an. En 2050, l'ONU prévoit que le monde comptera environ 2,5 milliards d'habitants de plus, soit un chiffre égal à l'ensemble de la population mondiale en 1950.

La croissance démographique a ralenti après avoir atteint son point le plus élevé au milieu des années 90 avec 82 millions environ par an. Le nombre moyen d'enfants est tombé de six par femme en 1960 à trois environ aujourd'hui, parce que la planification familiale est devenue plus accessible et plus largement utilisée. D'après les prévisions, la population mondiale commencera à atteindre un plateau au milieu du siècle, la fécondité tombant au niveau de remplacement ou plus bas encore.

Mais certains pays atteindront ce point beaucoup plus tard que d'autres. Ceux dont la population est jeune (en raison d'une fécondité élevée dans le récent passé) continueront de voir leur population grandir durant des décennies, même si les familles peu nombreuses y sont la

norme. Le nombre des adolescents (10 à 19 ans) est de 1,2 milliard, soit le chiffre le plus élevé jamais enregistré.

Et, dans les pays les plus pauvres où la fécondité et la mortalité restent élevées et où l'accès à la planification familiale est limité, la transition aux familles moins nombreuses ne fait que commencer. Il est prévu que les 49 pays les moins avancés verront leur population grandir de 228 %, passant à 1,7 milliard en 2050.

Les pays où la fécondité a enregistré une brusque chute verront leurs populations vieillir considérablement dans les prochaines décennies, tendance qui s'est déjà nettement dessinée dans les pays développés et constitue une préoccupation majeure.

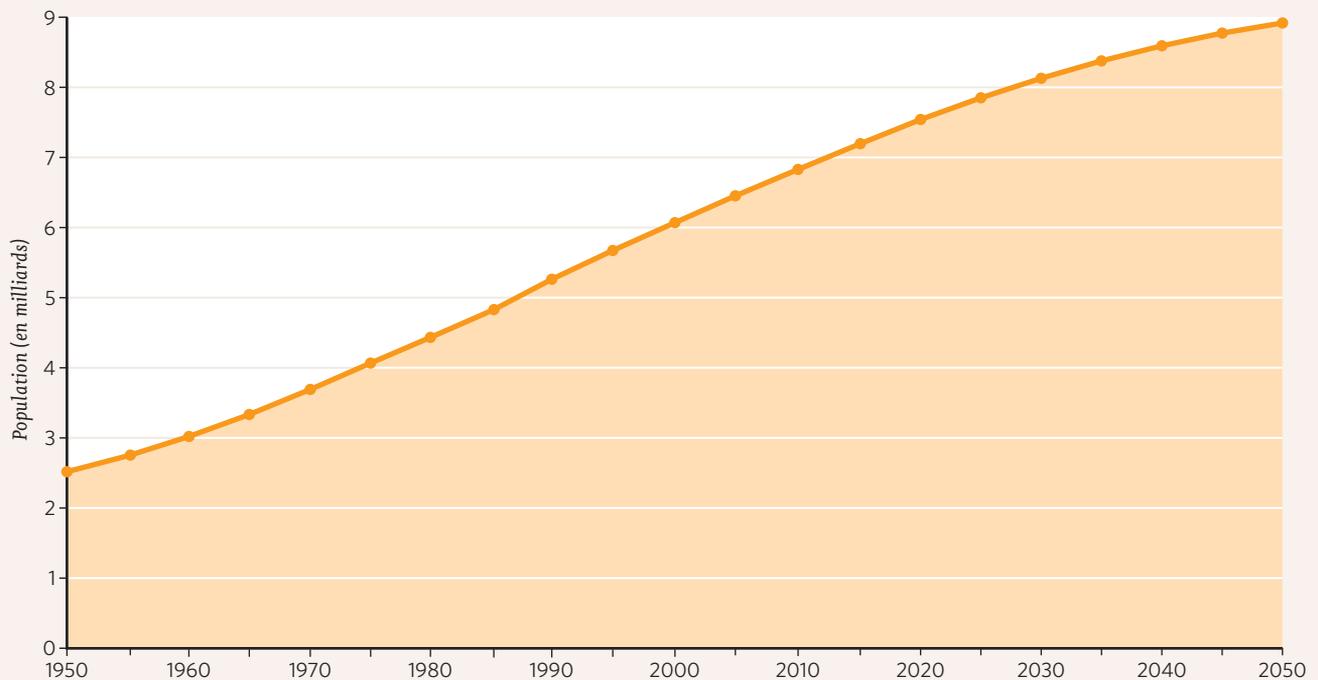
La croissance démographique prévue se situera pour 96 % dans les pays en développement. Les populations de l'Europe et du Japon sont déjà en train de diminuer, et le rythme de cette diminution devrait doubler durant la période 2010-2015; la population de l'Amérique du Nord continue d'augmenter d'environ 1 % par an, surtout du fait de l'immigration.

Les évaluations du chiffre de la population et les prévisions relatives à sa croissance sont inférieures aujourd'hui à ce qu'elles étaient voici 10 ans, en grande partie parce que l'impact du VIH/sida en Afrique a été pire qu'on ne l'avait d'abord pensé et que la croissance démographique des pays développés a diminué plus rapidement que prévu.

Les 38 pays africains les plus atteints par le VIH/sida compteront selon les prévisions 823 millions d'habitants en 2015, soit 91 millions de moins que si le sida n'avait pas causé de décès, mais au-delà de 50 % de plus qu'aujourd'hui (sans le VIH/sida, leur croissance démographique aurait atteint un taux de 70 %).

Les prévisions d'un ralentissement de la croissance démographique faites par l'ONU reposent sur l'hypothèse que davantage de couples seront en mesure de choisir d'avoir des familles moins nombreuses; ceci exigera des investissements accrus afin d'assurer un plus large accès à l'information et aux services relatifs à la santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale.

Diagramme 1 : Population mondiale, 1950-2050 (prévue)



Source : Division de la population (ONU)

Les pays donateurs n'ont fourni que la moitié environ des ressources extérieures qui, de l'avis de la CIPD, seraient nécessaires pour appliquer le Programme d'action. Les donateurs avaient convenu de mettre 6,1 milliards de dollars par an à la disposition des programmes de population et de santé en matière de reproduction d'ici à 2005, soit un tiers du montant total des ressources nécessaires. De 1999 à 2001, leurs contributions ont oscillé aux environs de 2,6 milliards de dollars; en 2002, elles sont passées à 3,1 milliards⁸.

Avec la pandémie du VIH/sida, des besoins additionnels apparaissent, en particulier celui d'un approvisionnement garanti et suffisant de produits de santé en matière de reproduction, notamment de préservatifs masculins et féminins.

La route à suivre

Le dixième anniversaire de la CIPD est une occasion pour les États et la communauté internationale de passer en revue les activités de mise en œuvre, de renouveler les engagements et d'identifier les priorités et les difficultés subsistantes. Les examens régionaux et les réponses à l'enquête mondiale de l'UNFPA ont confirmé que les pays ont fait des progrès sensibles et sont fermement résolus à prendre de nouvelles mesures.

Avec son approche globale qui établit un lien entre population et développement – en y comprenant la protection de l'environnement et la gestion de la croissance des zones urbaines et rurales –, l'égalité entre les sexes, enfin la santé et les droits en matière de reproduction, le Programme d'action continuera d'offrir un modèle essentiel aux activités de développement durant la prochaine décennie.

Les récents engagements pris par l'ONU et les donateurs à l'égard des stratégies de réduction de la pauvreté et des objectifs du Millénaire pour le développement (y compris des mesures visant à réduire la mortalité maternelle et à juguler la pandémie du VIH/sida) offrent une chance réelle de dégager le complément de volonté politique et de ressources qui sera nécessaire pour donner pleinement suite au consensus du Caire.

L'objectif de la CIPD d'assurer l'accès de tous aux soins de santé en matière de reproduction d'ici à 2015 est une condition essentielle de la réalisation de la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement. Il est capital de veiller à ce que les ressources et les initiatives nécessaires à la santé en matière de reproduction ne soient pas négligées

au moment de fixer les priorités de financement. L'appui des donateurs dans ce secteur n'atteint que la moitié environ du niveau convenu à la CIPD et doit continuer d'augmenter.

En outre, il est nécessaire de financer des programmes intégrés et multisectoriels. Cette approche, qui se situe au cœur de la vision de la CIPD, fait contraste avec les approches de programmation sectorielle (et, dans le secteur de la santé, maladie par maladie) que l'orientation des MDG a facilitées.

Il est démontré que les investissements dans l'amélioration de la santé en matière de reproduction sont extrêmement rentables. Il faut davantage de fonds, en particulier, pour rendre plus largement accessibles les services de planification familiale sur demande, pour élargir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et aux autres interventions propres à garantir une maternité sans risques, et pour multiplier les activités de prévention du VIH/sida dans le cadre d'une réaction plus intense à la pandémie. Des efforts particuliers sont nécessaires pour atteindre les adolescents et les jeunes, ainsi que les personnes déplacées par les guerres et les catastrophes naturelles.

Il importe aussi de mettre davantage en relief d'autres conclusions fondamentales de la CIPD : les plans et les politiques de développement doivent prendre en considération la dynamique de la population et son lien avec la santé en matière de reproduction, ainsi que leur impact sur les perspectives de croissance économique durable et de réduction de la pauvreté; les communautés et les bénéficiaires doivent intervenir dans la formulation et l'évaluation des programmes; et les interventions doivent être menées en partenariat avec la société civile et respecter les valeurs culturelles.

Voici 10 ans, le Programme d'action de la CIPD commençait par noter que le monde avait atteint un moment déterminant de l'histoire de la coopération internationale, ce qui offrait une chance sans précédent de faire progresser le bien-être de l'humanité en établissant un lien entre le développement et, d'autre part, la population, la promotion de la femme et la santé en matière de reproduction. Les redoutables problèmes d'aujourd'hui – notamment la sécurité, la diffusion continue du VIH/sida et la persistance de la pauvreté parallèlement à une prospérité sans précédent – rendent encore plus impératif de mener à terme l'agenda du Caire pour que le rêve d'un avenir meilleur puisse se concrétiser.



2 Population et pauvreté

Un postulat central de la Conférence du Caire (1994) était que le chiffre, la croissance, la structure d'âge et la répartition entre zones rurales et zones urbaines de la population d'un pays ont un impact critique sur ses perspectives de développement, et en particulier sur les chances d'élever le niveau de vie des pauvres. Donnant suite à cette interprétation, la CIPD a invité les pays à intégrer pleinement les problèmes de population aux stratégies de développement, à sa planification, à la prise de décisions y relatives et à l'allocation de ressources à tous les niveaux.

Parmi les points clefs de la relation entre population et développement que le Programme d'action a abordés, il faut citer : population et pauvreté; environnement (voir Chapitre 3); santé, morbidité et mortalité (Chapitres 6, 7 et 8); et répartition de la population, urbanisation et migration interne aussi bien qu'externe (Chapitre 4).

La pauvreté perpétue la mauvaise santé, l'inégalité entre les sexes et la croissance rapide de la population. La CIPD a reconnu que, pour briser ce cercle vicieux, il est essentiel de rendre autonome chaque femme et chaque homme en les éduquant et en leur donnant des chances d'avenir égales et les moyens de déterminer le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance.

En 1994, il existait déjà des preuves solides, fondées sur l'expérience de deux générations, que les pays en développement où le taux de fécondité est plus bas et la croissance démographique plus lente bénéficient d'une productivité plus élevée, d'un taux d'épargne supérieur et d'un investissement plus productif, ce qui a pour résultat d'accélérer la croissance économique.

L'analyse de données plus récentes confirme que les pays qui ont réduit la fécondité et la mortalité en investissant dans la santé et l'éducation ont de ce fait connu la prospérité.

À l'heure où la communauté internationale s'efforce de centrer plus efficacement les activités de développement de manière à atteindre les **objectifs du Millénaire pour le développement** en vue d'éliminer la pauvreté et d'améliorer le bien-être, l'agenda de la CIPD, fondé sur la notion de droits, qui aborde le problème de l'interdépendance entre population et pauvreté mérite de recevoir la plus haute priorité.

Les objectifs du Millénaire pour le développement

Au cours de la décennie écoulée depuis la CIPD, les politiques qui façonnent l'aide internationale au développement ont changé. Le montant de l'assistance est resté stationnaire, aux environs de 60 milliards de dollars par an, résultat tant de la fatigue des donateurs que de l'incertitude du climat économique. En même temps, les donateurs ont fait preuve d'un esprit plus critique quant à la manière dont leur assistance est utilisée (le blâme tombe sur les donateurs comme sur les gouvernements bénéficiaires).

Pour accroître l'impact de l'aide au développement, les donateurs ont fait de la gouvernance un important critère de son attribution et ont vu plus que jamais dans l'allègement de la pauvreté la principale raison d'être de leur assistance.

Le but de centrer plus efficacement l'aide au développement a inspiré le Sommet du Millénaire tenu au Siège de l'ONU en 2000, ainsi que l'identification des objectifs du Millénaire pour le développement (MDG) et les cibles connexes en matière de réduction de la pauvreté dans le monde entier d'ici à 2015 :

1. **Éliminer l'extrême pauvreté et la faim.** D'ici à 2015, diminuer de moitié la proportion des personnes vivant avec moins d'un dollar par jour et de celles qui souffrent de la faim.
2. **Assurer l'éducation primaire pour tous.** D'ici à 2015, faire en sorte que tous les garçons et toutes les filles achèvent les études primaires.
3. **Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.** Éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire, de préférence d'ici à 2005 et à tous les niveaux d'ici à 2015.
4. **Réduire la mortalité infantile.** D'ici à 2015, réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.
5. **Améliorer la santé maternelle.** D'ici à 2015, réduire des trois quarts le ratio des femmes qui meurent durant l'accouchement.

6. **Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.** D'ici à 2015, stopper la propagation du VIH/sida et commencer à faire reculer la pandémie, ainsi que l'incidence du paludisme et des autres maladies graves.
7. **Assurer un environnement durable.** Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et les programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales. D'ici à 2015, réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès à l'eau salubre. D'ici à 2020, améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.
8. **Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.** Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier ouvert, qui suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté – aux niveaux tant national qu'international. Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés et aux besoins particuliers des États sans littoral et des petits pays insulaires en développement. Traiter globalement les problèmes de la dette des pays en développement. Trouver aux jeunes un travail décent et utile. En coopé-

ration avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement. En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies – en particulier des technologies de l'information et de la communication – soient accessibles à tous.

De bien des manières, les objectifs et les cibles fixés à la CIPD (voir encadré 3) anticipaient les MDG.

La santé en matière de reproduction et les MDG

L'objectif fixé au Caire de l'accès de tous à des services de santé en matière de reproduction qui soient de bonne qualité, d'ici à 2015, n'est pas l'un des MDG. Ce fait a conduit à craindre que la santé en matière de reproduction ne passe au second plan dans les efforts déployés pour mieux orienter les ressources au bénéfice des priorités de développement. Mais, comme la CIPD l'a affirmé, cet objectif est absolument essentiel pour réduire la pauvreté, la mortalité maternelle et infantile et la diffusion du VIH/sida.

Comme l'a déclaré le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, dans un message à la cinquième Conférence sur la population de la région Asie et Pacifique tenue à Bangkok en décembre 2002, "les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l'élimination de l'extrême pauvreté et

3

LES OBJECTIFS DE LA CIPD ET L'EXAMEN DE 1999

La CIPD a adopté les objectifs suivants, qui se soutiennent mutuellement :

- **Égalité des sexes dans l'éducation.** Éliminer l'écart entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2005, et assurer l'accès complet à l'école primaire ou son équivalent des filles et des garçons aussi rapidement que possible, et en tout cas avant 2015;
- **Mortalité infantile (nourrissons et enfants de moins de cinq ans) et maternelle.** Réduire les taux de mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans d'un tiers au moins, de manière à ne pas dépasser 50 et 70 décès pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, d'ici à 2000 et à tomber au-dessous de 35 et 45, respectivement, d'ici à 2015; réduire la mortalité maternelle à la moitié des niveaux de 1990 d'ici à 2000 et à la moitié des niveaux de 2000 d'ici à 2015 (plus précisément, dans les pays où la mortalité est la plus élevée, à moins de 60 décès pour 100 000 naissances vivantes);
- **Services de santé en matière de reproduction.** Assurer l'accès de tous à un éventail

complet de méthodes de planification familiale sans danger et fiables et aux services connexes de santé en matière de reproduction et de sexualité d'ici à 2015.

Examinant le bilan des cinq premières années d'application du Programme d'action, les Nations Unies ont pris note en 1999 de l'aggravation de la crise du VIH/sida et de la vulnérabilité des jeunes et ont adopté des objectifs numériques précis pour évaluer la mise en œuvre du Programme :

- **Éducation.** Diminuer de moitié d'ici à 2005 le taux d'analphabétisme des femmes et des filles en 1990. Veiller à ce que 90 % au moins des enfants des deux sexes soient inscrits à l'école primaire en 2010;
- **Services de santé en matière de reproduction.** Fournir un large éventail de méthodes de planification familiale, les soins obstétricaux essentiels, enfin la prévention et la gestion des infections de l'appareil génital dans 60 % des centres de santé primaires d'ici à 2005; dans 80 % d'ici à 2010 et dans tous d'ici à 2015;
- **Mortalité maternelle.** Là où la mortalité maternelle est très élevée, faire en sorte que 40 % au moins de tous les accouchements

soient assistés par un personnel qualifié d'ici à 2005, 50 % d'ici à 2010 et 60 % d'ici à 2015; au niveau mondial, 80 % des naissances devraient être assistées d'ici à 2005, 85 % d'ici à 2010 et 90 % d'ici 2015;

- **Besoins non satisfaits de planification familiale.** Réduire de moitié d'ici à 2005 tout écart existant entre la proportion des personnes utilisant des contraceptifs et celle des personnes exprimant le désir de ne plus avoir d'enfants ou d'en limiter le nombre, de 75 % d'ici à 2010 et l'éliminer totalement d'ici à 2015. Il ne convient pas de faire usage de cibles ou de quotas pour atteindre cet objectif ;
- **VIH/sida.** Faire en sorte que d'ici à 2005 90 % au moins, et d'ici à 2010 95 %, des jeunes des deux sexes âgés de 15 à 24 ans aient accès aux méthodes de prévention du VIH/sida telles que les préservatifs féminins et masculins, ainsi qu'aux tests, à la délivrance de conseils et au suivi, cela sans aucune contrainte; réduire les taux d'infection par le VIH dans le même groupe d'âge de 25 % dans les pays les plus touchés d'ici à 2005, et de 25 % au niveau mondial d'ici à 2010.

de la faim, ne peuvent être atteints si les problèmes de population et de santé en matière de reproduction ne sont pas franchement abordés. Et cela veut dire qu'il faut travailler plus énergiquement à promouvoir les droits des femmes et investir davantage dans l'éducation et la santé, y compris la planification familiale et la santé en matière de reproduction".

Il faut faire bien davantage pour garantir une synergie entre les MDG et les objectifs de la CIPD, mais des progrès encourageants ont été accomplis. Deux des équipes de travail composées d'experts du Projet du Millénaire (dans les domaines de l'égalité entre les sexes et de la santé maternelle et infantile) ont approuvé avec force l'idée que l'accès universel à la santé en matière de reproduction et de sexualité constitue une priorité stratégique pour atteindre les MDG¹.

Tous les pays sont tenus de faire rapport à l'Assemblée générale sur leurs progrès vers la réalisation des MDG, sous la forme de rapports nationaux sur les objectifs du Millénaire pour le développement. Dix des premiers rapports publiés avaient inscrit la santé en matière de reproduction sur la liste des objectifs, et quatre autres ont consacré certains passages aux problèmes de santé en matière de reproduction. Neuf ont fourni des données sur le taux de prévalence des contraceptifs (indicateur le plus fréquemment utilisé pour suivre l'accès aux soins de santé en matière de reproduction); et 10 autres y ont fait référence.

L'impact économique de la dynamique de la population

Il existe des preuves manifestes qu'en permettant aux individus d'avoir moins d'enfants, s'ils le souhaitent, on stimule le développement et on réduit la pauvreté, tant dans les ménages qu'au niveau macroéconomique.

TAILLE ET BIEN-ÊTRE DE LA FAMILLE. Les recherches récentes appuient l'hypothèse de départ qu'avoir de nombreux enfants (dont la naissance n'est pas planifiée) impose une lourde charge aux pauvres, tandis que des familles moins nombreuses ont une meilleure chance d'améliorer leur situation économique².

La fécondité influe de plusieurs manières sur la pauvreté d'une famille :

- Les familles peu nombreuses partagent leur revenu entre moins de personnes, et le revenu moyen par tête augmente. Une famille comptant un certain nombre de membres peut être au-dessous du seuil de pauvreté, mais pourrait s'élever au-dessus de ce seuil avec un membre de moins.
- Des grossesses moins nombreuses font baisser le taux de mortalité et de morbidité maternelles et ouvrent souvent

aux femmes de meilleures perspectives éducatives et économiques. Le décès ou l'invalidité de la mère peut condamner une famille à la pauvreté. Si la mère est capable de gagner un revenu, la famille peut échapper à la pauvreté.

- Une fécondité élevée compromet les chances d'éducation des enfants, surtout des filles. Les familles nombreuses ont moins à investir dans l'éducation de chaque enfant. En outre, une grossesse précoce interrompt la scolarité des jeunes femmes et, dans les familles nombreuses, les mères enlèvent souvent leurs filles de l'école pour qu'elles aident à prendre soin de leurs jeunes frères et sœurs. Un niveau d'éducation moindre implique généralement pour la famille une aggravation de la pauvreté, aussi bien que la transmission de la pauvreté d'une génération à la suivante.
- Les familles dont la fécondité est faible sont mieux en mesure d'investir dans la santé de chaque enfant et de donner à leurs enfants une nourriture appropriée. La malnutrition a pour résultat de retarder la croissance et le développement du cerveau, ce qui entraîne l'incapacité chez les individus ainsi frappés d'atteindre un haut niveau de productivité quand ils sont entrés dans la population active.

L'IMPACT MACROÉCONOMIQUE. Une fécondité élevée fait obstacle au développement de diverses manières. La Commission sur la macroéconomie et la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) notait en 2001 : "Au niveau sociétal, la croissance démographique rapide dans les zones rurales, en particulier, exerce une pression énorme sur l'environnement physique et la productivité à mesure que les ratios terre/main-d'œuvre diminuent dans l'agriculture. Les paysans désespérément pauvres risquent alors de venir s'entasser dans les villes, ce qui conduit à des taux plus élevés d'urbanisation, avec une conséquence négative supplémentaire sur le plan de la congestion et de la diminution de la part des ressources urbaines disponible par personne."

D'autre part, une fécondité plus faible recèle la promesse de gains économiques. Une étude menée en 2001 sur 45 pays a établi que, si ces pays avaient réduit la fécondité de cinq naissances pour 1 000 habitants dans les années 80, l'incidence nationale moyenne de la pauvreté, qui était de 18,9 % au milieu des années 80, serait tombée à 12,6 % entre 1990 et 1995³.

À l'époque de la Conférence du Caire, il était difficile d'obtenir la preuve économétrique de cet "effet population" sur la croissance économique et les économistes classiques tendaient à en nier ou minimiser l'importance. Une étude menée en 1986 par le National Research Council aux États-Unis⁴ a abouti à la conclusion que la croissance démographique n'avait qu'un effet faible ou inexistant sur la

L'INÉGALITÉ DANS LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION EST UN FACTEUR DE PAUVRETÉ

La CIPD a reconnu que la mauvaise santé et les naissances non planifiées peuvent déterminer si une famille tombe dans la pauvreté ou y échappe, comme les pauvres eux-mêmes le savent de longue date. Mais les responsables ont été lents à s'occuper de la répartition inéquitable de l'information et des services de santé, qui contribue à maintenir les pauvres dans leur condition.

Une analyse des données sur l'accès à la santé en matière de reproduction parmi différents groupes de revenu, menée dans 56 pays, montre que les groupes les plus pauvres sont nettement défavorisés, cela de plusieurs manières :

- Le plus grand écart entre groupes de population riches et pauvres est constaté pour l'assistance qualifiée lors de l'accouchement, ce qui est le plus coûteux des services de santé en matière de reproduction.
- La différence la plus grande est ensuite celle de la fécondité des adolescentes : les femmes pauvres ont des enfants à un plus jeune âge;
- Les inégalités sanitaires en fonction de la richesse sont plus grandes pour la maternité sans risques, la fécondité des adolescentes, l'utilisation de contraceptifs et le taux total de fécondité que pour la mortalité infantile;

- Les femmes pauvres ont plus d'enfants tout au long de leur vie que les femmes plus aisées;
- Dans les pays pauvres, les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants sont plus exposés à tomber malades et à mourir, et les femmes pauvres affrontent dans tous les pays de plus grands risques que les autres femmes;
- Le recours à la planification familiale, surtout à ses méthodes modernes, est plus fréquent dans les secteurs aisés de la société.

Ces constatations corroborent celles qui ont été présentées dans *l'État de la population mondiale 2002*, où furent examinées les données en provenance de 44 pays. Le manque de ressources, de savoir-faire, de possibilités et de services externes privent les pauvres de l'accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction; les effets de cet état de choses sont bien visibles.

Divers facteurs expliquent que les pauvres aient moins d'information et de services à leur disposition :

- Les femmes et les couples pauvres ont moins accès à l'information et aux aptitudes que l'éducation permet d'acquérir pour élargir leurs connaissances;
- Les individus et les communautés pauvres n'aiment pas prendre de risques – il leur arrive moins souvent d'essayer de nouveaux comportements – parce que leur marge de manœuvre est très réduite;

- Les coûts de l'information et des services (coûts monétaires directs et indirects, coûts de transport et coûts d'opportunité) sont plus redoutables pour les pauvres;
- Dans leurs rapports avec les pauvres, les prestataires de services sont moins disposés ou aptes qu'avec d'autres clients à avoir un entretien aussi étroit qu'il le faudrait pour échanger des informations et manifester leur appui sur des sujets délicats;
- Les services ne sont pas situés en des emplacements ou ouverts à des moments permettant aux pauvres de s'y rendre;
- Les groupes de population aisés sont plus habiles à traiter avec des institutions structurées et à recevoir une écoute attentive.

En 2000, 3 % seulement du produit intérieur brut étaient consacrés au secteur sanitaire dans les pays en développement; dans les pays les moins avancés, ce taux était encore plus faible. En bien des pays, les dépenses continuent d'être plus volontiers engagées en faveur des hôpitaux et des installations médicales de la capitale, et peu de progrès ont été accomplis dans le sens d'une répartition plus équitable des ressources au niveau local : le pourcentage des dépenses nationales de santé consacré aux services de santé locaux est resté stationnaire dans les pays en développement et a diminué dans les pays les moins avancés.

croissance économique d'ensemble, malgré ses importants effets au niveau familial; mais elle reposait sur des données remontant aux années 60 et 70, époque où de nombreux pays en développement n'étaient qu'au premier stade de leur transition démographique.

LE CRÉNEAU DÉMOGRAPHIQUE. Un nouveau cycle de recherches menées au milieu des années 90⁵, utilisant des données recueillies sur de plus longues périodes, a clairement montré que la chute de la fécondité ouvre un "créneau démographique" porteur de perspectives économiques. Avec moins d'enfants à charge par rapport aux effectifs de la population d'âge actif, les pays peuvent faire des investissements additionnels susceptibles de stimuler la croissance économique et d'aider à réduire la pauvreté.

Ce créneau ne s'ouvre qu'une seule fois et se ferme quand les populations vieillissent et que le ratio des personnes à charge (enfants et vieillards) commence à augmenter de nouveau.

Plusieurs pays d'Asie de l'Est – les "tigres" de l'Asie – et quelques autres ont tiré parti de cette prime économique. La Chine a assisté à une chute radicale de l'incidence de la pau-

vreté⁶. D'après une étude, le recul de la fécondité au Brésil a eu pour résultat d'augmenter le PNB par habitant de 0,7 point de pourcentage chaque année. Le Mexique et d'autres pays d'Amérique latine ont enregistré des effets similaires. D'un autre côté, certains pays ont gaspillé dans une large mesure la chance d'une "aubaine" qui ne se répétera pas, cela faute d'une bonne gouvernance ou sous l'effet de politiques qui ont conduit à des investissements improductifs⁷.

Dans les pays les plus pauvres où la fécondité demeure élevée, le créneau démographique ne s'ouvrira pas dans le proche avenir, mais les investissements effectués maintenant – en particulier pour améliorer la prestation des services sur le plan de la santé en matière de reproduction – pourraient en hâter l'arrivée et garantir de futures primes.

Les régions du monde ont atteint différents stades de la transition démographique. **L'Asie du Sud** atteindra entre 2015 et 2025 son ratio le plus élevé population active/personnes à charge. Dans **l'Amérique latine et les Caraïbes**, la proportion de la population active a commencé à augmenter plus tôt qu'en Asie de l'Est et atteindra son point le plus élevé durant la décennie 2020-2030, mais le changement des

proportions a été moins marqué, de sorte que la prime économique sera moins soudaine et moins intense. Certains **pays arabes** et d'**Asie centrale** aborderont leur créneau démographique dans deux décennies au plus tard, tandis que d'autres en sont plus éloignés.

Dans une grande partie de l'**Afrique subsaharienne**, la prime démographique est encore fort éloignée. La population est toujours très jeune et la proportion de la population active, relativement faible. De nombreux pays sont en train d'aborder la transition démographique et d'autres n'ont pas même commencé. Il est prévu que 11 pays seulement atteindront la proportion la plus élevée de population active avant 2050. Comme il existe dans la région un grand besoin non satisfait de contraceptifs, l'extension de programmes de qualité pourrait néanmoins hâter l'arrivée de la prime.

Le VIH/sida et la pauvreté

Dans les pays à forte prévalence du VIH/sida, la pandémie fait un grand nombre de victimes dans leurs années les plus productives, augmentant ainsi le ratio des personnes à charge par rapport à la population active et créant un scénario aussi défavorable que possible à la transition démographique.

Pour les sept pays africains où la prévalence du VIH chez les adultes est de 20 % au moins, il est prévu que le chiffre de la population sera en 2025 de 35 % inférieur à ce qu'il aurait été en l'absence du sida. Durant la période 2020-2025, l'espérance de vie sera dans ces pays de 29 ans inférieure à ce qu'elle aurait été sans le sida, soit une différence de 41 %⁸.

Il y a aussi des preuves de plus en plus nombreuses que la croissance économique par habitant diminuera du fait de l'augmentation des ratios personnes à charge/population active, de l'alourdissement des charges imposées au système de santé, d'un investissement limité dans la productivité et de la diminution des effectifs de la population active.

Le vieillissement de la population

Le vieillissement est un autre aspect de la dynamique démographique qui retentit sur le niveau de pauvreté. À mesure que la fécondité baisse et que la population vieillit, les systèmes traditionnels, centrés sur la famille, de soins aux personnes âgées risquent de s'affaiblir, de sorte que ces dernières deviennent vulnérables. La sécurité du revenu des personnes âgées est un problème qui préoccupe non seulement les pays développés, mais de plus en plus ceux des pays en développement qui, comme la Chine, ont achevé la transition démographique⁹. Entre 2000 et 2050, la proportion de la

population âgée de 65 ans au moins aura doublé dans la plupart des régions en développement (voir graphique).

Les efforts menés au niveau national pour réduire la pauvreté

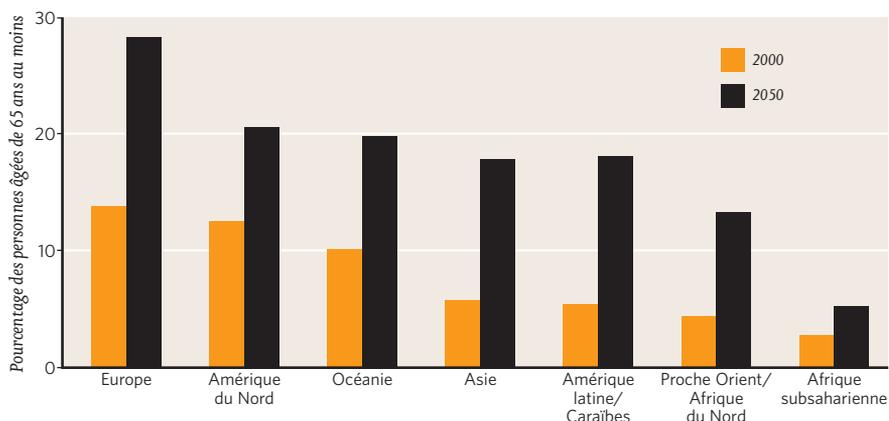
Sur les 151 pays en développement qui ont répondu à l'enquête mondiale de l'UNFPA¹⁰ en 2003, 136 ont indiqué avoir pris en considération, dans une certaine mesure, les interactions entre population et pauvreté, bien que 77 seulement, soit 57 %, aient pris deux mesures ou davantage pour y faire face. Lors de la dernière enquête mondiale, menée en 1994, 13 % seulement des pays en développement avaient signalé avoir agi d'une manière quelconque sur ce point.

Les pays ont adopté diverses stratégies concernant le lien entre population et pauvreté, à savoir l'adoption de vastes mesures concernant la population et le développement dans 108 pays (79 %); la mise en place de stratégies spéciales destinées aux migrants, aux réfugiés, aux personnes déplacées dans leur propre pays et à d'autres groupes vulnérables dans 39 pays (29 %); et la mise en place de mesures favorisant la production de revenu et l'affranchissement des femmes dans 25 pays (18 %). Environ 20 pays (14 %) avaient des stratégies visant à abaisser les niveaux de fécondité, et un nombre similaire des stratégies visant à réduire la croissance démographique.

Tous les pays de la région arabe et 90 % des pays d'Amérique latine ont adopté des plans et stratégies sur la population et le développement. Plus de 40 % des pays d'Asie et de la région Amérique latine et Caraïbes ont signalé avoir adopté des stratégies sur les migrants, les personnes déplacées dans leur propre pays et d'autres groupes vulnérables afin d'exercer une action sur les différents liens entre population et pauvreté.

L'analyse des réponses indique qu'une action au niveau national reçoit une priorité plus élevée dans les pays qui affrontent les problèmes les plus difficiles.

Diagramme 2 : Proportion des personnes âgées de 65 ans au moins, par région, en 2000 et en 2050



Source : U.S. Bureau of the Census (2000).



3 Population et environnement

Le stress environnemental et l'épuisement des ressources naturelles tout à la fois renforcent et sont aggravés par l'inégalité entre les sexes, la mauvaise santé et la pauvreté, comme l'a souligné la conférence du Caire. Le stress environnemental augmente sous l'effet tant de modes de consommation et de schémas de production non viables (notamment l'abondante consommation de ressources faites dans les pays riches et par les groupes les plus aisés dans tous les pays) que de facteurs démographiques tels que la croissance démographique rapide, la répartition de la population et la migration.

Affirmant qu'un environnement sain est indispensable à la satisfaction des besoins fondamentaux de populations de plus en plus nombreuses, le chapitre III du Programme d'action de la CIPD¹ s'est occupé des relations réciproques entre population, croissance économique et protection de l'environnement, réaffirmant les principes d'Action 21 adoptés par la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, tenue à Rio en 1992.

Aussi bien à la Conférence du Caire qu'à son examen, cinq ans plus tard, la communauté mondiale a affirmé qu'une égalité plus grande entre hommes et femmes constitue une composante essentielle du développement durable, y compris la protection de l'environnement. Il est maintenant admis que pour faire baisser la fécondité et assurer une gestion saine des ressources naturelles, il faut d'abord relever la condition des femmes. Et on prend davantage conscience de la nécessité de s'attaquer globalement aux crises environne-

mentales, aux réalités démographiques, à l'inégalité entre les sexes, à une consommation en hausse et à la pauvreté persistante.

La compréhension de cet état de choses a conduit depuis 1994 à adopter diverses mesures qui établissent un lien entre la lutte contre la pauvreté et, d'autre part, l'affranchissement des femmes, la santé et une meilleure gestion des ressources locales. Cependant, la plupart de ces mesures ont été prises à petite échelle. Il est urgent et nécessaire de mieux intégrer les interventions concernant la population, la santé en matière de reproduction et les relations entre les sexes en des stratégies visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, notamment le septième (Assurer un environnement durable).

L'enquête mondiale menée par l'UNFPA en 2003 a constaté que les pays s'entendent désormais mieux à traiter les problèmes de population dans le contexte de la pauvreté, de l'environnement et des processus de planification décentralisés. Cent vingt-deux pays ont communiqué avoir des plans ou stratégies de développement concernant les liens entre population et environnement. Quarante pays ont élaboré des politiques spécifiques et 22 ont mis en place des lois ou une législation sur la dynamique de la population et l'environnement.

Mais les enjeux sont élevés, car l'activité humaine continue d'altérer la planète à une échelle sans précédent. Davantage d'individus utilisent davantage de ressources avec plus d'intensité et en laissant une « empreinte » plus grande sur la planète que jamais auparavant.

UN CERCLE VERTUEUX

Les efforts déployés pour freiner l'accroissement de la population, réduire la pauvreté, faire progresser l'économie, améliorer la protection de l'environnement et restreindre les modes de consommation et de production non viables se renforcent mutuellement. Dans de nombreux pays, le ralentissement de la croissance démographique a accru les moyens de s'attaquer à la pauvreté, de protéger l'environnement ou de réparer les dommages qu'il a subis, et de jeter les bases d'un développement durable.

— Programme d'action de la CIPD, par. 3.14

Au cours du dernier siècle et particulièrement des 40 dernières années, les humains ont introduit d'immenses changements dans l'environnement mondial. Les plus directement touchés par les graves problèmes environnementaux, de la pollution de l'eau au changement climatique, sont aussi les plus pauvres – et les moins capables de trouver de nouveaux moyens d'existence ou de changer de modes de vie pour faire face au déclin écologique. Voici quelques faits :

- L'agriculture, l'élevage extensif du bétail, l'exploitation des forêts et la construction immobilière ont détruit environ la moitié de la **couverture forestière** originelle, et une autre tranche de 30 % est dégradée ou fragmentée.
- Au cours du dernier demi-siècle, la dégradation des sols a réduit la surface des terres arables de 13 % environ, et celle des pâturages de 4 %. En de nombreux pays, la croissance

démographique a progressé ces dernières années plus vite que la production vivrière. Environ 800 millions de personnes souffrent de malnutrition chronique et 2 milliards ne jouissent pas de la sécurité alimentaire.

- Les trois quarts des **stocks ichtyologiques** du monde sont maintenant pêchés à la limite d'une exploitation durable ou au-delà de cette limite. Les flottes industrielles ont pêché au moins 90 % des grands prédateurs marins – notamment le thon, le marlin et l'espadon – au cours des 50 dernières années.
- Depuis les années 50, la demande mondiale d'**eau** a triplé. La quantité et la qualité des eaux souterraines sont en baisse en raison d'un pompage trop intensif, du ruissellement des engrais et des pesticides, et de l'écoulement accidentel des déchets industriels. Un demi-milliard de personnes vivent dans des pays en situation de stress ou de pénurie hydrique; en 2025, leur nombre atteindra selon les prévisions 2,4 à 3,4 milliards.

- **Changement climatique.** Du fait de la consommation de combustibles fossiles, les niveaux de dioxyde de carbone sont aujourd'hui de 18 % plus élevés qu'en 1960 et de 31 % environ plus élevés qu'au début de la révolution industrielle, en 1750. L'accumulation des gaz à effet de serre dans l'atmosphère, notamment du dioxyde de carbone, est à mettre en relation avec la fréquence croissante et l'ampleur très marquée des changements de température, ainsi qu'avec la sévérité accrue des tempêtes.

- **Le niveau des mers** a monté de 10 à 20 centimètres environ, en grande partie sous l'effet de la fonte des masses glaciaires et de l'expansion des océans, phénomènes liés au réchauffement régional et mondial. Les petites nations insulaires, ainsi que les villes et les zones agricoles situées à une faible altitude, affrontent le risque de graves inondations.

L'impact de la population sur l'utilisation des ressources

Les nombres ne suffisent pas à donner une idée de l'impact des modes d'interaction entre les populations et leur environnement. La largeur et la profondeur de l'**empreinte écologique** que chaque personne laisse sur la terre sont déterminées par la manière dont elle utilise les ressources, qui retentit sur les quantités qu'elle consomme. Par exemple, un végétarien qui circule surtout à bicyclette a une empreinte beaucoup plus faible que quelqu'un qui consomme de la viande et conduit un véhicule 4 x 4.

L'empreinte écologique de l'habitant moyen d'un pays à haut revenu est environ six fois plus marquée que celle de l'habitant d'un pays à faible revenu, et bien plus encore que celle de l'habitant des pays les moins développés. L'addition des empreintes de la population d'une région détermine les chances de préserver ou de perdre à jamais la diversité biologique de cette région.

De nombreux économistes et environnementalistes recourent à une équation qui réunit les variantes population, consommation et technologie pour décrire leur impact relatif ($I = PAT$: Impact = Population x Richesse [anglais : Affluence] x Technologie).

À mesure que les taux de natalité tombent, les niveaux et schémas de consommation (richesse), associant leurs effets à ceux de la technologie, acquerront une nouvelle importance pour déterminer l'état de l'environnement mondial. Mais la

population restera le facteur critique partout où le manque d'accès aux services de santé en matière de reproduction et à la planification familiale, le niveau moindre d'éducation des filles et des femmes, la pauvreté et la subordination des femmes face aux hommes continuent de favoriser une fécondité élevée.

LES CONSOMMATEURS AU NIVEAU MONDIAL ET LA PERSISTANCE DE LA PAUVRETÉ.

Une classe mondiale de consommateurs en augmentation rapide, qui compte actuellement environ 1,7 milliard de personnes, représente la grande majorité des mangeurs de viande, utilisateurs de papier, conducteurs de véhicules et utilisateurs d'énergie sur la planète, et des responsables dans la même proportion de l'impact de ces activités sur les ressources naturelles. Cette classe n'est pas limitée aux pays industrialisés; comme la population des pays en développement augmente et que l'économie de la planète se mondialise de plus en plus, les personnes qui ont les moyens d'acquérir des produits et services plus divers que jamais auparavant ne cessent d'augmenter en nombre².

En même temps, 2,8 milliards de personnes – deux sur cinq – continuent de lutter pour survivre avec moins de 2 dollars par jour. En 2000, 1,1 milliard de personnes n'avaient pas un accès suffisant à l'eau salubre et 2,4 milliards ne disposaient pas d'un assainissement de base. Le manque d'accès à l'eau salubre et à l'assainissement dans le monde en développement a causé 1,7 million de décès en 2000³.

DES IMPACTS DIFFÉRENCIÉS. Quand la croissance démographique et les hauts niveaux de consommation coïncident, comme c'est le cas dans certains pays industrialisés, l'impact de la croissance démographique est considérable. Par exemple, même si la population des États-Unis n'est qu'un quart de celle de l'Inde, l'empreinte écologique du pays est plus de trois fois plus grande – les États-Unis dégagent dans l'atmosphère 15,7 millions de tonnes de dioxyde de carbone par an, contre 4,9 millions de tonnes pour l'Inde⁴. C'est pourquoi l'impact de l'accroissement actuel de la population des États-Unis chaque année, soit 3 millions de personnes, est plus grand que l'impact de l'accroissement correspondant en Inde, soit 16 millions de personnes.

L'impact écologique peut continuer d'augmenter même alors que la croissance démographique atteint un plateau. En Chine, la croissance démographique a très sensiblement ralenti, mais la consommation de pétrole et de charbon, ainsi que la pollution en résultant, continue d'augmenter. Si le Gouvernement chinois encourage une plus grande économie de combustible dans les véhicules (voir encadré 6), il ne promet pas un recours accru aux transports publics, à la bicyclette et à la marche, ou une planification urbaine efficiente de sorte qu'il ne soit pas nécessaire de conduire un véhicule.

Les gouvernements peuvent réduire non seulement l'utilisation globale des ressources, mais aussi l'impact écologique d'une consommation accrue en promouvant une technologie appropriée qui utilise les ressources de manière plus efficiente⁵. Les pays industrialisés peuvent aider le monde en développement en facilitant la diffusion et l'adoption de technologies plus propres⁶.

6

PROMOUVOIR UNE UTILISATION PLUS EFFICIENTE DE L'ÉNERGIE

Un certain nombre d'initiatives font penser que les pays prennent au sérieux la tâche difficile de réduire les schémas nuisibles de production et de consommation. Par exemple, la Chine a commencé l'an dernier à réglementer son industrie automobile en expansion rapide, exigeant que les nouveaux véhicules familiaux vendus dans les grandes villes satisfassent à des normes de pollution de l'atmosphère aussi strictes que celles en vigueur aux États-Unis et en Europe occidentale. À partir de cette année, les nouvelles normes d'économie de combustible applicables aux véhicules seront sensiblement plus rigoureuses que celles en vigueur aux États-Unis.

Le transfert de technologies économes en énergie progresse également. La Chine est devenue le plus important fabricant mondial d'ampoules fluorescentes compactes efficaces, en partie à travers des coentreprises avec des sociétés d'éclairage du Japon, des Pays-Bas et d'autres pays. L'Inde est devenue l'un des principaux fabricants de turbines éoliennes en utilisant une technologie acquise grâce à des coentreprises et accords de licence avec des sociétés danoises, néerlandaises et allemandes.

D'autres tendances démographiques ont des répercussions surprenantes sur la consommation. Du fait de la hausse des revenus, de l'urbanisation et des familles moins nombreuses, le nombre moyen de personnes vivant sous un même toit a diminué entre 1970 et 2000 – tombant de 5,1 à 4,4 dans les pays en développement et de 3,2 à 2,5 dans les pays industrialisés –, tandis que le nombre total de foyers augmentait. Chaque nouvelle maison occupe de la terre et sa construction exige des matériaux. Avec moins de personnes par foyer, les économies résultant d'une utilisation commune de l'énergie et des appareils ménagers sont perdues. Par exemple, un foyer d'une seule personne utilise aux États-Unis 17 % plus d'énergie par tête qu'un foyer de deux personnes.

Même dans certains pays européens et au Japon, où la croissance démographique s'est arrêtée, le changement intervenu dans la composition des foyers constitue un important facteur de l'accroissement de la consommation⁷.

Pauvreté et stress environnemental

Si les consommateurs, surtout dans les pays les plus riches, sont responsables en premier lieu des nouveaux traits du monde physique en raison de leur utilisation des ressources et produits, les populations des pays les plus pauvres et les moins avancés ont aussi un impact du fait de leur augmentation rapide. Ici, la diversité biologique atteint souvent un haut degré, et la dégradation de l'environnement est déjà la règle assez générale.

Dans de nombreuses régions dotées d'une grande diversité biologique – en premier lieu des zones rurales où des centres sanitaires, des écoles et une infrastructure de base qui soit de bonne qualité font généralement défaut –, les populations pauvres n'ont souvent pas d'autre choix que d'exploiter l'environnement local pour couvrir leurs besoins immédiats en vivres et en combustible.

Dans ces milieux géographiques, les pratiques traditionnelles qui furent peut-être écologiquement viables quand la population était peu nombreuse le deviennent de moins en moins pour les espèces et les écosystèmes alors que la population augmente et que les demandes s'accroissent. Par exemple, en Afrique centrale, la vente de viande porte désormais sur des volumes tellement plus considérables que l'avenir d'espèces vivant dans la forêt, y compris les primates, est en danger⁸.

L'ENVIRONNEMENT ET LA SANTÉ. De la pollution de l'air à la contamination de l'eau et à la présence de toxines dans les aliments, la santé de l'environnement peut avoir des effets complexes sur la santé humaine. Tant les femmes que les hommes sont exposés à un nombre croissant de menaces nées de l'environnement, surtout dans les communautés pauvres. Dans les zones rurales, exploitants et travailleurs

agricoles entrent souvent en contact avec une multitude de pesticides, de solvants et de toxines inconnues; certains d'entre eux ont un effet sur la santé en matière de reproduction, et ce sont les femmes de très loin les plus touchées⁹.

Les dimensions sexospécifiques du changement écologique

Dans le monde en développement en particulier, le mode de production et d'utilisation des ressources est très souvent fonction du sexe. Par exemple, femmes et filles passent des heures chaque semaine à chercher l'eau pour les besoins de la famille; quand l'approvisionnement en eau est irrégulier, ce sont elles qui en souffrent les plus lourdes conséquences¹⁰. Au Soudan, où la déforestation a eu pour effet de quadrupler le temps que les femmes passent à faire la cueillette du bois pour la cuisine, l'énergie dépensée à transporter l'eau et le combustible absorbe un tiers de leur ration quotidienne de calories, selon l'Organisation mondiale de la santé¹¹.

Les droits aux ressources naturelles sont souvent déterminés dans une large mesure par des préjugés sexuels. Peu de femmes possèdent des biens (dans certains pays, cela leur est interdit par la loi) et peu participent à la prise de décisions de haut niveau sur l'environnement. Pour l'essentiel, les hommes sont encore responsables en grande partie de décider comment les ressources naturelles sont utilisées,

qu'il s'agisse de l'industrie, de l'extraction des minéraux, de l'élevage sur les terres de pâture et du régime d'occupation des sols.

Les institutions spécialisées dans le développement continuent d'offrir une assistance technique surtout aux hommes, même dans les régions où ce sont les femmes qui portent le bois et l'eau et qui labourent le sol. Quand les représentants du gouvernement ou les chefs de la communauté ne reconnaissent pas les différences dans la manière qu'ont les femmes d'utiliser les ressources – par exemple, en faisant pousser des légumes pour la consommation familiale dans les espaces libres entre les cultures de rapport dont les hommes ont la charge –, les ressources sont facilement détruites¹².

Mais, quand on laisse les femmes participer à la gestion des ressources naturelles, les résultats peuvent être spectaculaires.

Après l'échec d'un projet d'approvisionnement en eau qui avait exclu les femmes dans le district de Kirinyaga, au Kenya, celles-ci ont formé le Groupe des femmes de Kugeria et demandé au Ministère de la mise en valeur des ressources hydriques de les aider à obtenir accès à une eau salubre de prix abordable. Grâce à leurs efforts, elles ont apporté l'eau à 300 familles, amélioré l'assainissement et accru la production agricole. Les femmes sont aussi devenues des chefs de communauté, travaillant à construire un dispensaire et à



Avant la CIPD, de nombreux responsables tendaient à concevoir le "développement" au sens restreint de la croissance économique, mesurée par le produit national brut. Les prescriptions relatives au développement se limitaient souvent à un agenda économique portant sur l'investissement, les négociations commerciales, la construction de l'infrastructure et l'aide monétaire. L'égalité et l'équité entre les sexes, la santé, l'éducation et l'état de l'environnement apparaissaient comme des considérations secondaires, si même on les abordait.

Dix ans après la Conférence du Caire, il est bien plus largement reconnu qu'une bonne gestion de l'environnement, la santé de la population et la condition des femmes sont solidaires et influent sur la vitesse et l'ampleur du développement national. Un développement digne de ce nom doit améliorer la vie de chacun.

Certains démographes et chercheurs intéressés par les relations entre l'ensemble population-développement et l'environnement affirment que la Conférence du Caire a mis à l'excès l'accent sur les services de santé en matière de reproduction et de sexualité et négligé les relations au macroniveau entre la croissance démographique et, d'autre part, l'environnement, l'économie, la réduction de la pauvreté, l'éducation et le logement.

Cette critique n'est pas fondée. Le Caire a reconnu que la promotion des droits de l'individu sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité conduirait aussi bien à un progrès au macroniveau – à savoir, que le fait de répondre aux désirs exprimés et de garantir le droit de chacun de choisir le nombre de ses enfants, le moment et l'espacement de leur naissance permettrait de ralentir une croissance démographique rapide sans devoir recourir à des cibles démographiques. De fait, en donnant aux systèmes de santé les moyens de répondre aux besoins et aux souhaits individuels dans un climat plus accueillant à la clientèle, on pourrait même accélérer la diffusion de la planification familiale.

assurer l'accès aux services de planification familiale et de santé en matière de reproduction¹³.

LA MISE EN PLACE D'APPROCHES INTÉGRÉES. Après Agenda 21 et la CIPD, une plus grande attention s'est portée, au niveau international, sur la manière dont les femmes gèrent les ressources naturelles, ce qui recouvre notamment les efforts tendant à intégrer la planification familiale et la santé en matière de reproduction dans les programmes de protection de l'environnement. Certains groupes écologiques ont noué des partenariats avec des organisations intéressées aux problèmes de population. Par exemple, Conservation International a fait équipe avec des ONG spécialisées dans la planification familiale et avec l'Institut mexicain de sécurité sociale afin d'élargir l'accès aux soins de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, et d'arrê-

ter le défrichage de forêts à l'intérieur et aux environs de la réserve de la biosphère des Montes Azules.

Dans les provinces montagneuses du centre de l'équateur, où les femmes n'ont pas accès aux services de santé en matière de reproduction et où l'érosion du sol est un phénomène répandu, World Neighbors s'est associé à une ONG locale, le Centre d'orientation médicale et de planification familiale, afin de dispenser des soins de santé en matière de reproduction et de promouvoir des améliorations à la gestion locale des ressources naturelles, cela au bénéfice de plus de 4 000 familles.

En mars 2002, à Helsinki, des femmes ministres de l'environnement ou déléguées de 19 pays industrialisés ou en développement ont rencontré des ONG de femmes et rendu publique une déclaration où figuraient les demandes suivantes : droits égaux aux femmes en matière d'accès aux ressources naturelles et de contrôle de celles-ci, notamment concernant le régime d'occupation des sols; adoption de politiques faisant participer les femmes aux décisions relatives à l'utilisation des ressources; meilleure éducation des consommateurs sur les impacts écologiques des produits; et élaboration « de politiques, d'une législation et de stratégies tendant à instaurer l'équilibre entre les sexes en matière de protection de l'environnement et de répartition de ses bénéfices »¹⁴.

DES CHANGEMENTS DE POLITIQUE. Au niveau des politiques, de nombreux pays, s'appuyant sur les recommandations de la CIPD et de son examen après cinq ans, du Sommet du Millénaire et du Sommet mondial de 2002 pour le développement durable, ont souligné les liens entre dynamique de la population, développement durable et protection de l'environnement.

En Azerbaïdjan, par exemple, le programme national de réduction de la pauvreté et de développement économique tient compte des relations mutuelles entre population et environnement; promeut l'éducation publique sur les problèmes écologiques qui affectent directement des groupes de population; s'efforce de contrôler les impacts écologiques de politiques aux niveaux local et communautaire; et insiste sur le fait que la protection et la préservation de l'environnement sont à la fois la source et le résultat d'une croissance économique soutenue.

Aux Seychelles, deux plans détaillés de gestion de l'environnement ont été élaborés au cours de la dernière décennie, intégrant la population et le développement. Le dernier de ces plans, qui couvre la période 2000-2010, est axé sur l'urbanisation, la gestion de l'eau, la population et la santé, les relations entre les sexes, l'économie de l'environnement et le financement durable.



吉野家
YOSHINOYA

興廣場
口在全馬路

押
CHENG MING MING BEAUTY

YAMAHA
PA. AV. 15-FL. CAR AUDIO & MULTIMEDIA
Music 通利琴

ANGEL
天

End
終止

存德

YAMAHA

YAMAHA

Man in a light-colored shirt and dark tie walking in the crowd.

Woman in a light-colored top walking in the crowd.

Woman in a dark top smiling and talking to another woman.

Woman in a dark top looking towards the camera.

TAXI
Man on a mobile phone next to a taxi.

4 Migration et urbanisation

Au cours des 10 dernières années, la migration a augmenté, tant à l'intérieur des pays qu'entre les pays, et le phénomène a pris une importance politique croissante.

Reconnaissant qu'une migration ordonnée peut avoir des conséquences positives, tant pour les pays de départ que pour les pays d'accueil, le Programme d'action de la CIPD (chapters IX et X) demandait que la gestion de la migration soit traitée de manière globale. Il insistait sur les droits et le bien-être des migrants, ainsi que sur la nécessité pour la communauté internationale de venir en aide aux pays concernés et de promouvoir une coopération inter-États plus étendue sur la question.

Urbanisation et réinstallation

En 2007, pour la première fois dans l'histoire du monde, plus de la moitié de la population mondiale vivra dans les villes, résultat d'un mouvement continu de population qui a conduit à une croissance prodigieuse des zones urbaines dans les pays en développement au cours de la dernière décennie. L'une des priorités fondamentales de la CIPD a été d'aider les pays à faire face à ce glissement de population.

Le Programme d'action a consacré un chapitre entier à la répartition spatiale de la population et aux mouvements internes de population. Il a reconnu que les déplacements de population à l'intérieur d'un pays donné ont lieu en réaction

à la répartition inéquitable des ressources, services et possibilités ouvertes. Des facteurs de répulsion – en particulier la pauvreté rurale – et des facteurs d'attraction – l'attraction exercée par des zones urbaines de plus grand dynamisme économique et la perspective d'un nouveau régime d'occupation des sols dans les zones rurales frontalières – contribuent à ces mouvements de population.

De même que ce peut être le cas pour la migration internationale, une proportion importante de la migration interne est temporaire, par exemple dans le cas des travailleurs migrants qui regagnent leur exploitation à la saison des travaux agricoles.

Comme les conférences antérieures sur la population, la CIPD a cherché à promouvoir des politiques de développement intégrées et durables afin de remédier au déséquilibre à l'intérieur des pays ainsi qu'entre croissance démographique et croissance économique. Les recommandations pratiques visaient à améliorer l'infrastructure et les services destinés aux pauvres, aux groupes autochtones et aux autres groupes de population rurale sous-desservis.

La gestion de la croissance démographique et le développement de l'infrastructure dans les zones urbaines étendues ont constitué un autre centre d'intérêt. Le développement et l'amélioration de l'existence des pauvres, dont beaucoup vivent dans des quartiers de taudis et des établissements

GÉRER LA MIGRATION

Pour parvenir à une répartition géographique équilibrée de la production, de l'emploi et de la population, les pays devraient adopter des stratégies de développement régional viables et des stratégies qui favorisent la stabilisation de l'urbanisation, la croissance des petites et moyennes agglomérations urbaines, ainsi que le développement durable des zones rurales, et qui comprennent des projets à forte intensité de travail, une formation aux métiers non agricoles pour les jeunes et des systèmes efficaces de transport et de communication. Pour créer un contexte propice au développement local, y compris la prestation de services, il faudrait que les gouvernements envisagent de décentraliser leurs systèmes administratifs.

— Programme d'action de la CIPD, par. 9.4

périurbains avec un accès limité aux soins de santé et aux autres services, posent d'urgents problèmes¹.

La CIPD a reconnu le dynamisme économique des grands centres urbains, mais aussi l'importance croissante des villes de taille moyenne et de la migration entre villes².

Aujourd'hui, une attention accrue est portée à la diversité économique à l'intérieur des villes et des quartiers où riches et pauvres vivent souvent à faible distance les uns des autres³.

L'objectif 7 de développement contenu dans la Déclaration du Millénaire, Assurer un environnement durable, comporte le but suivant : « Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis ».

Les dernières évaluations et prévisions indiquent que la majorité de la population mondiale vivra dans les villes en 2007⁴. Le nombre d'habitants des villes passera de 3 milliards en 2003 (48 % de la population mondiale) à 5 milliards en 2030 (60 %). La plus grande partie de cette croissance des zones urbaines sera due à la fécondité naturelle plutôt qu'à la migration. La population rurale diminuera légèrement durant la même période, tombant de 3,3 à 3,2 milliards.

Selon les prévisions, la population urbaine grandira de 1,8 % par an entre 2000 et 2030, soit près de deux fois plus vite que l'ensemble de la population. Les régions en développement enregistreront une augmentation de 2,3 % et la population y sera en majorité urbaine en 2017. En 2030, toutes les régions du monde auront une population en majorité urbaine (l'Afrique atteindra un taux de 54 %; l'Asie, de 55 %). La croissance démographique durant cette période se situera en quasi totalité dans les zones urbaines des pays en développement.

Le VIH/sida a ajouté un nouvel élément d'incertitude à ces prévisions⁵. Au total, les taux d'infection ont été généralement plus élevés dans les zones urbaines. Dans les secteurs gravement touchés, les taux de mortalité plus élevés dans les villes et la baisse des taux de fécondité pourraient avoir pour effet de ralentir le rythme de l'urbanisation ou même d'aboutir à un recul de la population urbaine.

On compte aujourd'hui 20 villes de plus de 10 millions d'habitants (dont 15 dans les pays en développement) qui réunissent 4 % de la population mondiale; en 2015, il y aura 22 mégapoles de cet ordre (dont 16 dans les pays en développement), qui en réuniront 5 %.

En 2015, les villes de moins d'un million d'habitants compteront 400 millions d'habitants de plus, et cette croissance se situera pour 90 % dans les villes de moins de 500 000 habitants. Cela exigera des améliorations considérables de l'infrastructure locale et de la capacité de gérer les services publics, étant donné surtout que la prise de décisions est de plus en plus décentralisée en faveur des communes et des districts.

Une attention accrue devra être portée également aux besoins des pauvres des zones urbaines, dont l'accès aux services sanitaires et autres est souvent bien pire que celui des citadins plus aisés et souvent à peine meilleur que dans les zones rurales. Le besoin non satisfait de planification familiale parmi les pauvres des zones urbaines en Asie et en Afrique subsaharienne, par exemple, est presque aussi grand que pour les populations rurales (en Asie du Sud-Est, il est encore plus grand). Les pauvres des zones urbaines sont de même défavorisés en ce qui concerne la présence d'assistants qualifiés aux accouchements et la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida.

L'évolution des politiques depuis la CIPD

Près des deux tiers des pays en développement ayant répondu à l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003 (97 sur 151) ont signalé avoir pris certaines mesures concernant la migration interne, contre 41 % des pays en développement ayant répondu à l'enquête de 1994; 52 % ont adopté des plans en matière de migration; 51 % ont des plans visant à influencer sur la répartition spatiale de la population (y compris des programmes de réinstallation, des plans conçus pour redistribuer la population en créant de nouveaux centres de croissance économique, et la décentralisation de la planification économique et sociale et de la prise de décisions politiques); 16 % offrent des services aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays; et 10 % se sont dotés d'institutions spécialisées dans la migration. Les pays les plus urbanisés et ceux où la croissance des zones urbaines est la plus rapide n'ont pas adopté dans une proportion plus élevée que les autres pays de multiples mesures pour faire face à la migration interne.

Trois quarts de tous les pays, et près de 80 % des pays en développement, se sont déclarés peu satisfaits de la répartition spatiale de leur population. L'enquête mondiale indique qu'une majorité des pays en développement ont formulé des politiques sur la migration ou investi dans le développement avec l'intention d'influer sur la répartition de la population. Mais le degré d'attention porté à ces problèmes varie considérablement selon les pays⁶. La poursuite des politiques qui portent sur les mouvements de population des campagnes vers les villes et sur les conditions de vie dans les villes exigera des données et une recherche plus détaillées.

La migration internationale

Selon la Division de la population (ONU)⁷, il y avait 175 millions de migrants internationaux dans le monde en 2000 – soit une personne sur 35 –, contre 79 millions en 1960⁸. Près de 50 % étaient des femmes et 10,4 millions, des réfugiés. De 1990 à 2000, l'augmentation du nombre de migrants s'est située pour les deux tiers en Amérique du Nord. Avant 1980, les régions en développement avaient une part plus élevée

REMÉDIER AUX CAUSES DE LA MIGRATION

Les gouvernements des pays d'origine et ceux des pays d'accueil devraient s'efforcer de donner à chacun des raisons de rester dans son propre pays. Il faudrait à cette fin redoubler d'efforts pour parvenir à un développement économique et social durable, parvenir à un meilleur équilibre économique entre pays développés, pays en développement et pays en transition. Il faudrait également s'efforcer davantage de désamorcer les conflits internes et internationaux avant qu'ils ne dégèrent; de garantir les droits des personnes appartenant à des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques et des autochtones; de respecter la primauté du droit et de promouvoir la bonne gestion des affaires publiques, de renforcer la démocratie et d'encourager le respect des droits de l'homme.

— Programme d'action de la CIPD, par. 10.3

des migrants internationaux; mais, en 2000, les trois cinquièmes se trouvaient dans les régions développées.

Aujourd'hui, dans une économie de plus en plus mondialisée, la migration offre souvent des possibilités d'emploi, donnant naissance à un flux sans précédent de migrants, y compris un nombre croissant de femmes migrantes⁹. En même temps, il y a de plus en plus de réfugiés et de personnes déplacées dans leur propre pays du fait de catastrophes naturelles, conflits armés, troubles sociaux ou crises économiques et politiques.

Les mouvements migratoires internationaux ont de forts impacts économiques, socioculturels et démographiques sur les zones de départ, de transit et d'accueil¹⁰. Les régions de transit et d'accueil ont eu des difficultés à gérer les flux de migration et à intégrer les migrants dans la société. Les régions de départ ont perdu une main-d'œuvre qualifiée et des familles ont été divisées, les femmes devenant souvent chefs de famille après le départ de leur mari.

La migration des jeunes travailleurs a laissé en arrière ceux qui sont trop âgés pour travailler dans l'agriculture. La crainte exacerbée du terrorisme a incité de nombreux pays à intensifier les mesures de sécurité à leurs frontières, ce qui conduit à une immigration illégale accrue, surtout sous forme de passages clandestins et de trafic d'humains. Les mouvements migratoires ont contribué à la diffusion du VIH/sida et d'autres maladies.

Les effets économiques de la migration jouent dans les deux sens. Les rapatriements de salaires des travailleurs migrants vers les pays en développement se sont élevés à un total de 88 milliards de dollars (30 milliards de dollars de plus que l'aide publique au développement), et ceux qui passent par des circuits officiels ont plus que doublé de 1988 à 1999¹¹.

La CIPD a invité les pays à : aborder les causes profondes de la migration, en particulier celles qui sont liées à la pauvreté, par exemple en promouvant le développement durable de manière à instaurer un meilleur équilibre économique entre pays développés et pays en développement, et en désamorçant les conflits internationaux et internes; encourager une coopération et un dialogue plus intenses entre les pays d'origine et les pays de destination, afin de maximiser les avantages de la migration; et faciliter la réinsertion des migrants revenus dans leur pays d'origine¹².

Les recommandations portaient sur les points suivants : utiliser la migration de courte durée pour améliorer les compétences professionnelles des nationaux des pays d'origine; collecter des données sur la direction et le nombre des migrants internationaux et sur les facteurs de migration; et renforcer la protection internationale des réfugiés et personnes déplacées, ainsi que l'assistance qui leur est destinée¹³.

Faisant écho à la CIPD et à d'autres accords internationaux, le Sommet du Millénaire a reconnu en 2000 que les pays doivent respecter et protéger les droits fondamentaux des migrants, des travailleurs migrants et de leurs familles. Le rapport final de la Commission de la sécurité humaine de 2003¹⁴ a affirmé : « Les mouvements de population à travers les frontières renforcent l'interdépendance des pays et des communautés et accroissent la diversité ».

Néanmoins, la migration internationale demeure un sujet délicat et les pays n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur la convocation d'une conférence des Nations Unies qui offrirait des directives aux pays en la matière, comme certains l'ont proposé¹⁵.

Les mesures prises

L'enquête sur le terrain menée en 2003 par l'UNFPA a établi que 73 % des pays en développement ayant répondu (110 sur 151) ont signalé avoir pris certaines mesures en relation avec la migration internationale, contre 18 % dans l'enquête similaire menée en 1994. Près de la moitié des pays avaient adopté des programmes ou stratégies concernant les migrants internationaux ou les réfugiés; 37 % avaient promulgué une législation concernant les migrants internationaux et les travailleurs migrants; 33 % avaient adopté une politique de la migration; 11 % s'étaient efforcés de faire appliquer les conventions internationales relatives aux réfugiés, aux demandeurs d'asile et aux migrants illégaux; et 10 % avaient adopté des lois sur le trafic des humains, surtout des femmes et des enfants.

Un nombre croissant de pays ont mis en place des mécanismes de coordination de divers types – entre organismes gouvernementaux, entre gouvernements, et entre gouvernements, ONG et donateurs internationaux.

Les politiques de certains pays africains, comme le Ghana et la République-Unie de Tanzanie, portaient en priorité sur l'installation des réfugiés. En Amérique latine et dans les pays des Caraïbes, le souci premier était d'offrir des incitations aux nationaux de retour, tandis qu'on se préoccupait avant tout en Europe orientale, dans les États arabes et dans les républiques d'Asie centrale de protéger les marchés du travail et de combattre le trafic de drogues.

Pour mieux intégrer les immigrants dans leur société, quelques pays ont adopté des mesures promouvant l'égalité des chances dans l'accès à l'emploi, au logement, à la santé et à l'éducation. Certains pays développés ont changé leur politique en matière de réunification des familles au cours de la dernière décennie.

Par exemple, depuis juillet 2002, le Danemark a cessé d'offrir un droit légal à être réuni au conjoint et, dans la plupart des cas, n'accorde pas ce droit si l'un des conjoints a moins de 24 ans. La Nouvelle-Zélande reconnaît un éventail plus large de structures familiales que par le passé, mais elle a aussi renforcé la responsabilité juridique des garants concernant les membres de leur famille qu'ils introduisent dans le pays. La politique du Canada, d'autre part, est devenue moins restrictive, portant désormais à 22 ans au lieu de 19 la limite d'âge des enfants à charge.

Un certain nombre de pays développés ont introduit des initiatives encourageant l'immigration de travailleurs qualifiés pour faire face aux pénuries de main-d'œuvre. Certains ont adopté des politiques qui visent à attirer et retenir les étudiants particulièrement doués originaires de pays en développement.

Pour freiner le trafic croissant d'humains, les pays ont resserré les contrôles frontaliers et rendu plus strictes leurs politiques en matière d'asile; dans certains cas, ces mesures ont, par une conséquence non voulue, rendu ce trafic plus profitable. En réponse, certains pays ont prévu des peines sévères contre les trafiquants.

8

DRESSER LA CARTE DE LA POPULATION ET DE SES BESOINS

Les systèmes d'information élaborés au cours de la dernière décennie fournissent une information géographique précise concernant les personnes qui répondent aux enquêtes démographiques. Cela permettra un examen plus détaillé de la répartition de la richesse, des possibilités ouvertes et des difficultés à surmonter dans les limites de chaque pays, ainsi qu'une meilleure compréhension des facteurs de répulsion et d'attraction qui déterminent la réinstallation des migrants, comme aussi de l'impact des politiques conçues pour y répondre.

Par exemple, de récentes recherches font appel simultanément aux données des recensements et des enquêtes pour dresser la carte de la répartition des populations. Les résultats donnent à penser que la surface couverte par les centres urbains et les établissements périurbains,

ainsi que leur impact sur l'environnement, peuvent être beaucoup plus grands que des évaluations antérieures basées sur les limites administratives ne l'avaient laissé croire. Les nouvelles méthodes permettent aussi de mesurer le chiffre des populations le long du littoral et dans d'autres régions écologiquement vulnérables.

Cette carte a servi à étudier la mortalité infantile dans 10 pays d'Afrique de l'Ouest. Les résultats ont réaffirmé des constatations faites de longue date (par exemple, mortalité plus élevée des jeunes enfants de sexe masculin, avantage des zones urbaines sur les zones rurales, effets protecteurs de l'éducation des mères et d'un meilleur assainissement), mais ont aussi offert de nouveaux aperçus inattendus sur la forte concentration des secteurs où les résultats sont les plus médiocres, ce qui pourrait conduire à mieux cibler les programmes.

Il faudra faire des investissements considérables dans la mise en place de capacités et le

transfert de technologie afin de tirer pleinement profit des nouvelles techniques de collecte et des nouvelles méthodes d'analyse des données. Des analyses plus détaillées des réseaux sociaux urbains et les caractères propres de chaque quartier devront aussi être incorporés à la recherche et à la programmation concernant les pays en développement.

Ceci pourrait faciliter une décentralisation plus poussée de la prise de décisions relatives au développement, et conduire à l'adoption de meilleures politiques prenant en considération la diversité des types d'établissements humains, cela dans le but de réduire la pauvreté et d'améliorer la qualité de vie. Par exemple, les communautés à revenu mixte offrent peut-être des moyens d'accélérer la promotion sociale des pauvres. Le ciblage géographique et le recours aux associations locales peuvent aider à concrétiser la vision de participation sociale conçue par la CIPD.

Bien que la plupart des pays d'accueil reconnaissent la contribution positive de la migration à l'économie, au développement social et culturel des pays qui reçoivent des migrants ou de ceux dont ils partent, le volume croissant de l'immigration illégale et le flux continu de réfugiés et de demandeurs d'asile continuent d'être une source majeure de préoccupation.

De nombreux pays sont favorables à une coopération internationale plus large afin de gérer plus efficacement la migration. Depuis 1994, huit processus de consultation régionale et sous-régionale ont été lancés et couvrent presque tous les pays. Le Programme international de politique de la migration commencé en 1998 a organisé 15 réunions régionales en vue de promouvoir la coopération et la mise en place de capacités. Et une Commission mondiale sur la migration internationale a été instituée en décembre 2003; il est prévu qu'elle soumettra des recommandations au Secrétaire général de l'ONU au milieu de 2005.



5 Égalité entre les sexes et affranchissement des femmes

Les années 90 ont été une décennie exceptionnelle s'agissant de placer au centre des débats mondiaux et nationaux sur les droits de la personne et le développement humain les problèmes de la santé et des droits en matière de reproduction, la violence contre les femmes et la responsabilité des hommes concernant les rapports de force entre les sexes. Les conférences tenues par l'ONU dans les années 90, en particulier la Conférence mondiale sur les droits de la personne (Vienne, 1993), la CIPD (Le Caire, 1994) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), ont tenu une place centrale dans le déplacement d'accent majeur intervenu dans la politique en matière de population.

Au Caire, les pays du monde entier ont atteint un consensus qui affirmait leur détermination de promouvoir et protéger la pleine jouissance de leurs droits fondamentaux par toutes les femmes, tout au long du cycle de vie. Ils ont aussi décidé de prendre des mesures pour accorder davantage de pouvoir aux femmes et instaurer l'égalité dans leurs relations avec les hommes, cela dans la législation, les systèmes économiques et au sein des ménages.

Le Programme d'action de la CIPD a comporté, pour la première fois dans un important document international relatif à la politique de la population, un chapitre complet et détaillé (Chapitre IV) sur l'affranchissement des femmes

et l'égalité entre les sexes. Il y est notamment affirmé qu'en améliorant la condition des femmes, on accroît aussi leur capacité de prendre des décisions à tous les niveaux et dans tous les domaines, en particulier dans celui de la reproduction et de la sexualité.

L'égalité entre les sexes et l'affranchissement des femmes étaient au cœur de la vision de la CIPD. Les objectifs du Programme d'action concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité et les droits en matière de reproduction sont en liaison étroite avec ses objectifs concernant l'affranchissement des femmes et l'égalité entre les sexes, et tous se renforcent mutuellement. La CIPD a pris un nouvel engagement de grande importance avec son objectif de « . . . promouvoir l'égalité entre les sexes dans tous les aspects de la vie d'un être humain, notamment au sein de la famille et de la collectivité, encourager les hommes à faire preuve du sens des responsabilités dans leur vie sexuelle et leur comportement procréateur et dans leur vie sociale et familiale, et leur donner les moyens de le faire » (par. 4.25).

La CIPD a aussi invité les pays à « prendre toutes les mesures voulues » pour éliminer l'exploitation, les mauvais traitements, le harcèlement et la violence contre les femmes, les adolescents et les enfants (par. 4.9). Et elle a appelé les hommes à assumer une responsabilité partagée dans la

MESURES À PRENDRE POUR AFFRANCHIR LES FEMMES

Les pays devraient entreprendre de promouvoir les femmes et d'éliminer les inégalités entre hommes et femmes : . . . en éliminant toutes les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes; en aidant les femmes à faire valoir et à exercer leurs droits, notamment dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité; en éliminant la violence contre les femmes; . . . en éliminant les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes en matière d'emploi, telles que l'exigence de la preuve de l'utilisation de contraceptifs et de l'absence de grossesse; . . . en permettant aux femmes, par des lois, règlements et autres mesures appropriées, de concilier leurs rôles en matière de procréation, d'allaitement et d'éducation des enfants avec l'exercice d'un emploi.

— Programme d'action de la CIPD, par. 4.4

fonction parentale, l'attribution d'une valeur égale aux enfants des deux sexes, leur éducation et la prévention de toute violence à leur égard. Elle a aussi invité à prendre des mesures pour faire en sorte que les hommes participent activement, avec les femmes, à un comportement responsable en matière de sexualité et de reproduction (par. 4.27).

Dans divers pays, le glissement de perspectives opéré par la CIPD a aussi aidé à catalyser d'importants changements dans l'approche du système des Nations Unies au niveau national. Par exemple, en Inde, l'approche de la CIPD est en synergie avec le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), qui donne priorité à l'égalité entre les sexes et à la décentralisation, thèmes intersectoriels pour toute l'assistance du système des Nations Unies à l'Inde. Les principaux objectifs du Plan-cadre en promouvant l'égalité entre les sexes sont d'accroître la capacité de prise de décisions des femmes, de promouvoir l'égalité des chances, et de soutenir un changement de politique.

En Inde, les actions menées en collaboration ci-après sont reconnues promouvoir l'égalité entre les sexes :

- Mise en place d'un cadre d'analyse des politiques promouvant l'égalité entre les sexes;
- Appui à une base globale de données ventilées par sexe;
- Appui à la promotion de l'égalité entre les sexes;
- Aide à l'élaboration de plans soucieux d'égalité entre les sexes au niveau de l'État;
- Promotion de la recherche sur l'action interinstitutions concernant l'égalité entre les sexes.

En 2003, le Bureau du Directeur général de l'état civil et du Commissaire au recensement, le Ministère de la santé et de la protection familiale et l'UNFPA ont appelé l'attention sur le problème de l'avortement en fonction du sexe et de l'infanticide des filles, ainsi que sur la baisse du nombre des filles par rapport aux garçons qui en est la conséquence, en publiant une brochure intitulée *Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India*.

Dans son examen de l'application du Programme d'action de la CIPD, en 1999, l'Assemblée générale des Nations Unies a demandé qu'on agisse avec une vigueur redoublée pour corriger les inégalités entre les sexes, notamment en éliminant les pratiques et attitudes nuisibles et la discrimination contre femmes et filles. La population de tous les pays a été exhortée à ne tolérer à aucun degré la préférence pour les fils, la pratique de prendre un moindre soin des filles ou

de les considérer de moindre valeur, ainsi que toutes les formes de violence visant les femmes, à savoir notamment la coupure génitale féminine, le viol, l'inceste, la violence sexuelle et le trafic des humains. Les gouvernements ont été encouragés à modifier la législation, ainsi qu'à promouvoir des changements dans les domaines social, culturel et économique¹.

Les réalisations

Des progrès sensibles ont été accomplis vers ces objectifs dans les 10 années qui se sont écoulées depuis la CIPD, mais ces progrès ont été inégaux et se heurtent encore à de nombreux obstacles. L'enquête mondiale sur les progrès au niveau national menée par l'UNFPA en 2003 présente un tableau inégal². Un certain nombre de pays ont introduit des lois et des politiques, mais on a moins fait pour les traduire en programmes, appliquer ceux-ci et en contrôler l'exécution.

Néanmoins, d'importantes mesures ont été prises.

Par exemple, au Mexique, le Programme de santé féminine, placé sous l'autorité du Ministère de la santé, a formé le personnel du secteur sanitaire à promouvoir l'égalité entre les sexes dans son domaine spécifique d'action. L'Indonésie applique actuellement les instructions de la Présidente sur l'intégration de l'égalité entre les sexes dans le développement national par l'entremise d'équipes de gestion du développement, aux niveaux régional et provincial, qui comprennent des représentants du gouvernement, des ONG locales et des chercheurs. L'Iran a ouvert des centres spéciaux où des policières prêtent leurs services aux femmes victimes d'actes de violence, et institué des services de prévention et de conseil, notamment sous la forme de lignes téléphoniques ouvertes en permanence.

En Inde, selon le recensement de 2001, les écarts entre les sexes dans l'alphabétisation semblent diminuer dans certains des États où les problèmes ont été traditionnellement les plus graves, cela malgré l'inégalité continue entre les sexes dans l'éducation. Des tentatives novatrices sont conduites actuellement, comme dans l'État d'Haryana, pour accroître la fréquentation scolaire des filles en offrant de les faire accompagner entre le domicile et l'école de manière à apaiser les craintes des familles concernant leur sécurité. Au Mexique, le Conseil national de la population a engagé un vaste effort pour élargir le champ de la collecte des données sur une gamme étendue de problèmes liés au comportement en matière de reproduction et de sexualité.

Les ONG ont elles aussi mis en route des programmes très divers qui visent à concrétiser la promesse de la CIPD d'instaurer l'égalité et l'équité entre les sexes. À Calabar (Nigéria), par exemple, l'initiative Girls' Power mobilise les filles et leur donne les moyens d'assumer le contrôle de leur propre vie en s'opposant à la violence et en exigeant le

FORMER LES AGENTS SANITAIRES À FAIRE FACE À LA VIOLENCE SEXISTE

La violence sexiste est un problème mondial qui, comme le montrent les études, peut toucher une femme sur trois. Les violences, qui vont de l'attaque verbale au viol et à des pratiques traditionnelles telles que la coupure génitale féminine, causent un dommage physique et psychologique – et constituent une violation des droits fondamentaux. De nombreuses victimes ne voient jamais un médecin pour porter remède aux mauvais traitements subis, ce qui rend très difficile de leur venir en aide.

Dans le cadre de son action pour faire obstacle à la violence sexiste, l'UNFPA a soutenu la formation du personnel médical afin de le rendre plus attentif au cas des femmes qui ont peut-être subi des violences et de satisfaire à leurs besoins

sanitaires. Des interventions pilotes ont été conduites dans 10 pays : Cap-Vert, Équateur, Fédération de Russie, Guatemala, Liban, Lituanie, Mozambique, Népal, Roumanie et Sri Lanka.

À la suite de consultations avec les prestataires de soins de santé et leurs clientes, toutes les femmes ont fait l'objet d'un dépistage pour mauvais traitements dans certains projets pilotes. Les victimes possibles de mauvais traitements ont reçu un soutien juridique, médical et psychologique, ainsi qu'un aiguillage vers des centres médicaux en cas de besoin. Certaines interventions pilotes ont été menées en collaboration avec les autorités locales et des hôpitaux, d'autres avec des réseaux d'ONG. On s'est préoccupé de faire participer les communautés, et de créer des réseaux de soutien aux victimes de la violence sexiste qui comprennent des membres des forces de police et des prestataires de soins de santé, parallèlement à la délivrance de conseils.

L'UNFPA a aussi tenu des ateliers à l'intention des prestataires de soins de santé concernant l'identification des effets de la violence sexiste sur la santé des femmes et concernant la manière de déceler et prévenir les violences, ainsi que de venir en aide aux victimes. Au cours de ces ateliers, on a insisté sur l'obligation de la confidentialité et sur la nécessité d'un suivi.

Une évaluation a permis de constater le succès des interventions pilotes, qui méritent de continuer à recevoir un appui. Parmi les recommandations figure un appel lancé aux gouvernements pour qu'ils reconnaissent dans la violence sexiste un problème majeur de santé publique.

Sur la base de cette expérience, l'UNFPA a produit un manuel, *Comment aborder en pratique la violence liée au sexe*, qui a été traduit en sept langues.

respect de leurs droits. Un programme correspondant destiné aux garçons les forme à devenir de jeunes hommes plus soucieux de l'égalité entre les sexes.

S'ATTAQUER À L'INÉGALITÉ DANS LES PROGRAMMES DE SANTÉ. De nombreux programmes qui visent à réduire le nombre de grossesses non recherchées sont en cours dans des endroits où les femmes n'ont qu'une faible autonomie et, de manière générale, ne s'affirment pas dans les rapports avec leurs maris ou les prestataires de soins de santé.

Des interventions telles que le programme Choix pour une vie meilleure (*Better Life Options*), destiné aux jeunes femmes en Inde³, le Programme pour les mères adolescentes en Jamaïque⁴ et la Formation des formateurs à la santé et à l'affranchissement au Mexique⁵ visent à renforcer les aptitudes pratiques des femmes à la réflexion sur le long terme, à la solution de problèmes et à la prise de décisions, ainsi qu'à les persuader qu'elles sont capables de prendre des décisions importantes concernant leur vie et leur santé.

Certains programmes couronnés de succès instruisent les femmes de leurs droits en matière de reproduction et de leurs droits fondamentaux; d'autres leur offrent une formation diverse : alphabétisation, aptitudes à exercer un emploi, droits juridiques, fonction parentale, santé infantile et mobilisation sociale.

Les résultats de l'enquête mondiale

L'enquête mondiale conduite par l'UNFPA en 2003 a fourni un cadre utile pour évaluer ce qui a été fait dans le domaine

de l'égalité entre les sexes et de l'affranchissement des femmes. Cinq séries de mesures ont été considérées dans cette enquête : i) protéger les droits des filles et des femmes et promouvoir leur affranchissement; ii) s'attaquer à la violence sexiste, surtout dirigée contre les filles et les femmes; iii) améliorer l'accès à l'éducation primaire et secondaire et remédier aux inégalités entre les sexes dans l'éducation; iv) inspirer aux garçons et aux hommes des habitudes les inclinant à soutenir l'égalité entre les sexes, ainsi que les droits des femmes et leur affranchissement; et v) promouvoir la responsabilité masculine à l'égard de la santé en matière de reproduction – la leur propre et celle de leur partenaire.

PROMOTION DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES. Si plus de la moitié des 151 pays en développement ayant répondu avaient adopté une législation nationale, ratifié les conventions des Nations Unies et créé des commissions nationales de la femme, des progrès comparables n'ont pas été accomplis s'agissant de formuler des politiques et de mettre en place des programmes. Un tiers seulement des pays avaient pris de telles mesures. Moins encore (13 pays seulement) avaient élaboré des programmes de plaidoyer en faveur de l'égalité entre les sexes.

MESURES DESTINÉES À AFFRANCHIR LES FEMMES.

Environ la moitié des pays avaient élaboré des plans et des stratégies en faveur des femmes et visant à leur offrir des perspectives économiques, mais 28 pays seulement avaient

accru la participation politique des femmes et pas plus de 16 s'étaient dotés de programmes visant à sensibiliser les milieux gouvernementaux.

VIOLENCE SEXISTE. L'enquête a établi que 91 pays avaient adopté des lois pour mettre en échec et punir la violence sexiste, mais que 21 seulement les appliquaient effectivement. Trente-quatre pays seulement avaient donné aux prestataires de services ou aux représentants du gouvernement une formation relative à la violence sexiste, et 33 seulement avaient mis en place des mécanismes de suivi.

ACCÈS À L'ÉDUCATION. Quarante-deux pays seulement étaient en mesure d'augmenter le budget de l'enseignement et 28 seulement avaient offert des incitations aux familles pauvres pour envoyer leurs enfants à l'école. De plus, 13 pays seulement avaient incorporé aux programmes scolaires la sensibilisation à l'égalité entre les sexes et 16 seulement avaient augmenté le nombre d'écoles secondaires de filles.

ATTITUDES ET RESPONSABILITÉ MASCULINES. Vingt pays seulement ont signalé qu'ils élaboraient des plans et programmes concernant l'éducation à la santé des jeunes et des adolescents en matière de reproduction. Moins de la moitié des pays ayant répondu avaient mis en place des programmes destinés à éduquer les hommes concernant la santé en matière de reproduction – la leur propre et celle de leur partenaire.

Les progrès sur le plan juridique

Au cours des 10 dernières années, de nombreux pays ont adopté de nouvelles lois ou amendé leur législation en vue de faire progresser l'égalité entre les sexes, d'éliminer toutes les formes de discrimination fondée sur le sexe, aussi bien que de prévenir la violence sexiste et d'aggraver les peines frappant ceux qui l'infligent.

Parmi les pays qui ont adopté une législation bannissant la discrimination fondée sur le sexe, il faut citer Malte, Maurice (la législation de ce pays assure aux femmes l'égalité des droits, qu'elles soient enceintes ou non et quelle que soit leur situation matrimoniale) et le Mexique. La Colombie et la Slovénie ont promulgué des lois promouvant l'égalité des chances entre femmes et hommes, et un décret du Costa Rica appelle à améliorer les conditions de vie des femmes pauvres et leurs perspectives d'avenir.

Djibouti a adopté une législation mettant en place une Stratégie nationale pour une plus large participation des femmes au développement et un Plan d'action national qui stipule que toutes les politiques et lois seront évaluées en fonction de leur impact sur l'intégration de l'égalité entre les sexes dans le développement. La loi expose aussi en détail

les activités que le Gouvernement exercera pour promouvoir la santé en matière de reproduction et un égal accès des femmes à l'éducation, et pour améliorer la participation des femmes à la prise de décisions (dans la vie publique comme dans la famille) et au développement économique. La République de Corée a adopté une loi portant création d'une Commission de l'égalité entre les sexes qui est chargée de gérer les politiques en la matière.

Un certain nombre de constitutions, récemment rédigées ou amendées, comportent des dispositions énergiques en faveur de l'égalité entre les sexes. Par exemple, la Constitution de Bahreïn de 2002, tout en notant que la charia est la principale source de la législation, affirme l'égalité des femmes et des hommes dans l'activité politique et dans les domaines économique, social et culturel. La Constitution de Cuba de 2002 affirme que les époux sont égaux en droits et en devoirs. La Constitution du Timor-Leste postérieure à l'indépendance affirme l'égalité des droits des femmes et des hommes dans le mariage et la famille, ainsi que dans la vie sociale, économique et politique.

La Constitution du Rwanda de 2003 garantit aussi l'égalité des droits des époux dans le mariage et le divorce, bannit la discrimination sur la base du sexe et crée une Commission nationale des droits de la personne et un Conseil national des femmes. Elle garantit aussi le droit des femmes et des hommes à voter et à faire acte de candidature, exige l'application du principe « à travail égal, salaire égal » et proclame le droit à l'éducation. En 2002, le Togo a amendé sa constitution en vue d'assurer l'égalité entre les sexes devant la loi et dans les relations professionnelles.

La Pologne a créé un poste dont le titulaire, qui relève directement du Premier Ministre, est doté de pleins pouvoirs pour assurer aux femmes l'égalité avec les hommes et a reçu mission d'analyser la situation juridique et sociale des femmes et de promouvoir l'équité entre les sexes par les lois et les politiques gouvernementales⁶.

En 2000, en Azerbaïdjan, un décret présidentiel a enjoint au Gouvernement de veiller à ce que femmes et hommes soient représentés à égalité dans l'administration publique et que les réformes en cours instaurent l'égalité des chances entre les deux sexes. Les organismes gouvernementaux ont aussi reçu pour instruction de nommer un responsable de l'égalité entre les sexes dans chaque bureau de district⁷.

VIOLENCE SEXISTE. Une autre priorité de la législation adoptée par de nombreux pays est de faire face à la violence familiale et sexuelle dirigée contre les femmes⁸. Au Bangladesh, de nouvelles lois font de la violence contre les femmes un délit punissable et des codes de conduite visent le harcèlement sexuel sur les lieux de travail. La Belgique, le Pérou et la Serbie-et-Monténégro ont amendé les lois pour

définir le harcèlement sexuel et en faire un délit dont les victimes peuvent chercher réparation par la voie judiciaire.

La Belgique, l'Espagne, le Portugal, la République dominicaine et l'Uruguay, entre autres pays, ont adopté des lois qui aggravent les peines visant la violence sexiste. Au Brésil, une loi de 2003 a créé au niveau national une ligne téléphonique gratuite et ouverte en permanence, un personnel spécialement formé à cette fin répondant aux femmes qui signalent des cas de sévices familiaux.

Les lois ont également été modifiées concernant le trafic des humains. De nombreux pays ont promulgué des lois pour lutter contre le trafic des femmes et des filles, et beaucoup également ont ratifié les traités internationaux⁹. La République démocratique du Congo a banni le trafic des enfants dans son code du travail de 2002.

Si la plupart des gouvernements déclarent reconnaître l'importance de promouvoir l'égalité entre les sexes et l'affranchissement des femmes, beaucoup trouvent difficile de travailler directement avec les femmes au niveau communautaire. En conséquence, dans des pays tels que la Jamaïque, la Malaisie et le Mozambique, les ONG de femmes mettent en œuvre de tels programmes. Les ONG se montrent souvent plus efficaces avec les victimes de la violence sexiste, car celles-ci les jugent plus sympathiques et ont généralement plus de confiance en elles.

Des ONG forment aussi les officiers de police, les magistrats et d'autres catégories professionnelles à s'occuper des victimes de la violence sexiste quand elles recherchent de l'aide. En Éthiopie, par exemple, l'Association des femmes juristes agit contre la violence familiale et les sévices sexuels. Le Conseil national éthiopien des pratiques traditionnelles et d'autres ONG s'efforcent activement d'éliminer les pratiques traditionnelles nuisibles comme la coupure génitale féminine. Aux Philippines, des ONG ont créé des centres de crise à l'intention des femmes victimes de la violence familiale.

Des ONG jamaïcaines, dont l'Association des organisations féminines de la Jamaïque, Fathers' Incorporated et le Bureau des affaires féminines, ont collaboré entre 1999 et 2002 afin d'accroître la prise de conscience de la violence sexiste. Elles se sont efforcées d'élargir la couverture du problème par les médias et d'éduquer les forces de police, les magistrats, les professionnels de la santé et du droit concernant l'importance de réagir avec force à la violence contre les femmes et de mettre en place des systèmes de soutien aux victimes.

DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION. Au cours de la dernière décennie, les ONG de nombreux pays ont de plus en plus participé au suivi des droits en matière de reproduction et utilisé les procédures d'établissement de rapports relatifs

aux instruments internationaux des droits de la personne que leurs gouvernements ont ratifiés. Beaucoup soumettent des « contre-rapports » pour compléter ceux qui sont présentés par le gouvernement de leur pays et assistent aux sessions du comité de suivi pertinent quand il examine le rapport de leur pays.

Dans certains pays tels que l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie et le Nigéria, les commissions des droits de la personne peuvent jouer un rôle important s'agissant de veiller à ce que les droits en matière de reproduction soient respectés, et elles peuvent aider à obtenir une réparation en cas de violation de ces droits. D'autres pays ont des ombudsmen ou d'autres mécanismes auxquels les groupes de la société civile peuvent recourir.

PARTICIPATION MASCULINE. Il est reconnu que les ONG sont souvent plus efficaces que les organismes gouvernementaux s'agissant d'encourager les hommes à assumer la responsabilité de leur comportement reproductif et sexuel et de leurs rôles social et familial. Au Cambodge, par exemple, l'association « Les hommes contre la violence contre les femmes » a activement participé avec des ONG de femmes et d'autres ONG à une campagne de 16 jours sur le thème de la violence sexiste.

Aux Philippines, des ONG promeuvent activement le soutien des hommes à l'affranchissement des femmes et à leurs droits dans le domaine de la santé en matière de reproduction. Et le Centre des femmes de la Jamaica Foundation conseille les jeunes pères et forme des éducateurs masculins de même âge dans le cadre de son programme, intitulé « De jeunes hommes en danger ».

La CIPD et les MDG

L'objectif 3 du Millénaire pour le développement, « Promouvoir l'égalité entre les sexes et affranchir les femmes », reflète les objectifs de la CIPD. Son principal but concernant la mesure des progrès est toutefois assez limité : éliminer les inégalités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2005, et à tous les niveaux d'éducation d'ici à 2015.

L'équipe de travail 3 du Projet du Millénaire sur l'éducation primaire et l'égalité entre les sexes a adopté un cadre opérationnel plus large, qui évalue l'égalité entre les sexes et l'affranchissement des femmes selon trois dimensions : 1) *capacités humaines* mesurées par l'éducation, la santé et la nutrition; 2) *accès aux ressources et aux possibilités*, ce qui se réfère aux avoirs économiques et à la participation politique; et 3) *sécurité* sur le plan de la vulnérabilité à la violence¹⁰.

Faisant appel à de très nombreuses données en provenance d'un large éventail de pays, l'équipe de travail a identifié des priorités stratégiques pour l'action aux niveaux national et

En 2003, le Département Sexospécificités et santé féminine (OMS) a présenté une analyse de la manière dont, en usant d'une optique sexospécifique, on renforcerait l'efficacité des efforts menés pour atteindre les MDG relatifs à la santé, outre l'objectif 3.

Les recommandations de l'OMS portent notamment sur les points suivants : prêter attention aux impacts de la préférence donnée aux fils sur le plan alimentaire et de l'accès limité des filles et des femmes aux soins de santé; réduire la charge de travail des filles et des femmes; s'attaquer au fait que la pandémie du VIH frappe de plus en plus les femmes en raison de pratiques sexistes traditionnelles et d'une orientation inappropriée des programmes; et s'attaquer aux effets spécifiques de l'appartenance à l'un ou l'autre sexe dans l'incidence du paludisme et de la tuberculose. Pour réduire la pollution de l'air à l'intérieur des bâtiments, qui affecte en particulier femmes et filles, l'OMS donne priorité à la fourniture de combustibles de cuisine et d'éclairage plus propres.

international; il existe une forte synergie entre ces priorités et l'approche de la CIPD. L'élimination des écarts entre les sexes dans l'enseignement secondaire et l'élargissement de l'accès des adolescentes et des femmes à l'information et aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité occupent une place centrale dans le renforcement des capacités féminines.

Les priorités en matière d'amélioration des possibilités d'ordre économique et politique sont les suivantes : investir dans l'infrastructure dans un esprit favorable aux femmes pour que leur temps de travail et l'ennui de leurs tâches quotidiennes diminuent; réduire la discrimination contre les femmes dans l'emploi et la rémunération; réduire les inégalités entre les sexes dans l'accès à la propriété et l'héritage; et augmenter la part des sièges attribués aux femmes dans les organes de gouvernement aux niveaux local et national. Pour améliorer la sécurité des femmes, il est essentiel de prendre des mesures qui réduiront sensiblement la fréquence des actes de violence contre filles et femmes.

Des problèmes redoutables : Remplir le verre à demi-vidé

Une récente analyse des rapports nationaux sur les progrès accomplis vers la réalisation des MDG a établi ce qui suit : « En dépit de la perspective basée sur les droits que reflètent la plupart des rapports dans les discussions sur l'objectif 3 [promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes], la manière dont la place des femmes est considérée dans les discussions menées au sujet d'autres objectifs continue de n'être pas basée sur les droits et réduit cette place à un simple élément d'explication. C'est le cas, par exemple,

des discussions sur la mortalité infantile dans plusieurs rapports, où le fait que les femmes ne sachent pas s'y prendre pour soigner et nourrir les nourrissons est très généralement présenté comme un obstacle à la réalisation de l'objectif. Une telle formulation ne tient aucun compte des variables sexospécifiques qui interviennent dans la survie de l'enfant, tout en acceptant sans aucun commentaire le fait que les pères ne jouent aucun rôle dans la fonction parentale et les soins aux enfants. »¹¹

Même 10 après Le Caire, le rapport a établi que les femmes sont encore vues sous l'angle de leur vulnérabilité et présentées généralement dans les limites de leur rôle traditionnel de mère ou comme victimes – non pas comme acteurs dans le processus de développement.

Parmi les autres obstacles, il faut citer le manque persistant de données de bonne qualité ventilées par sexe, la maigreur des ressources financières et techniques attribuées aux programmes conçus pour les femmes aux niveaux tant international que national, et la profonde incertitude concernant les mérites relatifs de l'intégration des problèmes sexospécifiques dans tous les contextes par opposition aux programmes centrés sur les femmes.

DONNÉES. En l'absence de données ventilées par sexe, il devient impossible de marquer des points de repère dans le déroulement d'une politique ou d'un programme et d'en contrôler l'efficacité. Dans la plupart des pays, les données

LA CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES

Pour que l'approche des problèmes de population fondée sur les droits se traduise en des lois, des politiques et des programmes efficaces, il faut que le plus important instrument des droits fondamentaux existant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), soit utilisé efficacement.

L'équipe de travail 3 du Projet du Millénaire sur l'enseignement primaire et l'égalité entre les sexes a recommandé d'utiliser la CEDAW pour suivre les progrès et imposer un exercice plus rigoureux des responsabilités concernant l'égalité entre les sexes et l'affranchissement des femmes. Une étude menée en 2000 a conclu qu'une utilisation efficace de la CEDAW suppose que celle-ci soit très généralement connue; qu'un dialogue s'engage entre les représentants des gouvernements, les membres du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et les ONG; que des indicateurs ventilés par sexe soient utilisés pour assurer un suivi rigoureux des politiques, des lois et des budgets; et que les gouvernements reconnaissent la manière d'établir un lien entre leurs politiques et la CEDAW.

Jusqu'à présent, la CEDAW n'a pas été suffisamment utilisée pour suivre de près l'application du Programme d'action de la CIPD ou pour élaborer les mécanismes qui faciliteraient cette application.

disponibles sur l'activité économique des femmes et leur capacité de prendre des décisions, comme sur les impacts différenciés des programmes de lutte contre la pauvreté ou d'autres programmes, comportent encore de sérieuses lacunes. Les données qui permettent des comparaisons de pays à pays sont encore plus rares. Les efforts actuellement en cours pour combler ces lacunes doivent recevoir priorité et être conduits plus énergiquement¹².

RESSOURCES LIMITÉES. Un second problème permanent tient à la maigreur des ressources. De nombreux engagements pris par les gouvernements et les institutions n'ont pu être respectés en raison du manque de fonds. Les programmes nationaux en faveur de la promotion de la femme sont particulièrement exposés à des coupures budgétaires arbitraires durant les périodes d'austérité. Une tendance extrêmement regrettable consiste à amputer le financement des programmes centrés sur les femmes pour la raison que les questions sexospécifiques sont désormais considérées dans tous les contextes à l'organisme ou l'institution en question.

INTÉGRATION DES QUESTIONS SEXOSPÉCIFIQUES DANS TOUS LES CONTEXTES. Cette intégration est devenue l'approche préférée dans les années 90, devant le fait reconnu que les programmes ou institutions centrés sur les femmes sont faciles à isoler ou marginaliser. Elle constitue cependant un processus difficile, où les pratiques optimales sont encore en train d'évoluer.

L'enquête mondiale de l'UNFPA a établi que la compréhension de ce que signifie l'approche « égalité entre les

sexes » et de la manière de la mettre en œuvre dans le cadre des programmes et des politiques, comme l'a demandé la CIPD, laissait encore beaucoup à désirer. Les activités d'intégration des questions sexospécifiques dans tous les contextes, si elles sont conduites sans qu'un organisme féminin les appuie, risquent d'être mal centrées et encore plus faciles à ignorer que les initiatives centrées sur la femme. Ce qu'il faut, c'est une combinaison des activités d'intégration (en s'efforçant de déterminer ce qui donne ou ne donne pas de résultats, et pour quelle raison, au sein des institutions clefs¹³) et d'un mécanisme entre les mains de femmes, pourvu de ressources et de moyens de financement suffisants (à savoir notamment les ministères des affaires féminines ou de l'égalité entre les sexes, et les responsables des problèmes sexospécifiques dans les ministères, commissions ou départements), qui ait la capacité technique et l'envergure politique voulues pour lancer des politiques et programmes.

VOLONTÉ POLITIQUE. Derrière ces facteurs se posent les questions du poids et de l'engagement politiques. Dans les situations où un mouvement national de femmes vigoureux est en mesure de plaider pour les politiques, programmes et ressources nécessaires, le progrès peut être rapide. Dans d'autres situations, des ONG et d'autres organisations de la société civile gèrent des programmes intéressants en faveur de l'égalité entre les sexes, mais la plupart n'ont pas été amplifiés au point de devenir des programmes soutenus par le gouvernement. Cependant, même dans les situations où le mouvement de femmes manque de force, les dirigeants politiques peuvent jouer un rôle important dans le plaidoyer pour l'égalité entre les sexes et l'affranchissement des femmes.



6 Santé en matière de reproduction et planification familiale

Les lacunes dans les soins de santé en matière de reproduction et de sexualité sont responsables de près d'un cinquième des cas de mortalité prématurée et de morbidité dans le monde entier, et d'un tiers des maladies et décès chez les femmes d'âge procréateur¹.

À la conférence du Caire, la communauté internationale s'est ralliée à un nouveau et vaste concept de la santé et des droits en matière de reproduction, y compris la planification familiale et l'hygiène sexuelle. Elle a demandé l'intégration de la planification familiale et des soins de santé maternelle et infantile dans un ensemble plus vaste de services, dont le contrôle du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Pour réduire le nombre de grossesses non recherchées, améliorer la santé maternelle et freiner la pandémie du VIH/sida, il est apparu essentiel d'élargir l'accès aux services et de répondre aux besoins et aux vœux exprimés par les clients.

La CIPD s'est fixé pour objectifs d'assurer à tous, d'ici à 2015, un accès sans obligation à un éventail complet d'informations et de services relatifs à la santé en matière de reproduction. Les délégués ont également convenu que la santé en matière de reproduction et de sexualité constitue un droit fondamental, qui fait partie du droit général à la santé.

Depuis 1994, d'importants progrès ont été réalisés vers l'objectif fixé par la CIPD de l'accès universel aux services

de santé en matière de reproduction. L'enquête mondiale menée par l'UNFPA en 2003 a établi que la plupart des pays ont institué des politiques et programmes de santé en matière de reproduction ou les ont élargis. Beaucoup ont sensiblement modifié la manière dont les services de santé maternelle et infantile et la planification familiale sont offerts², réorientant les services afin d'en améliorer la qualité et de mieux répondre aux besoins et désirs des clients. L'augmentation de l'utilisation de contraceptifs parmi les couples indique un accès accru à la planification familiale³. Une attention accrue a été portée aux droits en matière de reproduction dans les lois et les politiques.

Depuis 1994, les gouvernements, les organismes internationaux et les ONG se sont préoccupés avant tout d'accroître la demande de contraception, non pas seulement d'offrir davantage de fournitures. Accroître la demande, cela signifie mieux satisfaire aux besoins et aux désirs des clients et offrir un vaste ensemble de méthodes de planification familiale et des soins de meilleure qualité, grâce à des centres bien approvisionnés et à un personnel poli, bien formé et capable de dispenser des renseignements.

Mais des millions de personnes – en particulier les pauvres – n'ont pas encore accès à des services de qualité, notamment aux méthodes modernes de planification

LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION - UN CONCEPT GLOBAL

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

— Programme d'action de la CIPD, par. 7.2

familiale, aux services obstétricaux d'urgence, à la prévention et à la gestion des IST. La demande augmente plus vite que les ressources pour y répondre. Et, en de nombreux pays, divers facteurs ont limité les progrès dans l'intégration des services existants et la mise en place des synergies envisagées par la CIPD.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MONDIALE. Les réponses des pays à l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003 indiquent que des progrès ont été réalisés dans l'élargissement de l'accès à la santé en matière de reproduction et dans l'intégration de la planification familiale aux autres services. Mais des problèmes considérables ont également été signalés. Dans la décennie écoulée depuis la CIPD, les pays ont accepté l'idée et la pratique de la santé en matière de reproduction. Ils ont étoffé leurs programmes pour atteindre davantage de personnes ayant besoin des services et pour intégrer la planification familiale aux soins prénatals et postnatals, aux services d'accouchement, à la prévention des IST et du VIH/sida, au dépistage du cancer du col de l'utérus, et à l'aiguillage vers un traitement plus approfondi quand besoin est.

On a également mis de plus en plus l'accent sur l'amélioration de l'accès aux groupes sous-desservis, notamment les très pauvres et les habitants des zones rurales, et sur l'octroi aux pauvres des moyens de mieux faire entendre leur voix dans la définition des politiques, de telle manière que l'information et les services soient adaptés à leurs situations particulières. Les pays intègrent également la santé en matière de reproduction, notamment la planification familiale et l'hygiène sexuelle, aux services de soins de santé primaires dans le contexte de la réforme du secteur sanitaire et des immenses changements intervenus concernant les dispositions en matière d'organisation, d'administration et de financement.

ÉVOLUTION JURIDIQUE. Depuis la CIPD, de nombreux pays ont adopté des lois visant à élargir l'accès de toutes les femmes et de tous les hommes aux soins de santé en matière de reproduction et à garantir que les femmes et les adolescentes enceintes ne sont pas exclues de l'école ou de l'emploi et n'y font pas l'objet d'une discrimination. L'enquête mondiale de l'UNFPA a établi que, depuis 1994, 46 pays avaient promulgué de nouvelles lois en la matière.

Par exemple, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'exigence du "consentement de l'époux" pour faire usage de contraceptifs a été éliminée et les adolescents âgés de 16 ans au moins peuvent avoir accès aux services de santé en matière de reproduction sans le consentement de leurs parents. La République démocratique populaire lao a adopté une politique nationale d'espacement des naissances, inversant une politique pronataliste adoptée dans les années 90. En vertu

de cette nouvelle politique, la contraception est offerte gratuitement, mais sans aucune contrainte.

La politique nationale de santé du Belize définit les droits en matière de reproduction, y compris les services de dépistage et d'accompagnement psychologique concernant l'infection par le VIH; assure une exemption fiscale aux ONG qui fournissent des services de santé; et fixe des protocoles relatifs aux services de planification familiale.

Dans l'enquête mondiale, 20 pays ont fait mention de campagnes de plaidoyer qui promeuvent les droits en matière de reproduction. Dix-huit ont mis en relief des changements institutionnels. Par exemple, en Micronésie, les étudiantes enceintes sont autorisées à poursuivre leurs

12

L'OMS ADOPTE UNE STRATÉGIE GLOBALE SUR LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION POUR ATTEINDRE LES MDG

En mai 2004, la 57^e Assemblée mondiale de la santé a adopté la première stratégie de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé en matière de reproduction. Le but est d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs de santé en matière de reproduction fixés à la CIPD et à son suivi après cinq ans.

La stratégie identifie cinq aspects prioritaires de la santé en matière de reproduction et de sexualité :

- Améliorer les soins prénatals, lors de l'accouchement et du post-partum, et les soins aux nouveau-nés;
- Fournir des services de haute qualité pour la planification familiale, y compris les services destinés à remédier à la stérilité;
- Éliminer l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses;
- Lutter contre les IST, dont le VIH, les infections de l'appareil génital, le cancer du col de l'utérus et d'autres états gynécologiques morbides;
- Promouvoir la santé sexuelle.

L'Assemblée a reconnu le Programme d'action de la CIPD et exhorté les pays à :

- Adopter et appliquer la nouvelle stratégie dans le cadre des efforts nationaux vers la réalisation des MDG;
- Prendre en considération la santé en matière de reproduction et de sexualité aux stades de la planification et de la budgétisation;
- Renforcer la capacité des systèmes de santé d'assurer l'accès de tous aux soins de santé en matière de reproduction et de sexualité, notamment la santé des mères et des nouveau-nés, avec la participation des communautés et des ONG;
- Veiller à ce que la mise en œuvre du Programme d'action bénéficie aux pauvres et aux autres groupes marginalisés, y compris les adolescents et les hommes;
- Inclure tous les aspects de la santé en matière de reproduction et de sexualité dans le suivi au niveau national et dans l'établissement de rapports sur les progrès accomplis vers la réalisation des MDG.

études et les adolescents ont reçu le droit de recourir à la contraception sans le consentement écrit des parents. Dix pays ont adopté une législation de la famille visant à rendre les hommes plus responsables de la santé en matière de reproduction.

La planification familiale et l'hygiène sexuelle

La CIPD a appelé tous les pays à prendre des mesures pour répondre aux besoins de leurs populations respectives en matière de planification familiale et pour assurer, d'ici à 2015, l'accès de tous à un éventail complet de méthodes de planification familiale sans danger et fiables. Les buts étaient d'aider les couples et les individus à atteindre leurs objectifs de procréation; de prévenir les grossesses non désirées et de réduire le nombre de grossesses à haut risque; de rendre abordables, acceptables et accessibles à tous des services de planification familiale qui soient de qualité; d'améliorer la qualité de l'information, des conseils et services en matière de planification familiale; et d'accroître la participation des hommes à la pratique de la planification familiale.

AVANTAGES DU CHOIX. La planification familiale permet aux individus et aux couples de déterminer le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance – droit fondamental de la personne reconnu. Des bénéfices pratiques sont acquis à de nombreux niveaux :

- Pour les individus, amélioration de la santé maternelle et infantile; élargissement des chances offertes aux femmes en matière d'éducation, d'emploi et de participation sociale; réduction des risques de santé; et limitation du recours à l'avortement;
- Pour les familles, moindre compétition et moindre éparpillement des ressources; recul de la pauvreté des ménages; et possibilité accrue de prise de décisions en commun;
- Pour la société, accélération de la transition démographique; et possibilité de tirer parti de la "prime démographique" (voir Chapitre 2) pour accélérer le développement économique.

L'accès et le recours à la contraception

Depuis 1994, le taux du recours à la planification familiale est passé dans le monde entier de 55 % à environ 61 % des couples mariés. Il a augmenté d'au moins un point de pourcentage chaque année dans 68 % des pays pour lesquels les données sont disponibles et d'au moins 2 points dans 15 % de ces pays. Ce taux varie selon les régions, allant d'environ 25 % en Afrique à près de 65% en Asie (où le taux élevé enre-

13

COÛTS ET AVANTAGES DE L'UTILISATION DE CONTRACEPTIFS

Au coût d'environ 7,1 milliards de dollars par an, l'utilisation de contraceptifs modernes prévient actuellement chaque année :

- 187 millions de grossesses non recherchées;
- 60 millions de naissances non planifiées;
- 105 millions d'avortements provoqués;
- 2,7 millions de décès infantiles;
- 215 000 décès liés à la grossesse (dont 79 000 dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses);
- Pour 685 000 enfants, la perte de leur mère du fait de décès liés à la grossesse .

Il y a environ 201 millions de femmes dont le besoin d'une contraception efficace n'est pas satisfait. La satisfaction de leur besoin, à un coût annuel estimatif de 3,9 milliards de dollars, éviterait environ 52 millions de grossesses chaque année (dont la moitié seraient différées, conformément aux désirs exprimés).

La prévention ou le retard de ces grossesses non recherchées éviterait également :

- 23 millions de naissances non planifiées (soit une réduction de 60 %);
- 22 millions d'avortements provoqués (soit une réduction de 64 %);
- 1,4 million de décès infantiles;
- 142 000 décès liés à la grossesse (dont 53 000 dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses);
- Pour 505 000 enfants, la perte de leur mère du fait de décès liés à la grossesse.

gistré en Chine relève la moyenne), et à 70 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, ainsi que dans les régions développées.

Cependant, de nombreux pays, en particulier les plus pauvres, n'ont encore qu'un accès restreint aux contraceptifs, et le choix l'est également. Si la Chine (avec sa nombreuse population et sa forte prévalence) est laissée à l'écart des calculs, seulement 46 % des femmes mariées recourent à la contraception en Asie. Dans les pays les moins avancés, la moyenne est beaucoup plus faible.

L'appui des gouvernements aux méthodes de contraception – par l'entremise d'établissements publics tels qu'hôpitaux, dispensaires, centres de santé et postes sanitaires, ainsi qu'à l'aide d'agents de terrain – n'a cessé d'augmenter depuis les années 70. En 2001, les gouvernements de 92 % de tous les pays prêtaient appui aux programmes de planification familiale.

La prévalence des contraceptifs a augmenté dans chacun des 20 pays ayant fait l'objet de deux enquêtes depuis le

milieu des années 90, avec une moyenne de départ de 28 %, qui est passée à 35 %. La proportion des besoins satisfaits par des méthodes modernes a augmenté dans 19 de ces pays⁴, où une augmentation moyenne de 94 % a été enregistrée dans le quintile le plus pauvre de la population. Dans 10 pays, l'augmentation annuelle des besoins satisfaits a été plus importante pour le quintile le plus pauvre que pour l'ensemble de la population.

Les besoins non satisfaits

On parle de besoins non satisfaits par référence aux femmes et aux couples qui ne veulent pas d'autres enfants dans les deux prochaines années, ou qui n'en veulent plus, mais n'utilisent aucune méthode de contraception⁵. Les besoins non satisfaits résultent de la demande croissante, des limitations imposées à la prestation de services, du manque de soutien dans les communautés et auprès des conjoints, d'une mauvaise information, des coûts, et des difficultés de transport.

La CIPD a donné priorité à la réduction des besoins non satisfaits, principe directeur s'agissant de garantir que les naissances sont le résultat d'un choix volontaire et informé⁶. L'examen des progrès réalisés dans l'application du Programme d'action (1999) a adopté les indicateurs repères suivants : la réduction des besoins non satisfaits, d'ici à 2005, à la moitié des niveaux de 1990, et la satisfaction de tous les désirs exprimés en matière de fécondité d'ici à 2015⁷.

La capacité des individus de satisfaire leurs désirs concernant le nombre d'enfants et l'espacement de leur naissance est de grande importance sur les plans personnel et démographique. Dans les pays en développement, la fécondité totale dépasse régulièrement la fécondité réellement voulue d'après les déclarations individuelles; la différence entre les deux est en moyenne d'environ 0,8 enfant⁸. À mesure que l'on désire moins d'enfants, les besoins non satisfaits tendent à augmenter jusqu'à ce que la capacité des services rejoigne la demande d'un nombre moindre de naissances et d'intervalles plus longs entre les naissances. Après cela, de nouveaux progrès dans l'accessibilité des services permettent de réduire les besoins non satisfaits⁹.

DES ÉCARTS SUBSTANTIELS - ET CROISSANTS. Malgré la hausse de la prévalence des contraceptifs, environ 137 millions de femmes ont encore un besoin non satisfait de contraception¹⁰ et 64 millions d'autres utilisent des méthodes traditionnelles de planification familiale, qui sont moins fiables que les méthodes modernes¹¹. Au total, 29 % des femmes des pays en développement ont un besoin non satisfait de contraception moderne. La proportion la plus élevée, qui représente un multiple du niveau actuel d'utilisation, se rencontre dans l'Afrique subsaharienne, où 46 % des femmes exposées à une grossesse non recherchée n'utilisent aucune méthode¹².

Les obstacles à l'utilisation de contraceptifs sont les suivants :

- Manque de services accessibles et pénurie d'équipement, d'installations et de personnel;
- Manque d'un choix de méthodes appropriées à la situation de la femme et de sa famille¹³;
- Ignorance concernant la sécurité, l'efficacité et la disponibilité des choix;
- Médiocre interaction entre prestataire de soins et client¹⁴;
- Absence de soutien communautaire ou conjugal;
- Mauvaise information et rumeurs;
- Effets secondaires pour certaines femmes, et suivi insuffisant pour promouvoir le passage d'une méthode à une autre ou garantir une utilisation et un dosage appropriés;
- Contraintes financières.

Les jeunes sont particulièrement touchés par l'absence de méthodes à effet temporaire, une insuffisante confidentialité, et le manque d'ouverture des prestataires à leurs points de vue¹⁵.

Malgré des décennies d'efforts pour atténuer ces limitations, de nombreux problèmes persistent. Le déclin des systèmes de santé en de nombreux pays a réduit l'accès aux services et la qualité du personnel. La diminution du soutien des donateurs et l'insuffisance des investissements nationaux ont nui aux programmes. Les redevances d'usager, qui sont supposées promouvoir la durabilité des services et abaisser les coûts supportés par le secteur public, ont aggravé les inégalités. La faiblesse des salaires et les mauvaises conditions de travail conduisent le personnel à quitter les services de santé publique pour le secteur privé, diminuant ainsi encore davantage l'accès des pauvres tout en poussant les "presque pauvres" dans la pauvreté.

En 1999, au moins 300 millions de femmes mariées n'avaient pas accès aux pilules, DIU ou préservatifs¹⁶. Près de 400 millions ne disposaient pas d'un éventail complet de choix de contraception, y compris la stérilisation volontaire. Depuis lors, les rapports nationaux montrent que des méthodes de contraception multiples sont devenues progressivement plus disponibles.

La figure 3 montre la relation entre l'utilisation de contraceptifs (y compris les méthodes traditionnelles) et les besoins non satisfaits, sur la base des données d'enquêtes de la dernière décennie. Le schéma attendu se dégage claire-

ment : les besoins non satisfaits sont les plus grands dans les pays où la prévalence est comprise entre 25 et 40 %.

L'augmentation de l'utilisation des méthodes modernes a généralement pour effet de réduire les besoins non satisfaits. Dans les pays à faible niveau d'utilisation des méthodes modernes, les besoins non satisfaits varient considérablement, en fonction du niveau de demande non satisfaite et du degré auquel la population recourt aux méthodes traditionnelles disponibles avant que les services de contraception moderne ne soient offerts.

PAUVRETÉ ET NOMBRE D'ENFANTS SOUHAITÉ. Les pauvres veulent généralement plus d'enfants que les gens aisés¹⁷. Les parents voient sans doute des avantages à disposer de davantage de bras pour la culture de subsistance, par exemple, ou espèrent s'assurer qu'ils auront des enfants survivants dans leur vieillesse. La limitation de leurs perspectives fait aussi que les pauvres voient généralement moins de raisons d'ordre social et économique d'investir davantage en des enfants moins nombreux plutôt que superficiellement en beaucoup d'enfants¹⁸.

Mais, même dans les familles pauvres, le nombre d'enfants souhaité diminue depuis plusieurs décennies, malgré la persistance d'attitudes et de traditions favorables aux familles nombreuses. Cela se traduit par le niveau élevé des besoins non satisfaits chez les pauvres. Il y a beaucoup moins de différence entre les pauvres et les gens aisés concernant le désir de retarder une autre naissance ou de l'éviter que dans l'utilisation des contraceptifs.

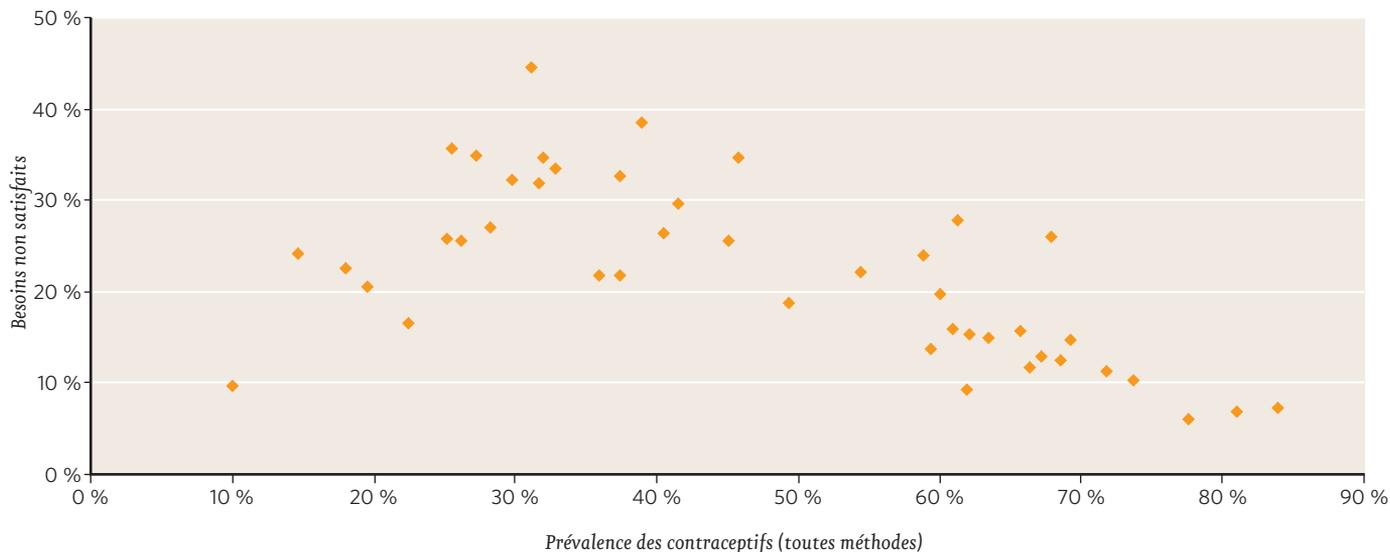
La proportion de la demande satisfaite par la planification familiale moderne augmente considérablement à mesure que son utilisation se répand. Dans tous les cas, les groupes de population aisés sont mieux à même de satisfaire leurs souhaits en matière de reproduction à l'aide de moyens de contraception modernes. Là où la prévalence est faible, près d'un tiers des couples du groupe de revenu le plus élevé qui souhaitent différer ou éviter une naissance utilisent un moyen moderne de contraception. Parmi les pauvres, la proportion de ceux qui satisfont leurs souhaits¹⁹ au moyen de méthodes modernes n'atteint pas le même niveau tant que l'acceptation des contraceptifs n'est pas plus répandue.

Les différences entre l'accès des groupes de population pauvres et aisés à la planification familiale sont fort surprenantes. Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, par exemple, les femmes du quintile le plus riche de la population ont accès à la contraception et y recourent cinq fois plus souvent que les femmes du quintile le plus pauvre²⁰.

Le choix des méthodes

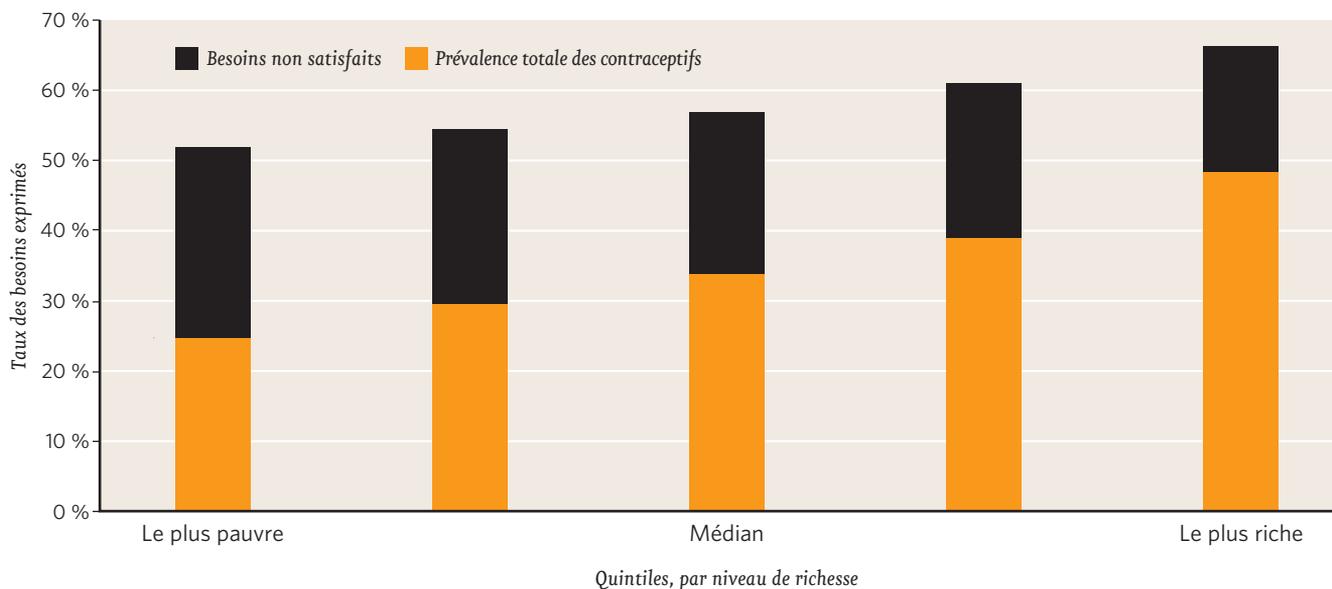
Les méthodes modernes représentent aujourd'hui 90 % de l'utilisation de contraceptifs dans le monde entier. En particulier, trois méthodes relevant de la femme sont les plus couramment utilisées : stérilisation féminine, dispositif intra-utérin et pilules. Dans un tiers de tous les pays, une méthode unique, généralement la stérilisation ou la pilule, représente au moins la moitié de l'utilisation totale de contraceptifs. L'utilisation des préservatifs a augmenté dans la grande majorité des pays en développement.

Diagramme 3 : Besoins non satisfaits et prévalence totale



Source : Données fournies par K. Johnson, ORC MACRO, International, à partir des Enquêtes démographiques et sanitaires.

Diagramme 4 : Demande totale moyenne par niveau de richesse



Source: Données fournies par K. Johnson, ORC MACRO, International, à partir des Enquêtes démographiques et sanitaires.

Dans l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003, 126 pays ont signalé avoir pris des mesures afin d'élargir le choix des contraceptifs. Quarante-vingt-huit d'entre eux ont pris des mesures multiples, qui consistent notamment à rendre plus généralement accessibles les contraceptifs d'urgence (68 pays) et les préservatifs féminins (65), à améliorer la logistique afin de garantir la disponibilité des contraceptifs (43) et à fournir des contraceptifs ou des services subventionnés ou gratuits (27)²¹.

CONTRACEPTION D'URGENCE. L'expression se réfère à la prévention de la grossesse après un rapport sexuel non protégé. Les recherches menées au cours des 30 dernières années ont montré que les pilules de contraception d'urgence (doses spéciales des pilules contraceptives ordinaires) sont sans danger et efficaces si elles sont utilisées dans un délai de 72 heures. Comme l'a déclaré l'OMS, "les pilules contraceptives d'urgence n'interrompent pas une grossesse et ne constituent donc pas une forme d'avortement"²².

Un nombre croissant de pays ont introduit la contraception d'urgence depuis la CIPD; certains ont permis aux femmes d'y avoir plus facilement accès, par exemple en mettant fin aux restrictions sur la vente libre du produit. L'Inde, l'Iran et le Népal le fournissent par l'entremise du programme national de planification familiale. En République dominicaine, la contraception d'urgence peut être obtenue dans les pharmacies privées, tandis qu'en Malaisie et au Pakistan des ONG la fournissent.

Les programmes qui s'attaquent à la violence sexuelle offrent souvent des pilules contraceptives d'urgence en même temps que des conseils aux femmes qui ont été violées. Au Chili, les médecins et les services hospitaliers d'urgence peuvent leur distribuer la pilule.

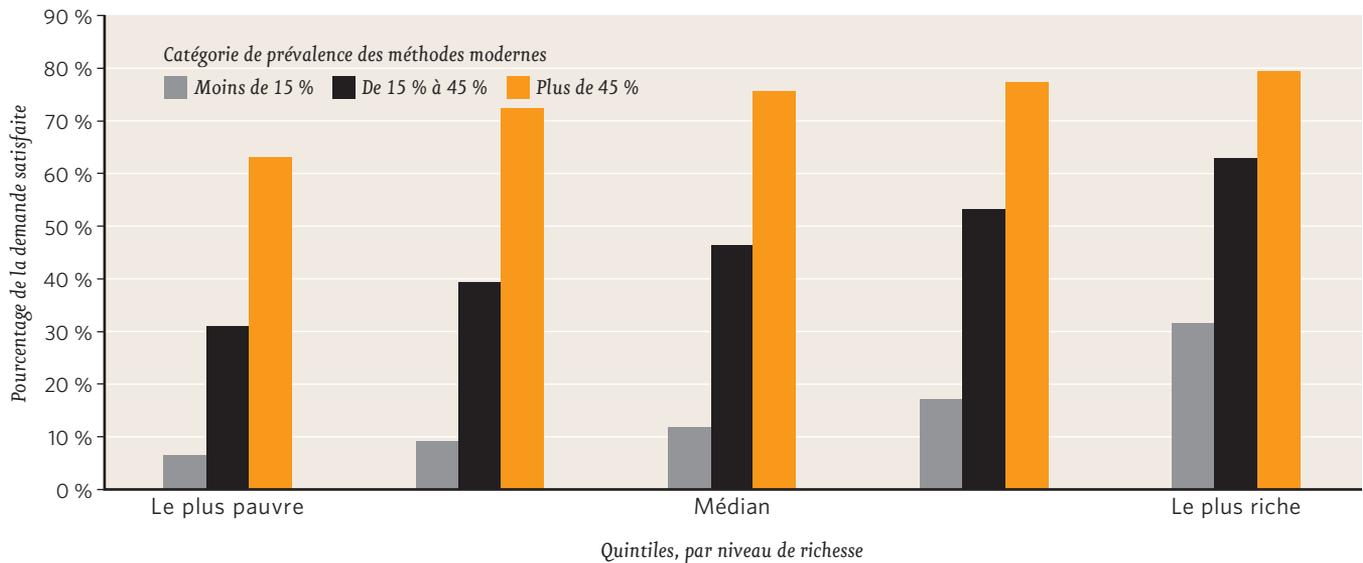
14 L'UNFPA AIDE LES PAYS À ÉLARGIR LA GAMME DES MÉTHODES OFFERTES

L'UNFPA fournit 40 % des produits de contraception offerts par la communauté internationale des donateurs. Il est aussi un important partenaire des gouvernements et des donateurs s'agissant de résoudre les problèmes d'approvisionnement.

En 2003, 60 pays ont fait rapport sur les points de prestation de services offrant de multiples méthodes de contraception, tant pour les zones couvertes par les programmes de l'UNFPA que pour l'ensemble de la nation. Dans 24 pays, la proportion des centres offrant au moins trois méthodes était plus élevée dans les zones desservies par l'UNFPA et, dans 24 autres pays, le degré de diversité des services offerts était identique. Dans 11 autres pays où le Fonds se préoccupe expressément d'améliorer l'accès pour les endroits sous-desservis (généralement les secteurs les plus pauvres) ou les groupes sous-desservis (en particulier les adolescents), les points où le programme de l'UNFPA est actif offrent trois méthodes au moins dans une plus faible proportion qu'ailleurs.

Vingt pays ont atteint et préservé l'accès de tous à trois méthodes de contraception au moins en des points de prestation de services situés dans les zones couvertes par le programme de l'UNFPA. Les rapports en provenance de 26 pays montrent que le choix de contraceptifs s'est élargi. L'accès a diminué dans cinq pays seulement, et cela après un conflit civil pour trois de ces pays.

Diagramme 5 : Pourcentage de la demande de planification familiale satisfaite dans différents groupes de population selon le niveau de richesse, à trois niveaux de prévalence de la contraception moderne



Source : Données fournies par K. Johnson, ORC MACRO, International, à partir des Enquêtes démographiques et sanitaires.

Les infections sexuellement transmissibles

Quelque 340 millions de nouveaux cas d'infections bactériennes sexuellement transmissibles surviennent chaque année (notamment syphilis, blennorrhée, chlamydia et trichomonas) chez des personnes âgées de 15 à 49 ans²³. Si la plupart des cas peuvent être soignés, beaucoup ne sont pas diagnostiqués et ne reçoivent aucun traitement faute de services accessibles²⁴. Les IST non traitées constituent une cause majeure de stérilité, qui touche 60 à 80 millions de couples dans le monde entier.

Plus des trois quarts des cinq millions de nouveaux cas d'infection par le VIH qui surviennent chaque année sont transmis par des rapports sexuels (voir Chapitre 8). Une IST non traitée peut décupler le risque d'infection et de transmission du VIH²⁵. Une autre IST virale, le papillomavirus humain, est liée au cancer du col de l'utérus, qui tue 240 000 femmes chaque année. Les préservatifs, masculins comme féminins, sont l'unique méthode contraceptive qui assure une protection notable contre les IST virales et bactériennes²⁶.

La CIPD a demandé que le dépistage et le traitement des IST, de même que l'information et les conseils, deviennent des composantes intégrales de tous les services de santé en matière de reproduction et de sexualité²⁷.

DIFFÉRENCES SEXOSPÉCIFIQUES. Au cours de la dernière décennie, on a porté une attention croissante au rôle critique du sexe dans le diagnostic et le traitement des IST.

Les femmes sont plus exposées à l'infection que les hommes et leur dépistage est plus difficile : 70 % des femmes atteintes d'IST n'ont pas de symptômes (contre 10 % des hommes)²⁸.

La gestion des IST peut tenir une place importante dans l'offre de services de planification familiale. Là où l'équipement nécessaire au dépistage des IST n'est pas disponible, les agents sanitaires font un diagnostic global en fonction des facteurs de risque et des symptômes du client. Mais cette approche a ses limitations, et les infections ne sont souvent ni diagnostiquées ni traitées²⁹.

Les IST non traitées chez les femmes enceintes peuvent faciliter la transmission de l'infection au nourrisson et comporter le risque d'un accouchement avant terme, d'une insuffisance pondérale à la naissance ou de la cécité du nouveau-né³⁰.

INTÉGRATION. Assurer le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST dans le cadre des soins de santé en matière de reproduction donne l'occasion d'atteindre les millions de femmes qui recherchent ces services, dont beaucoup n'ont pas d'autres contacts avec le système de santé. L'expérience montre qu'en intégrant la prévention des IST, la planification familiale et la délivrance de conseils sur la sexualité et les relations entre partenaires, on peut favoriser une utilisation accrue des services³¹.

Les services intégrés, plutôt que les centres autonomes ou le traitement par des médecins privés, permettent des économies en coûts, personnel, fournitures et équipement

et conviennent généralement mieux à la clientèle³². Mais les efforts faits pour démanteler les programmes d'IST verticaux se sont heurtés à une certaine résistance.

L'Indonésie a commencé en 1995 d'intégrer les services pour IST dans les autres services de santé en matière de reproduction. Pour surmonter l'opprobre lié aux soins pour IST ou les préoccupations dues au fait que les travailleurs de l'industrie du sexe fréquentent les centres sanitaires, les services pour IST ont été offerts en dehors de l'horaire normal d'ouverture des dispensaires et dans des salles d'examen distinctes³³.

Lors de l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003, 43 pays ont signalé avoir pris depuis la CIPD des mesures pour intégrer l'information sur les IST et/ou la prévention du VIH/sida dans les soins de santé primaires³⁴. L'Équateur, le Libéria, le Mozambique et le Zimbabwe, par exemple, font maintenant place aux services pour IST dans les centres de santé primaires³⁵.

La qualité des soins

Le Programme d'action de la CIPD a reconnu que "les programmes de planification familiale devront s'efforcer notablement d'améliorer la qualité des soins" (par. 7.23), ne se bornant pas à assurer à tous les services de santé en matière de reproduction. Le but doit être de permettre à tous "de faire des choix éclairés et de mettre à leur disposition toute une gamme de méthodes sûres et efficaces" (par. 7.12).

Depuis 1994, les services ont été réorientés en de nombreux pays de manière à en améliorer la qualité et à mieux répondre aux besoins et désirs des clients – grâce à un choix plus large de méthodes contraceptives, un meilleur suivi et une formation améliorée du personnel pour qu'il fournisse information et conseils (l'accent porte sur l'ouverture, la confidentialité et le choix informé). L'amélioration des services offerts aux groupes de population pauvres constitue une autre priorité mondiale³⁶.

La publication en 1990 d'un cadre de la qualité des soins³⁷ a fixé les composantes de ce que doivent être des soins de santé en matière de reproduction. Les clients doivent pouvoir choisir parmi des méthodes contraceptives, recevoir une information exacte et complète et des soins techniquement compétents, avoir une interaction satisfaisante avec les prestataires, bénéficier de soins continus et disposer d'un vaste ensemble de services connexes. Un autre cadre a exposé en détail le soutien, les outils et les ressources dont les prestataires ont besoin pour offrir des soins de qualité³⁸.

On s'efforce de centrer davantage l'attention sur l'amélioration de l'environnement des services pour répondre aux besoins des clients en faisant participer le personnel de tous niveaux à l'identification des problèmes et à la formulation de solutions. Après la CIPD, des approches qui étaient déjà largement utilisées dans les pays développés ont été introdui-

15

CE QUE LES CLIENTS CONSIDÈRENT COMME DES SOINS DE QUALITÉ

Les clients évaluent la qualité des services qu'ils reçoivent. S'ils en ont le choix, ils utiliseront les centres et les prestataires qui offrent les meilleurs soins, du moins tels qu'ils le perçoivent. Des études menées à travers le monde entier font penser que les clients veulent :

- Considération, amitié et politesse;
- Confidentialité et respect de la vie privée;
- Des prestataires qui comprennent la situation et les besoins de chaque client;
- Une information complète et exacte, notamment toute la vérité concernant les effets secondaires des contraceptifs;
- Compétence technique;
- Un accès permanent à des fournitures et services qui soient fiables, de coût abordable et directement accessibles;
- Équité. L'information et les services doivent être offerts à chacun sans considération d'âge, de situation matrimoniale, de sexe, d'orientation sexuelle, de classe ou d'ethnicité;
- Des résultats. Les clients sont frustrés quand on leur dit d'attendre ou de revenir.

tes dans les programmes internationaux de planification familiale³⁹.

ACTIONS CONCRÈTES. L'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003 a établi que 143 pays avaient pris des mesures pour améliorer l'accès à des services de santé en matière de reproduction qui soient de bonne qualité, tandis que 115 déclaraient avoir pris des initiatives multiples. Il s'agit notamment d'accroître le personnel et intensifier la formation (77 pays); d'introduire des normes de qualité (45) et d'améliorer la gestion et la logistique (36). Au Bangladesh, en Mongolie et en République démocratique populaire de Corée, par exemple, des protocoles et des mesures de contrôle de la qualité sont désormais en place pour un large éventail de services de santé en matière de reproduction. L'Indonésie met actuellement à jour les protocoles existants. La Jamaïque établit des indicateurs pour évaluer et contrôler la qualité des soins.

Au Guatemala, en Inde et au Kenya, les programmes du secteur public, des associations de planification familiale et des ONG spécialisées dans la santé féminine font tous une place à la fourniture de soins de qualité dans leurs buts et objectifs⁴⁰.

EFFETS DE LA QUALITÉ. Des soins de qualité peuvent accroître la demande de services en aidant les clients à choisir une méthode contraceptive appropriée et à continuer d'utiliser la planification familiale s'ils souhaitent limiter

ou espacer les grossesses. Les femmes et hommes qui vivent dans des communautés où des services de qualité sont disponibles utilisent généralement davantage la planification familiale que les autres, comme l'a montré une étude menée au Pérou⁴¹. Dans les zones rurales de la République-Unie de Tanzanie, le jugement porté sur la qualité des soins reçus dans un centre de planification familiale a un impact sensible sur le taux d'utilisation de contraceptifs par les membres de la communauté concernée⁴².

Il importe aux clients d'être en mesure de choisir une méthode contraceptive. En Indonésie, 91 % des femmes qui ont obtenu la méthode qu'elles souhaitaient ont continué de l'utiliser après un an, contre 38 % de celles qui n'ont pas obtenu la méthode de leur choix⁴³. En Gambie et au Niger, les nouvelles utilisatrices qui ont reçu de bons conseils sur les effets secondaires d'une méthode contraceptive cessent généralement de l'utiliser dans une proportion moindre (d'un tiers à la moitié) après huit mois que celles qui ont jugé ces conseils inadéquats⁴⁴.

AFFRANCHIR LES PAUVRES. Un meilleur traitement fait une différence, en particulier, pour les femmes pauvres. Dans une récente étude menée au Bangladesh, les femmes qui ont estimé avoir reçu de bons soins⁴⁵ des agents de terrain adoptaient la contraception et en poursuivaient l'utilisation plus souvent (dans une proportion de 60 % et 34 %, respectivement) que les femmes qui estimaient avoir reçu des soins médiocres⁴⁶. Si la qualité des services retentissait sur l'adoption d'une méthode contraceptive pour toutes les femmes, son rôle déterminant était beaucoup plus marqué parmi les femmes pauvres et sans éducation pour ce qui est d'en poursuivre l'utilisation.

ACTIVITÉS DE FORMATION. L'interaction entre clients et prestataires est un ingrédient essentiel de bons soins. Les prestataires doivent étudier comment les clients se représentent les décisions relatives à leur santé, répondre à leurs préoccupations concernant les effets secondaires et les encourager à jouer un rôle actif dans les consultations. Il est possible d'améliorer les connaissances des prestataires et leur aptitude à la communication en définissant clairement ce qui est attendu d'eux dans l'interaction avec les clients, en leur donnant une rétroinformation sur leur performance et en rendant ainsi la formation plus efficace. Il importe aussi de leur fournir une rémunération adéquate, assez d'espace, de fournitures et de temps; et de confier à chaque agent un emploi pour lequel il est qualifié⁴⁷.

Des pays aussi divers que la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et la Turquie ont, depuis la CIPD, entrepris des réformes à l'échelle du système pour améliorer la qualité des soins. Ils ont renforcé la formation, élargi les

activités éducatives, modernisé l'infrastructure et l'équipement, mis à jour les politiques et directives, et consolidé les systèmes de gestion⁴⁸.

De nombreux autres pays ont renforcé la formation et la supervision du personnel et élargi le choix des méthodes, qui sont aussi devenues plus aisément disponibles⁴⁹.

De nombreux pays se sont efforcés de moderniser leurs centres de santé en matière de reproduction. Les mesures prises sont les suivantes : homologation ou validation des centres (Mozambique); renforcement de l'infrastructure et mise en place de soins de suivi spécialisés (Brésil); création d'antennes sanitaires mobiles (Arménie et El Salvador); et fourniture de services gratuits ou à faible prix pour les quartiers de taudis ou les zones peuplées par des squatters en milieu urbain (148 pays).

Des voix plus fortes pour la santé en matière de reproduction

Depuis la CIPD, l'UNFPA s'est efforcé d'améliorer la qualité des soins, d'élargir l'accès aux services, de garantir des fournitures et un équipement adéquats, et de perfectionner les compétences du personnel médicosanitaire (technique, gestion et relations interpersonnelles) en offrant appui technique, équipement et formation.

Plus récemment, l'attention a été centrée sur une mobilisation des communautés aux fins d'obtenir des services de

16

PROMOUVOIR LA PARTICIPATION

La CIPD a souligné l'importance de faire participer les bénéficiaires de programmes de santé en matière de reproduction à leurs planifications, exécutions et suivis. L'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003 a établi que 124 pays ont signalé avoir pris des mesures clés dans ce domaine, et 48 de multiples mesures. Certains ont procédé à des auditions publiques ou à des enquêtes auprès des consommateurs et fait participer des communautés à la mise au point de programmes qui reflètent les besoins et opinions de la population.

Le Kenya a fait figurer des chefs de village et des guérisseurs traditionnels parmi les conseillers de communauté. La Malaisie a organisé des dialogues entre prestataires de services et clients. Le Brésil a institué des conseils de santé aux niveaux national, régional et municipal. Le Honduras a recouru à des questionnaires, des groupes témoins et des interviews approfondies pour obtenir une rétroinformation sur tous les systèmes de santé. La Lettonie a créé un "Bureau des droits des patients" qui conduit des enquêtes sur le degré de satisfaction des patients concernant les soins de santé.

Un certain nombre de donateurs et d'organisations internationales ont lancé des activités visant à promouvoir la participation de la société civile à la satisfaction des besoins de santé en matière de reproduction. Trente-quatre associations nationales de planification familiale appartenant à la Fédération internationale pour la planification familiale conduisent une initiative, étendue sur cinq ans, pour identifier les insuffisances sur le plan de la qualité et y remédier.

santé de meilleure qualité et une participation accrue des femmes à leur gestion. L'UNFPA appuie "Des voix plus fortes pour la santé en matière de reproduction", initiative novatrice qui vise à doter les utilisateurs de connaissances concernant leur santé et leurs droits en matière de reproduction et à mettre en place des mécanismes communautaires d'appui de telle sorte qu'ils aient une "voix plus forte" afin de veiller à ce que des mesures soient prises pour améliorer les soins de santé en matière de reproduction. Dans cette initiative, l'UNFPA a pour partenaires l'Organisation internationale du Travail, l'UNICEF et l'OMS.

DES COMMUNAUTÉS DE CLIENTS ÉDUQUÉS. L'hypothèse de départ est que des utilisateurs mieux informés auront une meilleure interaction avec les prestataires et seront aussi davantage portés à se mobiliser pour obtenir des changements au niveau communautaire. Promouvoir l'action collective des communautés pour exiger des soins de qualité peut aussi aider à garantir que la décentralisation des services de santé en cours dans de nombreux pays n'aboutira pas à une réduction des ressources mises à la disposition des soins de santé en matière de reproduction.

Le projet "Des voix plus fortes" a construit un pont entre des organisations qui auparavant n'agissaient pas de concert – avocats des droits en matière de reproduction, groupes de femmes organisés, prestataires de soins de santé, et organisations centrées sur le financement communautaire ou la réforme des systèmes de santé.

"Des voix plus fortes" a commencé dans les pays suivants : Inde, Kirghizistan, Mauritanie, Népal, Pérou et République-Unie de Tanzanie. Les activités ont porté sur les approches participatives visant à élargir l'accès des femmes aux services de santé en matière de reproduction, la liaison entre les groupes de femmes et les prestataires afin de promouvoir de meilleurs soins, et la mobilisation des jeunes pour qu'ils collaborent avec les prestataires concernant la mise en place de services accueillants aux jeunes.

Au Kirghizistan, des groupes communautaires ont levé des fonds et remis à neuf des postes obstétricaux; des femmes appartenant à la communauté prennent la parole contre la vieille tradition de l'« enlèvement des fiancées », qui constitue une violation des droits en matière de reproduction. En Mauritanie, deux microplans d'assurance-maladie à base communautaire ont été créés pour garantir que les femmes pauvres auront accès aux services de maternité. Au Népal, les partenaires du projet ont élaboré une Stratégie nationale pour la qualité des soins de santé en matière de reproduction, qui ouvre des voies nouvelles en ce qu'elle considère que la « demande » et les droits en matière de reproduction sont indispensables à la prestation de services de bonne qualité.

En République-Unie de Tanzanie, les partenaires du projet ont, pour la première fois dans le pays, abordé la qualité des soins sous l'angle des droits, en mettant l'accent sur le renforcement des capacités locales et sur le suivi communautaire des services, ce qui va dans le même sens que les efforts de décentralisation.

RÉMUNÉRATION DES SERVICES. De nombreux pays étudient actuellement les moyens de percevoir une redevance pour les services, étant donné l'insuffisance du financement de la santé en matière de reproduction par les donateurs et le gouvernement. Les efforts de recouvrement des coûts ont donné des résultats mitigés. Au Bangladesh, par exemple, la Stratégie du secteur « santé et population » de 1997 a incité les ONG à cesser d'offrir la planification familiale à domicile et à percevoir de modestes redevances pour des services qui étaient auparavant gratuits. En même temps, les ONG se sont efforcées d'améliorer leurs services.

Une évaluation des changements intervenus a permis de constater que les clients appréciaient les services fournis et se jugeaient traités avec douceur et considération dans les dispensaires d'ONG. Elle a aussi établi, cependant, que les changements intervenus avaient fréquemment suscité le sentiment que les pauvres se heurtent à une discrimination dans les centres de santé et que les services de qualité sont hors de leur portée parce qu'ils ne peuvent en acquitter le prix⁵⁰.

Garantir l'approvisionnement des fournitures

Pour être capable de formuler les principes d'une santé en matière de reproduction qui soit de bonne qualité, et pour l'assurer à tous, il faut mettre en place un soutien politique, des moyens de financement, du personnel, des installations et des produits.

Si les programmes nationaux doivent souvent affronter des circonstances adverses – par exemple, la pénurie de personnel et d'installations, le manque d'eau courante, des délestages réguliers et des perturbations du service de transport –, l'absence de produits signifie que les investissements et l'effort auront été en grande partie gaspillés.

L'expression « sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de reproduction » implique l'apport d'une fourniture suffisante et garantie des produits essentiels de santé en matière de reproduction. Ces produits doivent être constamment achetés, livrés et distribués où le besoin en existe et au moment voulu. Dans de nombreux pays pauvres, les programmes de santé en matière de reproduction dépendront dans une large mesure de l'assistance des donateurs pour l'achat des produits, cela pour longtemps.

Au cours des 10 dernières années, on a observé une diminution du soutien des donateurs aux fournitures de santé en

matière de reproduction, notamment aux contraceptifs pour la planification familiale et aux préservatifs pour la prévention du sida, d'où un écart croissant entre les évaluations généralement admises des besoins et les quantités effectivement fournies.

Au début des années 90, quatre donateurs internationaux seulement fournissaient environ 41 % de l'ensemble des besoins estimatifs en contraceptifs – pilules, dispositifs intra-utérins, contraceptifs injectables et préservatifs. (Les systèmes permettant de quantifier avec précision l'offre et la demande des autres produits de santé en matière de reproduction sont encore en cours de mise au point.) L'Agency for International Development des États-Unis (USAID) était le principal fournisseur de contraceptifs au secteur public depuis les années 60, représentant pour 1990 près des trois quarts des 79 millions de dollars versés par les donateurs⁵¹.

En 2000, le nombre des donateurs actifs était passé à 12 au moins, mais leur soutien total est resté relativement stationnaire (compte tenu de l'inflation) pendant toute la décennie. La part de l'USAID est tombée à 30 %, tandis que celle de l'UNFPA est passée à 40 %. Ces institutions et quatre autres (Population Services International, Banque mondiale, Ministère allemand de la coopération au développement économique et Department for International Development du Royaume-Uni) ont représenté 95 % de la fourniture de produits de contraception aux pays en développement.

En 2001, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et le Canada ont réagi à de graves pénuries de fournitures dans certains pays en versant une contribution additionnelle de 97 millions de dollars à l'UNFPA pour l'achat de produits et le soutien technique en vue de renforcer les capacités nationales et d'améliorer l'accès. Cette année-là, l'apport total des donateurs, qui s'est élevé à 224 millions de dollars, a représenté une augmentation proche de 50 % par rapport à l'année précédente, mais en 2002 (dernière année pour laquelle des chiffres soient disponibles) ce montant est retombé à 198 millions de dollars.

Pour couvrir la même part de 41 % des besoins en contraceptifs et en préservatifs que les donateurs ont fournie en 1990, leur apport devrait atteindre environ 450 millions de dollars en 2004. Il faudrait beaucoup plus pour couvrir la totalité des coûts prévus de produits de santé en matière de reproduction et pour améliorer la prestation des services.

Il est peu probable que les gouvernements des pays en développement, les ONG et les secteurs commerciaux seront en mesure de compenser l'absence d'augmentation du soutien des donateurs concernant les produits de santé en matière de reproduction. De ce fait, nous pouvons nous attendre à des pénuries de produits et à diverses perturbations des services de santé en matière de reproduction, avec de graves conséquences pour la santé des femmes et des enfants⁵².

En plus du soutien à l'achat des produits nécessaires, dont le volume ne cesse de croître, les pays en développement ont besoin d'un appui technique et de moyens de financement pour développer les capacités humaines, financières et techniques de leurs programmes nationaux de santé de collecter, analyser et utiliser correctement les données relatives à l'offre et à la demande sur le plan de la santé en matière de reproduction; et de garantir, stocker et distribuer les fournitures nécessaires.

RÔLE ET PRIORITÉS DE L'UNFPA. L'UNFPA conduit l'effort mondial visant à assurer un flux suffisant et régulier de produits de santé en matière de reproduction, y compris les contraceptifs. Le Fonds est le plus important fournisseur international de ces produits, et l'unique fournisseur pour environ 25 pays. En 2001 et 2002, il a reçu des demandes de 94 pays, qui représentent un montant total de 300 millions de dollars.

L'UNFPA aide d'autre part les pays à planifier en fonction de leurs besoins, entreprend des campagnes de plaidoyer pour mobiliser un financement stable, collabore avec les gouvernements et d'autres partenaires pour renforcer la capacité nationale, coordonne les efforts de ses partenaires et collecte des données sur ce que font les donateurs pour faciliter la coopération et garantir l'exercice effectif des responsabilités⁵³.

En 1999, en collaboration avec les ONG partenaires, l'UNFPA a commencé à mettre au point une stratégie mondiale pour garantir la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de reproduction⁵⁴. Deux importants mécanismes de partenariat ont été institués, Supply Initiative (SI) et Reproductive Health Supply Coalition.

Avec l'apport financier de la Fondation Bill & Melinda Gates et du Wallace Global Fund, la Supply Initiative a créé sur le Web un système d'information permettant de regrouper les données en matière d'achats provenant de l'UNFPA,

17

LES CONSÉQUENCES DU DÉFICIT DE FINANCEMENT

Pour chaque million de dollars manquant dans l'aide à la fourniture de produits contraceptifs, il faut s'attendre aux effets suivants :

- 360 000 grossesses non recherchées;
- 150 000 avortements provoqués;
- 800 décès maternels;
- 11 000 décès infantiles;
- 14 000 décès d'enfants de moins de 5 ans.

de l'USAID et de la Fédération internationale pour la planification familiale, ainsi qu'éventuellement d'autres donateurs. Dans l'avenir, ce système d'information prévoira les besoins de chaque pays.

Le Reproductive Health Supply Coalition, un partenariat différent, étudie la possibilité de former un nouveau mécanisme pour aider à mobiliser les ressources et promouvoir la collaboration. Mais, jusqu'à présent, les donateurs n'ont pas manifesté un intérêt suffisant pour justifier une telle démarche.

Afin de renforcer les capacités nationales, l'UNFPA a récemment facilité la tenue d'une demi-douzaine d'ateliers régionaux dont les participants – personnel extérieur de l'UNFPA et représentants des gouvernements – ont élaboré des plans modèles de gestion des produits de santé en matière de reproduction.

AUTRES INITIATIVES. L'Organisation mondiale de la santé et l'UNFPA ont récemment publié un document de travail conjoint intitulé "Médicaments essentiels et autres produits pour services de santé en matière de reproduction". Destiné en partie à assurer une interprétation commune de l'expression "produits de santé en matière de reproduction", ce document fait appel au concept de médicaments essentiels introduit par l'OMS en 1977 et dresse une liste des produits nécessaires au niveau des soins de santé primaires (pour la planification familiale, la santé des mères et des nouveau-nés, et la prévention des infections de l'appareil génital et du VIH), aussi bien que des produits nécessaires pour les soins aux mères au premier niveau d'aiguillage. Il reconnaît quatre facteurs habilitants qui sont nécessaires pour garantir un accès durable à ces produits essentiels :

- Une sélection rationnelle sur la base d'une liste nationale des médicaments essentiels et de directives de traitement fondées sur l'expérience;
- Des prix abordables pour les gouvernements, les prestataires de soins de santé et les consommateurs;
- Un financement viable à long terme grâce à des mécanismes de financement équitables, tels que les recettes du gouvernement ou une assurance-maladie de caractère social;
- Des systèmes fiables d'approvisionnement intégrant un ensemble de services publics et privés d'approvisionnement⁵⁵.

Dans certains pays en développement, les systèmes d'information sur la gestion fournissent des données logistiques fiables pour la prévision des besoins, l'achat et la distribution des fournitures.

LA VOIE À SUIVRE. Entre 2000 et 2015, le nombre des utilisateurs de contraceptifs dans les pays en développement devrait augmenter de 40 %, car le nombre de couples d'âge procréateur augmentera de 23 % et la demande de planification familiale se répand⁵⁶. L'UNFPA a prévu que le coût des produits de contraception s'élèvera à environ 1,8 milliard de dollars en 2015, dont 739 millions pourront venir des donateurs en fonction des chiffres de 1990. Ces chiffres comprennent l'achat des préservatifs destinés à prévenir le VIH/sida et les IST.

Pour atteindre ce niveau de soutien nécessaire, il faudra : un renforcement de la direction politique dans les pays tant donateurs que bénéficiaires; un plaidoyer plus résolu capable de susciter un appui financier à long terme; des mécanismes de recouvrement des coûts, là où cela convient; une coordination plus efficace entre les principaux partenaires internationaux; de nouveaux mécanismes dans les pays en développement pour planifier et suivre l'utilisation des fournitures; des données plus fiables, élaborées au niveau national; et un exercice plus effectif des responsabilités de la part de tous les partenaires.

Les hommes et la santé en matière de reproduction

L'un des aspects les plus novateurs du travail accompli depuis la CIPD a consisté à faire participer les hommes à la protection de la santé de leurs partenaires en matière de reproduction, aussi bien que de la leur propre. Du fait de leur position de force, les hommes déterminent souvent le moment et les conditions des rapports sexuels, le nombre des enfants et l'accès aux soins de santé. Les programmes de santé en matière de reproduction sont de plus en plus conçus pour déjouer l'effet de l'inégalité des sexes qui, de différentes manières, limite l'accès des femmes – et parfois des hommes – aux soins de santé⁵⁷.

Avant la CIPD, la politique de la population était généralement centrée presque exclusivement sur le comportement des femmes, ne prêtant que peu d'attention au rôle des hommes dans son étude des macrodimensions et des implications de la croissance démographique et des taux de fécondité⁵⁸. En conséquence, les programmes de planification familiale servaient presque exclusivement les femmes.

ATTITUDES À L'ÉGARD DE L'INFORMATION ET DES SERVICES.

La recherche a montré de longue date que les hommes souhaitent être mieux informés de la santé en matière de reproduction et souhaitent aussi prêter un soutien plus actif à leurs partenaires. Le désir des hommes de limiter le nombre de leurs enfants permet souvent aux femmes qui le veulent de faire usage de la contraception. La recherche sur les attitudes et pratiques masculines, notamment une analyse des

données d'enquêtes démographiques et sanitaires conduites en 17 pays et collectées sur les hommes durant les années 90⁵⁹, fait penser que les points de vue masculins et féminins en matière de contraception et de nombre d'enfants sont beaucoup plus rapprochés que beaucoup de spécialistes ne le croyaient autrefois⁶⁰. Les hommes souhaitent généralement une information plus détaillée et un meilleur accès aux services⁶¹. Les hommes âgés de 15 à 24 ans veulent moins d'enfants que les hommes âgés de 25 à 34 ans, qui à leur tour en veulent moins que les hommes âgés de 50 à 60 ans⁶².

Quand des programmes laissent les hommes de côté, ils compromettent leur propre efficacité. La santé des hommes en matière de reproduction a un effet direct sur celle de leurs partenaires, réalité que la pandémie du sida a nettement mise en relief. Il n'est pas fort utile de traiter les infections sexuellement transmissibles chez les femmes à moins de traiter aussi les partenaires qui les ont infectées et de les faire participer à l'éducation en matière de prévention.

FAIRE UNE PLACE AUX HOMMES DANS LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION. Dans pratiquement chaque pays, et dans des milliers de programmes des gouvernements et des ONG, on trouve actuellement des moyens novateurs d'attirer les hommes aux programmes de santé en matière de reproduction. Les hommes ont répondu de manière positive à ces efforts.

Tous les pays qui ont répondu à l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003 ont signalé prendre des mesures pour promouvoir les méthodes contraceptives qui reposent sur l'homme. Des campagnes d'éducation portant sur l'appui que les hommes peuvent prêter aux femmes ont été menées dans l'ensemble des pays d'Asie centrale et dans la plupart des pays d'Asie et du Pacifique, de l'Afrique et des Caraïbes. Plus de la moitié des pays caraïbes ont signalé qu'ils élaboraient des plans pour encourager une plus large participation des hommes à la santé en matière de reproduction.

LES DIVERSES APPROCHES DE LA "PARTICIPATION MASCULINE". Les programmes élaborés ces dernières années ont adopté différentes approches concernant la participation des hommes à la santé en matière de reproduction. L'une de ces approches voit avant tout dans les hommes un obstacle à l'utilisation de contraceptifs par les femmes et un groupe d'utilisateurs potentiels jusqu'ici laissé de côté⁶³.

Un second groupe de programmes met l'accent sur la nécessité de fournir aux hommes des soins de santé en matière de reproduction et de sexualité, pour remédier à leur exclusion traditionnelle de ces services⁶⁴. Les programmes peuvent améliorer l'accès des hommes aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité en rendant les services existants plus réceptifs : il faut souhaiter la bienvenue aux hommes, tant comme clients que comme partenaires

ou pères, recycler le personnel, fournir information et services aux hommes, recruter et former des conseillers de sexe masculin, et même modifier le décor des dispensaires. S'efforçant de mettre les hommes à l'aise, les programmes doivent recruter et former des agents sanitaires de sexe masculin, qui peuvent être d'importants avocats et modèles de comportements sains et de partenariats positifs.

S'EFFORCER DE CHANGER LES NORMES SEXOSPÉCIFIQUES.

Une troisième approche voit avant tout dans les hommes les partenaires des femmes et recherche des occasions de remédier aux situations sociales qui exercent une contrainte sur les rôles procréateurs et sexuels des femmes et des hommes. Certains programmes abordent de manière explicite les normes sexospécifiques injustes qui portent atteinte à la santé des deux sexes. Ils visent à éduquer les hommes quant aux manières dont le contrôle exercé sur les ressources familiales, la violence domestique, ou les conceptions de la sexualité masculine ou féminine, par exemple, peuvent avoir un effet négatif sur la santé en matière de reproduction.

Des programmes tels que Mobilizing Young Men to Care in Afrique du Sud, le programme « Des options pour une vie meilleure » destiné aux garçons en Inde, la campagne menée par « Les hommes peuvent stopper les viols » (Men Can Stop Rape) aux États-Unis, le Programme de prise de conscience par les adolescents de sexe masculin au Nigéria, et Cantera en Amérique centrale, s'efforcent de transformer les valeurs qui sont à la base de comportements nuisibles⁶⁵. Ces programmes ont montré qu'encourager les hommes à discuter leurs croyances les conduit à remettre en question les aspects nocifs de la masculinité traditionnelle, et que les hommes se félicitent de cette occasion d'agir différemment.

Certains programmes promeuvent la communication et le respect mutuel entre hommes et femmes concernant les problèmes de santé en matière de reproduction et visent à développer l'aptitude des deux sexes à la négociation. De nombreux efforts sont centrés sur les hommes jeunes et célibataires, dont les idées sur les rôles des sexes et la sexualité ne sont pas encore définitivement fixés⁶⁶. Du Costa Rica au Kenya et aux Philippines, les programmes s'adressent aux jeunes afin de former leurs choix en matière de santé sexuelle et d'enrichir leurs savoir-faire. Au Kenya, par exemple, l'Association sportive des jeunes Mathare a mis en place un programme d'éducation par les pairs pour la prévention du VIH⁶⁷. Une ONG brésilienne, ECOS, insiste sur les liens entre masculinité, paternité et santé⁶⁸.

Une autre stratégie importante consiste à collaborer avec des hommes qui occupent des positions dirigeantes et sont donc susceptibles d'influer sur les autres hommes et de plaider pour la santé des femmes.



7 Santé maternelle

Les complications obstétricales sont aujourd'hui la cause majeure de décès pour les femmes d'âge procréateur dans les pays en développement et constituent l'un des problèmes sanitaires les plus urgents et les plus difficiles à résoudre dans le monde¹. Le Programme d'action de la CIPD et les objectifs du Millénaire pour le développement, notamment, voient dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles un impératif moral aussi bien qu'une priorité capitale pour le développement.

Il est tragique de constater que, malgré les progrès réalisés dans certains pays, le nombre mondial de décès par an – évalué à 529 000, soit un par minute – n'a pas sensiblement changé depuis la CIPD, selon les récentes évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA²; 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. Des millions d'autres femmes survivent mais souffrent de maladies ou d'infirmités permanentes liées à la grossesse et à l'accouchement. Bien que les données soient difficiles à établir, l'Initiative Maternité sans risques, due à une coalition d'institutions des Nations Unies et d'ONG, évalue à 30 ou 50 le nombre d'états morbides – temporaires aussi bien que chroniques – pour chaque décès maternel³.

De nouvelles approches

Reconnaissant que la plupart de ces décès et lésions pourraient être prévenus avec un plus large accès à des soins qualifiés avant, durant et après la grossesse, la CIPD a demandé aux pays d'amplifier les services de santé maternelle dans le contexte des soins de santé primaires et de mettre au point des stratégies en vue de surmonter les causes sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité maternelles⁴.

Au cours des 10 dernières années, les priorités mondiales en matière de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles ont été réorientées. Dans le passé, les chercheurs et les praticiens pensaient qu'il était possible de déceler et traiter les grossesses à risque élevé et que les soins prénatals pouvaient prévenir de nombreux décès maternels. Ils ont aussi demandé que les accoucheuses traditionnelles (TBA) soient formées à réduire les risques de décès ou de maladie durant la grossesse.

Toutefois, ces deux interventions n'ont pas réduit la mortalité maternelle⁵. Les professionnels de la santé et les

décideurs s'accordent désormais généralement à reconnaître que la plupart des décès maternels procèdent de problèmes qu'il est difficile de déceler ou dépister – toute femme peut connaître des complications durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum – mais qui se prêtent presque toujours à un traitement, pourvu que des soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité soient accessibles.

Depuis le milieu des années 90, les gouvernements, les institutions internationales, dont l'UNFPA, les chercheurs et la société civile ont mis l'accent sur les interventions jugées les plus efficaces : donner aux femmes plus large accès à une assistance qualifiée durant l'accouchement; améliorer les centres dispensant des soins obstétricaux d'urgence, et l'accès des femmes à ceux-ci, pour traiter les complications de l'accouchement; et veiller à ce que des systèmes d'aiguillage et de transport soient en place pour que les femmes souffrant de complications puissent recevoir rapidement les soins nécessaires.

D'autres priorités de première importance en matière de maternité sans risques sont de garantir que les femmes aient accès aux services de planification familiale pour réduire le nombre de grossesses non désirées; d'améliorer la qualité et la capacité générale des systèmes de santé nationaux, surtout au niveau des districts ; et de renforcer les ressources humaines.

L'ACCENT EST MIS SUR LES DROITS. Un autre trait de la période postérieure à la CIPD réside dans la reconnaissance du fait que les décès et les infirmités permanentes des mères constituent autant de violations des droits fondamentaux des femmes et sont étroitement liés à la condition des femmes dans la société et à leur dépendance économique⁶. Diverses conventions relatives aux droits de l'homme soutiennent l'idée que les femmes ont droit à des soins de santé qui améliorent leurs chances de survivre à la grossesse et à l'accouchement⁷. Les problèmes liés au respect des droits, comme le rôle des inégalités entre les sexes dans la santé maternelle et l'impact de la violence sexuelle sur les grossesses, reçoivent une attention accrue à tous les niveaux⁸.

Pourtant, 10 ans après Le Caire, les besoins des femmes ne figurent souvent pas en très bonne place sur les listes de priorités des gouvernements ou des communautés. Les femmes ne sont pas encore pleinement en position de choisir

LES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE

Les services [de santé maternelle], fondés sur la notion de choix averti, doivent comprendre une éducation sur la maternité sans risques, des soins prénatals précis et efficaces, des programmes de nutrition maternelle, une assistance au moment de l'accouchement qui évite un recours excessif aux césariennes et permette de traiter les complications obstétricales; des systèmes d'orientation en cas de complications au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'avortement; des soins postnatals et des services de planification familiale.

— Programme d'action de la CIPD, par. 8.22

les soins obstétricaux qu'elles souhaitent. La pauvreté, les conflits et les catastrophes naturelles aggravent la santé en matière de reproduction et rendent encore plus difficile de garantir la maternité sans risques⁹.

La CIPD a fixé pour objectif de réduire la mortalité maternelle à la moitié des niveaux de 1990 d'ici à 2000 et de réduire de moitié ce dernier chiffre d'ici à 2015. Les pays sont également invités à réduire les différences entre le monde en développement et le monde développé, ainsi qu'à l'intérieur de chaque pays, et à limiter considérablement le nombre de décès et d'états morbides résultant d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

L'examen de l'application du Programme d'action de la CIPD, mené en 1999, a souligné la relation entre les hauts niveaux de mortalité maternelle et la pauvreté, et a appelé les États à "promouvoir la réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelles en tant que priorité s'agissant de la santé publique et des questions relatives aux droits de l'homme", en veillant à ce que "les femmes aient facilement accès à des services de santé bien équipés et bien pourvus en personnel, en particulier du personnel qualifié pour les accouchements, y compris des soins obstétricaux essentiels et des soins d'urgence, des services d'aiguillage efficaces et des moyens de transport pour des niveaux de soins plus élevés, le cas échéant"¹⁰.

Le Sommet du Millénaire, en 2000, a également reconnu dans la

santé maternelle une priorité urgente dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. L'objectif 5 du Millénaire pour le développement stipule que le ratio de mortalité maternelle (le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) devrait être réduit de 75 % d'ici à 2015 par rapport au niveau de 1990.

Il sera difficile d'atteindre ces objectifs. Dans l'ensemble du monde en développement, environ 65 % de toutes les femmes enceintes reçoivent au moins certains soins durant la grossesse; 40 % des accouchements ont lieu dans des centres de santé; et un personnel qualifié assiste un peu plus de la moitié de tous les accouchements. Mais 35 % seulement des accouchements en Asie du Sud bénéficiaient d'une assistance qualifiée en 2000; en Afrique subsaharienne, ce taux était de 41 % (contre un tiers seulement en 1985); en Asie orientale, en Amérique latine et dans les Caraïbes, la proportion atteignait 80 %¹¹.

Tableau 1. Évaluations de la mortalité maternelle par région, 2000

Région	Ratio de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)	Nombre de décès maternels	Risque de décès maternel tout au long de la vie - Une chance sur :
TOTAL MONDIAL	400	529 000	74
RÉGIONS DÉVELOPPÉES	20	2 500	2 800
Europe	24	1 700	2 400
RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT	440	527 000	61
Afrique	830	251 000	20
Afrique du Nord	130	4 600	210
Afrique subsaharienne	920	247 000	16
Asie	330	253 000	94
Asie orientale	55	11 000	840
Asie du Sud	520	207 000	46
Asie du Sud-Est	210	25 000	140
Asie occidentale	190	9 800	120
Amérique latine & Caraïbes	190	22 000	160
Océanie	240	530	83

Source : OMS, UNICEF et UNFPA, *Mortalité maternelle en 2000 : évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA*. 2003, Organisation mondiale de la santé, Genève.

En beaucoup d'endroits, les services disponibles de maternité sans risques ne peuvent répondre à la demande ou ne sont pas accessibles aux femmes en raison de la distance, du coût ou de facteurs socioéconomiques. Les soins de grossesse sont parfois relégués à un rang modeste sur la liste des priorités d'un ménage en raison de leurs coûts en temps et en argent. Trop de femmes n'apparaissent pas encore valoir un investissement, ce qui a des conséquences tragiques pour elles; pour leurs enfants, qui ont moins de chances de survivre ou de s'épanouir sans une mère; pour leurs communautés et leurs pays.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MONDIALE. Dans leurs réponses à l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003, 144 pays ont signalé avoir pris des mesures spécifiques pour réduire le nombre de décès maternels et de lésions; 113, des mesures multiples. Les plus courantes consistaient à former les prestataires de soins de santé (76 pays); à mettre en place des plans, programmes ou stratégies (68); à améliorer les soins prénatals et postnatals (66); à rendre plus strictes la collecte des données et la tenue des archives (45); et à fournir des informations ou lancer des activités de plaidoyer (40).

Mais quelques pays seulement ont réussi à réduire la mortalité maternelle (la plupart sont des pays de revenu intermédiaire; quelques-uns sont pauvres). En certains pays (Chine, Égypte, Honduras, Indonésie, Jamaïque, Jordanie, Mexique, Mongolie, Sri Lanka et Tunisie), le nombre de décès a été sensiblement réduit au cours de la dernière décennie. Tous les efforts communs à ces pays en matière de maternité sans risques portent sur la présence d'accoucheuses qualifiées, un système d'aiguillage efficace et des services obstétricaux d'urgence de base ou complets.

Dans la plupart des autres pays, les progrès ont été lents et les mortalité et morbidité maternelles demeurent tragiquement élevées dans plusieurs régions, notamment dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne et les secteurs les plus pauvres de l'Asie du Sud. Tandis que certains gains sont attendus au cours des 10 prochaines années dans la lutte contre les mortalité et morbidité maternelles, il sera nécessaire d'amplifier les interventions actuelles et de leur affecter davantage de ressources si l'on veut enregistrer des avancées sensibles dans la protection des vies et de la santé des femmes.

Les causes et les conséquences

CAUSES GÉNÉRALES. L'OMS définit la mortalité maternelle comme "les décès de femmes survenant durant la grossesse ou 42 jours au plus après la fin de la grossesse, quels que soient la durée ou le lieu de la grossesse, pour toute cause liée à la grossesse ou à sa gestion ou aggravée par la grossesse, mais non pour des causes accidentelles"¹².

Les causes de la mortalité maternelle sont remarquablement homogènes dans le monde entier¹³. Environ 80 % des décès sont dus à des complications obstétricales directes : hémorragie, septicité, complications de l'avortement, pré-éclampsie et éclampsie, et longue durée/arrêt de l'accouchement. Environ 20 % des décès ont des causes indirectes, généralement des états médicaux préexistants qui sont aggravés par la grossesse ou l'accouchement. Ce sont notamment l'anémie, le paludisme, l'hépatite et, de plus en plus, le sida.

UN VASTE ÉCART DANS LES IMPACTS. Mais d'immenses différences – qui peuvent être de l'ordre de 1 à 100 – existent dans le risque que courent durant la grossesse les femmes des pays riches et des pays pauvres; c'est la plus grande différence de tous les indicateurs de santé publique suivis par l'OMS. Pour une femme d'Afrique de l'Ouest, le risque de mourir durant la grossesse ou l'accouchement à un moment quelconque de sa vie est de 1 sur 12. Dans les régions développées, le risque comparable est de 1 sur 4 000¹⁴.

À l'intérieur d'un même pays, la pauvreté accroît énormément les chances de mourir durant la grossesse ou peu après son terme¹⁵. En fait, des écarts alarmants existent en de nombreux pays entre femmes aisées et femmes pauvres sur le plan des soins de maternité. Au Bangladesh, au Népal, au Niger et au Tchad, l'élite de la population bénéficie de taux élevés d'assistance qualifiée à l'accouchement, tandis que presque toutes les autres femmes ne disposent que rarement de cette assistance (les taux nationaux d'assistance qualifiée sont dans ces pays parmi les plus faibles du monde). Dans d'autres pays où les taux d'assistance qualifiée sont assez élevés, notamment le Brésil, la Turquie et le Viet Nam, les femmes les plus pauvres sont celles qui ont le moins de chances d'en disposer¹⁶.

Parce qu'elles reçoivent un traitement prompt et efficace, les femmes des pays développés meurent rarement ou ne sont que rarement affectées par une infirmité permanente résultant de problèmes liés à la grossesse.

LES « TROIS RETARDS ». Concernant les accouchements à domicile, les experts ont classé les causes sous-jacentes de mortalité maternelle selon le schéma des "trois retards" : retard dans la décision de rechercher des soins médicaux; retard dans l'arrivée au lieu où sont délivrés ces soins; et retard dans la délivrance de soins au centre médical.

Le premier retard procède de la non-reconnaissance des signes de danger. Il est généralement dû à l'absence d'accoucheuses qualifiées, mais peut aussi résulter de la répugnance de la famille ou de la communauté à envoyer la femme dans un centre de santé pour des raisons d'ordre financier ou culturel.

Le deuxième retard est causé par le manque d'accès à un centre d'aiguillage, le manque de transport ou de connaissance des services existants. Le troisième retard est à mettre en relation avec divers problèmes au centre d'aiguillage (notamment, insuffisance de l'équipement ou manque de personnel qualifié, de médicaments d'urgence ou de réserve de sang).

C'est pourquoi il faut que les programmes de réduction de la mortalité maternelle donnent priorité aux centres obstétricaux, qui doivent être disponibles, accessibles et de bonne qualité. Tous les pays qui ont réduit la mortalité maternelle l'ont fait grâce à une augmentation spectaculaire des accouchements en milieu hospitalier.

La morbidité maternelle

Les mêmes facteurs qui causent la mortalité maternelle sont à l'origine des maladies et lésions liées à la grossesse et à l'accouchement, deuxième cause, après le VIH/sida, des années de vie en bonne santé perdues par les femmes d'âge procréateur dans les pays en développement – ils représentent près de 31 millions d'“années de vie corrigées du facteur invalidité” perdus chaque année¹⁷.

Si l'incidence et la prévalence de la morbidité maternelle ne sont pas parfaitement comprises, on évalue souvent à 15 % environ la proportion des femmes enceintes qui subiront des complications de la grossesse ou de l'accouchement assez graves pour exiger des soins obstétricaux d'urgence dans un centre de santé¹⁸.

Les causes directes de la morbidité maternelle sont les complications obstétricales survenues durant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum du fait d'interventions, ou d'omissions, ou d'un traitement incorrect. La morbidité maternelle indirecte est le résultat d'un état ou d'une maladie préexistants, aggravés par la grossesse; ce type d'infirmité peut se produire à tout moment et durer jusqu'à la fin de la vie. La morbidité maternelle peut aussi être d'ordre psychologique et se manifester le plus souvent par une dépression; elle peut avoir pour cause des complications obstétricales, des interventions, des pratiques culturelles ou la coercition¹⁹.

La fistule obstétricale

La fistule obstétricale, type de morbidité maternelle aux effets ruineux, est l'un des problèmes les plus négligés de la santé en matière de reproduction. Causée par un accouchement prolongé ou par son arrêt, une fistule est un trou qui se forme entre le vagin d'une femme et, d'autre part, sa vessie ou son rectum, la frappant d'incontinence chronique. Dans la plupart des cas, le bébé meurt.

Les femmes atteintes d'une fistule sont incapables de rester sèches. L'odeur d'urine ou d'excréments est perma-

nente et constitue une source d'humiliation. Les conséquences sociales sont également tragiques : de nombreuses filles et femmes atteintes d'une fistule sont ostracisées par la société, abandonnées par leur mari et blâmées de leur état.

La fistule est plus qu'un problème de santé féminine. Elle affecte ordinairement les membres les plus marginalisés de la société – des filles pauvres, analphabètes, et des jeunes femmes vivant dans des zones reculées. Les causes fondamentales sont les suivantes : grossesse précoce, malnutrition et accès limité aux soins obstétricaux d'urgence. Répandue dans l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et certains États arabes, la fistule touche plus de 2 millions de filles et de femmes dans le monde entier, et 50 000 à 100 000 nouveaux cas environ se déclarent chaque année²⁰.

La fistule peut être prévenue si l'on s'efforce de différer le mariage et la grossesse précoces, d'élargir l'accès aux services de planification familiale, et de donner accès en temps utile aux soins obstétricaux d'urgence – en particulier aux césariennes pour remédier à l'arrêt de l'accouchement. Elle peut être traitée grâce à une intervention chirurgicale, dont les taux de succès vont jusqu'à 90 % dans les cas simples. La plupart des femmes reprennent une vie normale après avoir reçu des conseils et s'être réinsérées dans leur communauté.

Mais le coût du transport pour atteindre un centre spécialisé, subir une intervention chirurgicale et recevoir des soins postopératoires (environ 300 dollars) est souvent

18

CAMPAGNE POUR ÉLIMINER LES FISTULES

En 2003, l'UNFPA a lancé au niveau mondial une Campagne pour éliminer les fistules dans le but de rendre la fistule aussi rare dans les pays en développement qu'elle l'est dans le monde industrialisé. La campagne fait mieux prendre conscience du problème, procède à des évaluations des besoins, et développe les services de prévention et de traitement.

Un objectif clef est de mettre en lumière l'importance des soins obstétricaux d'urgence pour toutes les femmes enceintes. Ouvrant de concert avec les partenaires gouvernementaux, les ONG et la communauté internationale, la campagne est actuellement en cours dans plus de 25 pays.

Au Bangladesh, où environ 70 000 femmes sont atteintes de la fistule obstétricale, un centre de chirurgie de la fistule a été créé au Collège médical de Dhaka. Le centre aidera à gérer les cas et à former des prestataires de services en Asie du Sud.

En Zambie, la campagne prête appui au groupe de chirurgie de la fistule à l'hôpital de mission de Monze. Les premiers efforts ont contribué à faire mieux prendre conscience du problème et ont amélioré la qualité des soins.

Au Soudan, une campagne nationale a été lancée avec pour mot d'ordre “La fistule : nous DEVONS nous en préoccuper.” L'UNFPA a acheté de l'équipement médical et des fournitures pour le Centre de la fistule situé à Khartoum, l'un des rares dans le pays.

prohibitif. Les centres de traitement sont très peu nombreux et il n'y a pas assez de médecins et d'infirmières spécialement formés.

LA MORTALITÉ INFANTILE. Partout où les mères sont très exposées à la mortalité ou à la morbidité maternelles, leurs enfants eux aussi sont en danger. La mortalité des nouveau-nés et des nourrissons peut résulter d'une mauvaise santé maternelle et de soins insuffisants durant la grossesse, l'accouchement et la période immédiate du post-partum, qui est critique²¹. Les infections, l'asphyxie et les lésions à la naissance sont les causes principales de la mortalité des nouveau-nés, mais l'insuffisance pondérale à la naissance, les complications de l'accouchement et les malformations congénitales y contribuent aussi.

Réduire la mortalité et la morbidité maternelles

Tous les pays où la mortalité maternelle est tombée à un faible taux ont élaboré une approche systématique comportant la présence d'accoucheuses qualifiées pour les cas simples, des soins obstétricaux d'urgence pour traiter les complications, et des systèmes d'aiguillage et de transport qui garantissent l'accès à des soins salvateurs.

La modernisation des centres médicaux, pour que les femmes puissent y trouver des soins, et l'extension des services là où ils sont surchargés, sont au nombre des premières mesures à prendre pour prévenir la mortalité et l'infirmité permanente des mères. Il faut se préoccuper en particulier d'atteindre les pauvres, les groupes de population isolés par leur lieu de résidence et les victimes de la guerre et des catastrophes naturelles.

Il est tout aussi capital de mobiliser les familles, les communautés et les nations pour prêter soutien aux femmes durant la grossesse et l'accouchement, en renforçant les politiques et les cadres législatifs et réglementaires concernant la santé maternelle²².

La planification familiale revêt aussi une importance critique s'agissant de réduire la mortalité et la morbidité maternelles. En répondant aux besoins actuellement non satisfaits de contraception, on réduirait le nombre de grossesses dans le monde entier, faisant ainsi tomber le taux de mortalité maternelle de 25-35 %²³. La réduction du nombre de grossesses d'adolescentes aurait aussi un impact considérable.

Les stratégies visant à réduire la mortalité maternelle doivent aussi être confortées par de plus vastes efforts pour traiter la santé féminine, notamment en assurant aux femmes et aux filles une meilleure nutrition pour qu'elles deviennent plus résistantes et ne soient pas exposées à l'anémie, en luttant contre les maladies infectieuses telles que le paludisme et en prévenant la violence. Les interventions de santé en matière de reproduction promeuvent la santé et la

survie des nourrissons et constituent un lien important entre les objectifs de la santé maternelle et infantile.

Il est difficile de faire des dénombrements exacts

La mortalité maternelle est difficile à mesurer pour des raisons tant théoriques que pratiques, ce qui introduit un certain degré d'incertitude dans toutes les évaluations. En de nombreux endroits, la tenue des registres d'état civil laisse à désirer, et les décès féminins, ainsi que leurs causes, ne sont parfois pas signalés par les familles et les communautés²⁴.

En général, les méthodes utilisées pour évaluer le nombre de décès maternels (à l'aide des registres d'état civil, des enquêtes sur les ménages, des données de recensement et des études sur la mortalité des femmes d'âge procréateur)²⁵ ne fournissent ni l'intrant nécessaire pour élaborer et suivre les programmes de prévention, ni l'information qui permettrait d'évaluer les services de santé capables de sauver des vies sous les rapports de la disponibilité, de la quantité et de la qualité.

Il est aussi très difficile de mesurer la morbidité maternelle pour de nombreuses raisons : les données fournies par les établissements (examens de cas hospitaliers et enquêtes sur les patientes à leur sortie, par exemple) sont par nature sujettes à distorsion²⁶; le suivi clinique de très nombreuses femmes enceintes ou à l'étape du post-partum est inconfortable; les rapports en provenance des établissements concernés ne fournissent pas une information fiable; enfin, un sentiment d'opprobre et la crainte font souvent que les femmes répugnent à parler de la santé maternelle et de ses complications.

Malgré les difficultés, un certain nombre de pays ont, depuis la CIPD, adopté des mesures pour améliorer la collecte des données et la tenue des registres afin de contrôler la mortalité et la morbidité maternelles. Ce sont les suivants : Angola, Argentine, Bolivie, Cambodge, Cuba, Maroc, Mozambique, Namibie, Nicaragua, Philippines, Sénégal, Sri Lanka et Zimbabwe. Saint-Vincent-et-les Grenadines organise une conférence annuelle sur la morbidité et la mortalité périnatales afin d'analyser les données nationales²⁷.

Des réponses globales

Les réductions spectaculaires de la mortalité maternelle obtenues à Sri Lanka (de moitié en trois ans) et en Malaisie (des trois quarts en 20 ans) ont été le résultat de la mise en place échelonnée de réseaux étendus et accessibles de centres en mesure de traiter les urgences obstétricales, à quoi se sont ajoutés la formation et un déploiement adéquat de sages-femmes professionnelles, en étroite liaison avec des services obstétricaux d'urgence²⁸. Les dépenses n'ont pas été élevées, mais on s'est préoccupé de mettre en place un système de soins de santé primaires qui atteigne tous les segments de

L'objectif 5 du Millénaire pour le développement, "Améliorer la santé maternelle", est de réduire le ratio de mortalité maternelle des trois quarts de 1990 à 2015. Outre le ratio de mortalité maternelle – qui laisse de côté la morbidité maternelle –, l'indicateur choisi pour mesurer les progrès est la proportion des accouchements bénéficiant de la présence d'un personnel sanitaire qualifié; ceci ne couvre pas les cas où une femme souffre de complications qui menacent sa vie et exigent des soins d'urgence.

Pour mesurer ces aspects, l'Équipe de travail du Projet du Millénaire sur la santé maternelle et la santé infantile a recommandé d'adopter pour cible additionnelle l'objectif de la CIPD "Accès universel aux services de santé en matière de reproduction d'ici à 2015 à l'aide des systèmes de soins de santé primaires". L'Équipe de travail recommande en outre que les pays utilisent aussi le premier des indicateurs mis au point en 1997 par l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA : le nombre de centres de soins obstétricaux d'urgence, tant complets qu'élémentaires, en état de fonctionnement pour 500 000 personnes et la proportion des accouchements qui ont lieu dans des centres d'urgence (aux niveaux de soins appropriés). Elle insiste aussi pour que l'on se préoccupe d'assurer un accès équitable à ces centres.

la population, sans distinction d'ethnicité, de classe et sans faire de différence entre zones urbaines et rurales, conformément aux recommandations du Programme d'action de la CIPD²⁹. Dans ces activités, les deux pays ont essayé de trouver l'équilibre approprié entre dépenses privées et publiques³⁰.

Le Ministère haïtien de la santé a institué un Comité de réduction de la mortalité maternelle, qui a mis au point un plan national. Un modèle de soins obstétricaux d'urgence complets, élaboré dans huit hôpitaux, porte sur la prévention des infections, les soins d'après avortement et l'intégration des services de maternité aux méthodes de planification familiale et aux conseils y relatifs³¹.

Les soins prénatals

Bien que l'attention privilégiée portée aux soins durant la grossesse, quand tel est le cas, ne semble pas avoir un impact direct sur la mortalité maternelle, les soins prénatals assurent aux femmes un accès essentiel au système de soins de santé. Ils offrent une occasion d'évaluer l'état général de la future mère, de diagnostiquer et traiter les infections, de dépister l'anémie et le VIH/sida, d'inscrire les femmes aux programmes visant à prévenir la transmission du VIH aux nourrissons, et de prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance. Les femmes qui reçoivent des soins prénatals ont aussi une meilleure chance de bénéficier d'une assistance qualifiée durant l'accouchement.

PROGRÈS ET LIENS NÉCESSAIRES ENTRE LES SERVICES.

Certains progrès ont été réalisés dans les taux de couverture prénatale depuis la CIPD. D'après un récent rapport de l'OMS et de l'UNICEF, le nombre de femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals d'un prestataire qualifié a augmenté de 20 % depuis 1990. La plus grande augmentation, soit 31 %, a été enregistrée en Asie, tandis que le nombre des femmes qui reçoivent des soins prénatals en Afrique subsaharienne n'a augmenté que de 4 %.

Dans le monde en développement, plus de la moitié de toutes les femmes bénéficient maintenant d'au moins quatre visites prénatales durant leur grossesse (nombre recommandé par l'OMS), bien que les femmes les moins instruites soient très nettement sous-représentées. Celles qui ont suivi l'enseignement secondaire ont deux à trois fois plus de chances de recevoir des soins prénatals que les femmes sans éducation. Les femmes pauvres, d'autre part, ont beaucoup moins de chances de recevoir des soins prénatals, de même que tous les services de santé³².

Si des soins prénatals de bonne qualité peuvent améliorer la santé de la femme dans la période qui précède ou suit immédiatement la naissance, ils n'ont pas d'impact notable sur les risques de décès maternel à moins d'être accompagnés de soins lors de l'accouchement³³. De nombreux pays font progresser de concert les soins prénatals et les autres services de maternité sans risques. Par exemple, la Mongolie, vu sa grande étendue et la rigueur du climat, a créé 316 homes de repos maternel où les éleveuses de bétail peuvent résider et recevoir les soins essentiels durant les semaines qui précèdent l'accouchement³⁴.

Une assistance qualifiée lors de l'accouchement

La majorité des décès maternels sont dus à des complications inattendues. Mais les assistants qualifiés pour y faire face ne sont présents que dans la moitié environ des accouchements au niveau mondial. Assurer la présence d'assistants qualifiés à tous les accouchements est le seul moyen de garantir que toutes les femmes souffrant de complications pourront bénéficier de soins obstétricaux d'urgence. Cette présence durant l'accouchement et le début du post-partum pourrait réduire de 16-33 % environ le nombre de décès dus à l'arrêt de l'accouchement, à une hémorragie, à la septicité et à l'éclampsie³⁵.

Un assistant qualifié est un agent sanitaire ayant reçu une formation professionnelle – généralement un médecin, une sage-femme³⁶ ou une infirmière – capable de gérer un accouchement normal, de reconnaître de bonne heure les complications et d'accomplir toute intervention essentielle, de commencer un traitement et de superviser l'aiguillage de la mère et du bébé vers le niveau de soins immédiatement supérieur si nécessaire. Les accoucheuses traditionnelles

(TBA), formées ou non formées, ne sont pas considérées comme des assistantes qualifiées³⁷.

Un assistant qualifié peut influencer sur la mortalité maternelle en appliquant des techniques sans danger et hygiéniques durant l'accouchement. Cependant, ces mesures ne préviendront pas la plupart des infections qui mettent la vie en danger, celles-ci résultant du retard intervenu dans le traitement de complications telles que la longue durée de l'accouchement, la rupture de l'utérus ou la non-évacuation de tissus annexes³⁸.

SYSTÈMES D'APPUI ET FORMATION. Les assistants qualifiés ne peuvent pratiquer qu'une gamme limitée d'interventions quand les accouchements ont lieu au domicile. Pour être efficaces, les assistants qualifiés ont besoin de fournitures, d'un équipement et d'une infrastructure adéquats, aussi bien que de systèmes de communication et d'aiguillage efficaces avec les centres de soins obstétricaux d'urgence. Un appui politique et des politiques appropriées – notamment, formation avant et pendant l'emploi, supervision, et financement du système de santé – sont aussi d'importance critique³⁹. L'étendue du soutien et de la supervision des attendants qualifiés par les systèmes de soins de santé varie considérablement selon les pays.

20

AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE DANS LES ZONES RURALES DU SÉNÉGAL

Pour aller du village de Goudiry à l'hôpital régional situé à Tambacoumba, au Sénégal, les femmes en train d'accoucher doivent parcourir 70 kilomètres sur une route de terre accidentée, souvent dans des charrettes à âne. Huit sur 10 des femmes souffrant de complications de la grossesse n'ont pas reçu d'aide en temps voulu, et beaucoup sont mortes.

C'était avant 2001, année où avec l'appui de l'UNFPA le petit dispensaire de Goudiry a été agrandi pour devenir un centre de soins obstétricaux doté de l'équipement et du personnel nécessaires pour effectuer des transfusions de sang et des césariennes. Le dispensaire modèle a déjà sauvé plus de 100 femmes.

Un anesthésiste, 17 infirmières et plusieurs agents communautaires bien formés offrent des services à l'extérieur, notamment une information sur les problèmes de santé en matière de reproduction. Ils fournissent aussi des articles de contraception aux environs.

Au Sénégal, le ratio de mortalité maternelle atteint presque 700 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le pays ne compte qu'un gynécologue pour 30 000 femmes d'âge procréateur et la plupart d'entre eux résident dans la capitale. Les femmes des zones rurales donnent naissance à cinq ou six enfants en moyenne. Une grave perte de sang et l'éclampsie sont les causes majeures de décès maternel. Le mariage précoce, la coupure génitale féminine et les infections sexuellement transmissibles sont des facteurs additionnels qui compliquent souvent l'accouchement.

Depuis la CIPD, un certain nombre de pays ont pris des mesures pour améliorer la formation des assistants qualifiés, ainsi que pour accroître le nombre (et les capacités) dans les zones rurales et autres zones sous-desservies. En Iran, par exemple, les sages-femmes rurales reçoivent une formation théorique et pratique pendant six mois et il leur est demandé d'avoir pris en charge au moins 20 accouchements avant d'obtenir leur homologation. Au Panama, la formation des sages-femmes travaillant dans les zones rurales et parmi les populations autochtones est prioritaire⁴⁰.

Les soins obstétricaux d'urgence

Toute femme peut souffrir de complications durant la grossesse. Mais pratiquement toutes les complications obstétricales peuvent être traitées. Les faibles ratios de mortalité maternelle sont dus en grande partie au fait que les complications sont identifiées de bonne heure et traitées.

COMBATTRE LES "TROIS RETARDS". Le modèle des "trois retards" s'est avéré utile dans la conception des programmes visant à gérer les complications obstétricales. Venir à bout des retards dans la décision de rechercher des soins, dans l'arrivée aux centres de santé appropriés et dans les soins à ces centres exige de suivre des procédures en ordre séquentiel – depuis les soins prénatals et la préparation à l'accouchement jusqu'à l'assistance durant l'accouchement et à la capacité d'aiguillage.

Les services de santé qui couvrent les soins obstétricaux d'urgence sont classés en deux catégories : élémentaires et complets⁴¹. Les fonctions d'urgence élémentaires, accomplies dans un centre de santé dépourvu de salle d'opération, comprennent : l'assistance à l'accouchement vaginal; l'évacuation manuelle du placenta et des autres tissus pour prévenir l'infection; et l'administration d'antibiotiques pour prévenir l'infection et de médicaments pour prévenir ou traiter la perte de sang, les convulsions et l'hypertension.

Les services complets exigent une salle d'opération et sont généralement fournis dans un hôpital de district. Ils comprennent toutes les fonctions d'un centre d'urgence élémentaire et aussi la capacité d'effectuer des opérations chirurgicales (césariennes), pour gérer l'arrêt de l'accouchement, et de procéder à une transfusion de sang non contaminé en cas d'hémorragie.

Un certain nombre de pays cherchent à accroître le nombre de centres de soins obstétricaux d'urgence élémentaires, aussi bien qu'à renforcer la capacité du personnel et améliorer la qualité des soins fournis. Par exemple, avec l'appui de l'UNFPA, la Guinée-Bissau a évalué les besoins en soins obstétricaux d'urgence et élaboré des plans pour augmenter le nombre de centres offrant des soins d'urgence élémentaires et de centres offrant des soins complets⁴².

SERVICES DE QUALITÉ. La qualité des soins obstétricaux d'urgence est la clef du succès. Les services doivent être disponibles 24 heures par jour et sept jours par semaine et assurés par un personnel bien formé et motivé, avec les fournitures essentielles et la logistique en place, des systèmes de transport et communication en état de fonctionnement et un suivi permanent.

Un certain nombre de pays ont donné priorité à l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et à l'élévation de leur qualité. Le Liban et l'Oman ont consolidé leurs services d'aiguillage. El Salvador a mis en place des services obstétricaux modèles dans les hôpitaux et les postes sanitaires. En Jamaïque, l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, y compris des installations spéciales pour le transport et l'aiguillage vers des niveaux de soins plus élevés, est assuré dans chaque district⁴³.

Depuis la CIPD, divers pays d'Afrique subsaharienne ont introduit la formation du personnel de santé aux soins obstétricaux d'urgence. Ce sont l'Angola, le Bénin, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Kenya, le Lesotho, le Libéria, le Mozambique, la Namibie, le Niger, le Sénégal, le Swaziland, le Tchad et la Zambie.

Au Maroc, les prestataires ont été formés à utiliser de nouveaux protocoles pour traiter les urgences obstétricales. Des services complets ont été mis en place dans cinq hôpitaux ruraux, et 10 hôpitaux provinciaux ont amélioré la qualité des soins obstétricaux d'urgence, ce qui a permis d'augmenter sensiblement le nombre de femmes qui reçoivent des soins appropriés⁴⁴.

AMÉLIORER LES TRANSPORTS ET RÉDUIRE LES AUTRES OBSTACLES. Les familles pauvres sont souvent incapables et quelquefois n'ont aucune envie de chercher un moyen de transport vers un centre de santé quand une femme est sur le point d'accoucher, ou de payer le prix du transport. Le Mouvement Ami des mères, en Indonésie, a aidé les communautés à reconnaître la nécessité de systèmes de transport d'urgence pour les femmes sur le point d'accoucher et à les mettre en place⁴⁵.

On s'efforce actuellement de comprendre les obstacles à l'utilisation des soins disponibles et de la promouvoir. Un partenariat d'associations médicales canadienne et ougandaise, conduit dans le cadre de l'Initiative Sauver les mères de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), a travaillé dans le district rural de Kiboga, en Ouganda, à améliorer les soins obstétricaux d'urgence et leur utilisation.

On a augmenté le nombre et développé les capacités des assistants qualifiés à l'hôpital de district, et rendu les dispensaires locaux accessibles 24 heures par jour; modernisé les centres de santé, qui ont en outre été dotés du nécessaire;

tenu des ateliers pour améliorer l'attitude des agents sanitaires envers les membres de la communauté. L'UNFPA a fourni deux ambulances.

Grâce à ces interventions, la proportion des femmes souffrant de complications obstétricales qui ont été traitées est passée de 4 % en 1998, année où le projet a commencé, à 47 % en 2000. Les décès maternels sont tombés de 9,4 % en 1998 à environ 2 % en 1999 et 2000 pour les femmes recevant des soins obstétricaux d'urgence⁴⁶.

Les soins d'après avortement

Sur 45 millions environ d'avortements provoqués chaque année, à peu près 19 millions sont pratiqués dans des conditions dangereuses (c'est-à-dire par des personnes non qualifiées dans des conditions très peu hygiéniques); près de 70 000 femmes en meurent, ce qui représente 13 % des décès liés à la grossesse⁴⁷.

De nombreux services nationaux de santé consacrent un pourcentage élevé de lits, dans les centres de deuxième et troisième niveaux, à l'accueil des nombreuses femmes qui ont besoin d'un traitement d'urgence après avortement. En Afrique subsaharienne, jusqu'à 50 % des lits des services de gynécologie sont occupés par des patientes souffrant de complications de l'avortement⁴⁸.

Par un consensus qui a fait date, la CIPD a demandé que toutes les femmes aient accès au traitement pour complications liées à l'avortement, aux conseils d'après avortement, à l'éducation et aux services de planification familiale, quelle que soit la légalité de l'avortement dans leur pays⁴⁹.

Les soins d'après avortement sont rentables, évitent le recours à de nouveaux avortements et aident les femmes à répondre à leurs intentions procréatrices⁵⁰. De nombreux pays reconnaissent maintenant la contribution que ces soins peuvent apporter s'agissant de sauver la vie de femmes. Par exemple, au Kenya, les directives concernant les services de santé en matière de reproduction datées de 1997 énoncent : "Le traitement rapide des complications d'après avortement constitue une part importante des soins de santé, qui doit être offerte à tout hôpital de district."⁵¹

Un consortium international a adopté un modèle de soins d'après avortement, dont le but est d'aider les femmes à éviter de nouvelles grossesses non désirées et d'autres problèmes de santé en matière de reproduction, loin de se limiter à répondre à leurs besoins d'urgence. Elaboré d'abord par l'ONG Ipas, le modèle comprend : un traitement d'urgence pour les complications des fausses couches ou de l'avortement provoqué; des conseils et services de planification familiale; la gestion des infections sexuellement transmissibles; des conseils conçus en fonction des besoins affectifs et physiques de chaque femme; et des partenariats entre la communauté et les prestataires de services⁵².

Au moins 40 pays ont commencé des programmes de soins d'après avortement depuis la CIPD, parmi lesquels le Honduras, le Malawi, le Mexique et le Zimbabwe⁵³. Le nombre de centres offrant des soins d'après avortement a sensiblement augmenté en Égypte de 1999 à 2001⁵⁴, et le traitement des complications de l'avortement incomplet fait maintenant partie des protocoles de soins obstétricaux essentiels⁵⁵.

Le Ministère de la santé du Myanmar a intégré, au niveau des petites villes, les soins d'après avortement et les services de contraception dans les soins de santé existants. Les sages-femmes effectuent maintenant des visites de suivi au domicile des femmes qui souffrent de complications liées à l'avortement et leur proposent sur demande des méthodes de planification familiale⁵⁶.

LES SERVICES RESTENT EN DEÇÀ DES BESOINS. Cependant, le manque d'accès au traitement pour l'avortement incomplet est toujours un problème majeur. Une étude menée en Éthiopie a établi que 16 centres de santé seulement sur 120 étaient en mesure de fournir un transport d'urgence pour venir en aide aux femmes qui ont besoin de soins après un avortement⁵⁷. Il est difficile de réunir des données quant au



besoin de soins après un avortement. Une étude sur les hôpitaux du Kenya a montré que l'avortement était une cause majeure d'admission, mais figurait rarement en tant que cause sur le registre des décès, "ce qui est probablement dû à l'opprobre qui s'attache à la mortalité consécutive à l'avortement"⁵⁸.

Les tabous sociaux qui entourent l'avortement⁵⁹ et les peines frappant aussi bien les femmes à la recherche d'un avortement que les praticiens constituent des obstacles supplémentaires en de nombreux pays, même ceux où les soins d'après avortement sont légaux. Une étude menée au Zimbabwe a établi que la raison la plus généralement donnée pour ne pas rechercher une attention médicale rapide en cas de complications de l'avortement tenait à la crainte d'être dénoncée à la police⁶⁰.

Les adolescentes représentent un pourcentage élevé des avortements illégaux. Dans leur cas, l'opprobre, la honte et la désapprobation des prestataires de soins peuvent être très marqués et les décourager souvent de chercher un traitement.

La qualité des soins de santé maternelle

La qualité importe dans les programmes de santé maternelle⁶¹, de même que dans ceux de planification familiale, et peut inciter les femmes qui affrontent des urgences obstétricales à se rendre plus souvent dans les centres de santé pour y recevoir des soins salvateurs. Au Mexique, une étude menée sur 164 ménages où était survenu un décès maternel a établi que l'idée plus ou moins favorable que l'on s'y faisait de la qualité des soins avait sensiblement contribué au retard plus ou moins grand mis à rechercher des soins médicaux durant l'accouchement⁶².

D'autres études ont fait apparaître des préoccupations analogues parmi les utilisateurs potentiels. En Bolivie, les femmes disent qu'elles tiennent avant tout à être traitées avec respect et que rien ne les décourage autant de recourir aux services de santé maternelle que l'attitude condescendante de prestataires⁶³. Au Yémen, une étude menée sur des ménages choisis au hasard a établi que les femmes, dans les milieux tant ruraux qu'urbains, préféraient accoucher à domicile, tout en reconnaissant l'importance de leurs besoins médicaux, parce qu'elles craignaient d'avoir eu des expériences fâcheuses en accouchant dans un centre médical⁶⁴.

Depuis la CIPD, l'attention portée aux services de qualité s'est sensiblement accrue et de nombreux pays ont lancé des initiatives pour améliorer les soins de santé maternelle. Par exemple, avec l'aide de donateurs, l'Azerbaïdjan a mis en route un projet Maternité sans risques et Soins aux nouveau-nés, qui recouvre le renforcement des capacités du personnel sanitaire, la prise de conscience par les femmes et par les

adolescentes de ce que sont des modes de vie sains, la promotion d'un environnement accueillant à la mère et au bébé dans les maternités, et une attention spéciale aux groupes de population vulnérables. Les gouvernements de plusieurs pays caraïbes ont institué des comités de la santé maternelle et infantile ou des groupes consultatifs techniques dont les membres comprennent des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux⁶⁵.

La formation des prestataires est un aspect important de l'amélioration des soins, essentiel pour venir à bout des réserves de la clientèle. Elle peut aussi avoir des impacts positifs sur la santé maternelle⁶⁶. Par exemple, au Moldova, un programme de formation conduit dans plusieurs sites comporte plusieurs traits positifs : les pères ou d'autres membres de la famille venus prêter soutien aux femmes en train d'accoucher sont bien accueillis, les maternités autorisent les visites de la famille durant le post-partum, les femmes font part d'une diminution des pratiques portant atteinte à leurs droits, et davantage de parents assistent aux nouvelles classes préparatoires à l'accouchement⁶⁷.

Et, après la formation en Ukraine de 24 formateurs, les accouchements provoqués et les césariennes sont devenus moins fréquents et les prestataires de soins ont signalé que les femmes qui donnaient naissance leur paraissaient plus heureuses⁶⁸. En Russie, la formation de prestataires a entraîné une immense augmentation du nombre de clientes qui passent une nuit à l'hôpital après l'accouchement, dont la proportion a fait en l'espace d'une année un bond de 0,5 % à 86 %⁶⁹.

Les hommes et la santé maternelle

Le soutien que les hommes témoignent aux femmes durant la grossesse et l'accouchement a des résultats positifs sur le plan de la santé maternelle⁷⁰. Au Guatemala, les maris prennent souvent soin de leurs épouses et leur prêtent

appui durant la grossesse, les accompagnent aux visites prénatales et sont généralement présents ou à proximité durant les accouchements à domicile; s'ils ne sont pas en compagnie de leurs épouses quand elles accouchent à l'hôpital, ils prennent soin des préparatifs nécessités par l'arrivée du bébé⁷¹. Une recherche conduite en Égypte montre que si les maris participent aux soins d'après avortement, leurs femmes se rétablissent plus vite et les ménages utilisent davantage ensuite les contraceptifs⁷².

Cependant, beaucoup d'hommes qui souhaitent jouer un rôle positif dans la santé de leurs épouses en sont empêchés par les règlements hospitaliers, leurs horaires de travail ou l'insuffisance de la communication entre eux-mêmes et leurs partenaires.

Dans de nombreux programmes, ce fut une tactique couronnée de succès que d'amener les partenaires masculins, les familles étendues et les membres de la communauté à prêter une priorité accrue aux soins de santé des femmes durant la grossesse et le post-partum. Par exemple, le projet Pati Sampark en Inde donne aux maris une information concernant la grossesse et la naissance et précise les rôles spécifiques qu'ils peuvent remplir, lesquels consistent notamment à fournir une aide ménagère durant la grossesse et à prendre des dispositions concernant le transport⁷³.

L'UNFPA et la maternité sans risques

Pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles, l'UNFPA prête appui à un éventail d'activités dans les pays en développement⁷⁴, prenant en considération la réduction de la pauvreté, la gouvernance, le développement économique et social et la réforme du système de santé.

ÉVALUATIONS DES BESOINS. Collaborant avec le programme Averting Maternal Death and Disability (AMDD) géré par l'École de santé publique Mailman à l'Université Columbia et soutenu par la Fondation Bill & Melinda Gates, l'UNFPA a procédé à des évaluations des besoins en de nombreux pays, notamment les suivants : Cameroun, Côte d'Ivoire, Inde, Maroc, Mauritanie, Mozambique, Nicaragua, Niger et Sénégal.

Au Nicaragua, l'évaluation de 125 centres a conduit à une série d'améliorations dans trois districts sanitaires : modernisation des locaux, publication de normes et protocoles des soins, formation du personnel et efforts pour améliorer la qualité des services. De 2000 à 2003, la proportion des femmes souffrant de complications qui ont reçu des soins d'urgence dans ces districts a augmenté d'un tiers⁷⁵.

FORMATION. La formation de médecins, infirmières, sages-femmes et anesthésistes aux soins obstétricaux d'urgence et aux soins d'après avortement est en cours dans toutes les

21 SATISFAIRE AUX BESOINS DES CLIENTES AU PÉROU

À un dispensaire de soins de santé primaires MaxSalud situé dans une communauté périurbaine du Pérou, les administrateurs se sont préoccupés en 2000 des faibles taux d'utilisation parmi leur clientèle principalement féminine. Une enquête a établi que les femmes répugnaient à recevoir du gynécologue masculin des services de santé en matière de reproduction, après la mutation de la sage-femme dans un autre dispensaire. On a réduit les prix, lancé une campagne publicitaire agressive pour faire connaître les nouveaux tarifs et fait appel à une nouvelle sage-femme certifiée, tout cela dans le cadre des mesures d'amélioration de la qualité des soins. Les taux d'utilisation des services ont enregistré une hausse spectaculaire. Les clientes se sont déclarées extrêmement satisfaites des services de santé et ont marqué une préférence pour les prestataires de sexe féminin.

RECONSTITUER LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE AU MOZAMBIQUE

À la suite de la guerre civile et de catastrophes naturelles, le système de soins de santé, dans la province Sofala du Mozambique, était détruit en totalité et n'avait guère les moyens de fournir aux femmes enceintes des soins d'urgence. L'initiative UNFPA/AMDD a soutenu la formation d'un personnel médical et fourni à l'hôpital provincial et aux centres de santé périphériques des médicaments, des articles et de l'équipement. De ce fait, le nombre de femmes souffrant de complications qui ont reçu les soins appropriés a presque doublé. Grâce au financement d'autres donateurs qui s'y est ajouté, le projet sera étendu à neuf autres provinces et couvrira bientôt la totalité du pays.

régions, parallèlement à la formation des prestataires de services à la tenue des archives et à la collecte des données. Le personnel sanitaire a été formé à évaluer les décès maternels et les complications. Le Fonds a aussi mis au point des documents techniques, un cours d'apprentissage à distance et une Liste de contrôle des soins obstétricaux d'urgence à l'intention des planificateurs.

MISE EN PLACE DE L'INFRASTRUCTURE. L'UNFPA a modernisé des installations et en a construit de nouvelles, a fourni de l'équipement et des produits, acheté des ambulances et du matériel de radiotéléphonie.

Dans l'État du Rajasthan, en Inde, avec le soutien de l'initiative UNFPA/AMDD, 83 centres de soins obstétricaux

qui desservent environ 13 millions de personnes ont été rénovés. Cinquante-neuf équipes de professionnels de la santé ont été formées à fournir des soins obstétricaux d'urgence; et 12, à la prévention des infections. Des systèmes d'information sur la gestion ont été introduits pour améliorer le suivi et l'évaluation des services. En 2003, des stations locales de télévision et des journaux ont commencé à faire place à des programmes relatifs à la maternité sans risques. Grâce à ces efforts, le nombre de femmes traitées pour des complications obstétricales a augmenté de 50 % en quatre ans, et l'Inde a lancé des interventions similaires dans d'autres États⁷⁶.

POLITIQUE ET ACTIVITÉS DE PLAIDOYER. L'UNFPA, de concert avec l'UNICEF et l'OMS, a organisé Vision 2010 pour centrer l'attention sur la mortalité des mères et des nouveau-nés en Afrique centrale et de l'Ouest et a lancé le Forum pour une réduction de la mortalité maternelle en Amérique latine avec l'Organisation panaméricaine de la santé. Le Fonds a collaboré avec plusieurs ministères de la santé afin de mettre en place des directives et protocoles de soins obstétricaux d'urgence, des politiques nationales de la maternité sans risques et un suivi type des systèmes d'aiguillage.

MOBILISATION DES COMMUNAUTÉS. Le Fonds forme des volontaires et des spécialistes de la promotion sanitaire à éduquer les communautés concernant les services de maternité sans risques et la planification familiale, et il encourage les communautés à patronner des systèmes de transport.

WELCOME



8 Prévention du VIH/sida

Plus de deux décennies après le début de la pandémie du sida, environ 38 millions de personnes sont atteintes du VIH/sida et plus de 20 millions en sont mortes¹. Malgré l'extension des activités de prévention, environ cinq millions nouveaux cas d'infection se déclarent chaque année. Dans les pays les plus durement touchés, la pandémie annule des décennies de bénéfices du développement.

En 1994, le Programme d'action de la CIPD a noté la sévérité de la pandémie et prévu que le nombre de personnes infectées par le VIH "pourrait atteindre 30 à 40 millions d'ici la fin de la décennie si des stratégies préventives efficaces ne sont pas appliquées"².

La CIPD a demandé une approche multisectorielle du sida qui comprenne une prise de conscience des conséquences désastreuses de la maladie, la fourniture d'informations sur les moyens de prévention, et des remèdes aux "inégalités d'ordre social et économique et liées au sexe ou à la race qui multiplient les risques de contracter la maladie"³. Elle a reconnu le mal que causent l'opprobre et la discrimination, ainsi que la nécessité de protéger les droits fondamentaux des personnes atteintes du VIH/sida.

Le Programme d'action a également noté que "les femmes qui sont dans une position désavantagée, sur le plan tant social qu'économique, sont de ce fait spécialement vulnérables aux infections sexuellement transmissibles, et notamment à l'infection par le VIH"⁴. En Afrique, aujourd'hui, les femmes courent un risque plus élevé de 30 % que les hommes d'être infectées par le VIH. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois et demie plus exposées à l'infection que les hommes du même groupe d'âge.

Il a été reconnu que les programmes de santé en matière de reproduction jouent un rôle essentiel dans la prévention du VIH, cela de diverses manières : prévention, détection et traitement des infections sexuellement transmissibles; information, éducation et conseils aux fins d'un comportement sexuel responsable; et garantie d'un approvisionnement fiable en préservatifs.

Durant l'examen de l'application du Programme d'action de la CIPD mené en 1999, les Nations Unies ont pris note de l'aggravation de la pandémie et ont demandé des ressources accrues et des efforts plus intenses pour en combattre la diffusion. Des cibles ont été fixées pour réduire la prévalence du VIH chez les jeunes et pour élargir leur accès à l'information et aux services afin de prévenir l'infection.

Étant donné que plus des trois quarts des cas de VIH sont dus à des rapports sexuels et une tranche additionnelle de 10 % à la transmission mère-enfant durant l'accouchement ou l'allaitement⁵, il est capital d'établir un lien entre le VIH et les services de santé en matière de reproduction. La pandémie a fait ressortir l'urgente nécessité d'améliorer tant les services de santé primaires que les services de santé en matière de reproduction et de sexualité.

L'impact et la réaction

Le VIH/sida prélève un terrible tribut sur les individus et les communautés dans les pays où sa prévalence est élevée. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, un quart de la population active est infecté par le VIH. Selon une évaluation, si 15 % de la population d'un pays sont séropositifs (taux que neuf pays atteindront probablement en 2010), le produit

INTÉGRER LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA DANS LES SERVICES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Les pouvoirs publics devraient veiller à ce que la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida fassent partie intégrante des programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction au niveau des soins de santé primaires.

— Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, par. 68

intérieur brut baisse de 1 % environ chaque année⁶. Si l'on applique ce critère, le PIB de l'Afrique du Sud pourrait tomber de 17 % d'ici à 2010.

Un récent rapport de la Banque mondiale et de l'Université d'Heidelberg avertit que l'impact à long terme du sida pourrait causer encore plus de ravages⁷. Le sida détruit le capital humain en tuant à la fleur de l'âge et affecte aussi la manière dont la connaissance et les savoir-faire sont transmis d'une génération à l'autre. En outre, la mortalité adulte à un âge prématuré qui résulte du sida affaiblit la valeur des investissements dans l'éducation et diminue la proportion des familles qui peuvent se permettre d'envoyer leurs enfants à l'école.

Selon un rapport, daté de 2003, du Groupe de travail sur la prévention du VIH dans le monde, panel international d'experts du sida, moins d'une personne sur cinq parmi les plus exposées à l'infection par le VIH peut accéder à des interventions de prévention de valeur démontrée. En amplifiant considérablement les stratégies de prévention qui ont fait leurs preuves, on pourrait éviter 29 des 45 millions de

nouveaux cas d'infection par le VIH attendus d'ici 2010, a précisé ce rapport⁸.

Les régimes de traitement du VIH se sont améliorés au long des années 90, mais leur coût est resté prohibitif pour tous les pays à l'exception des plus riches. Si un effort concerté est désormais en cours pour élargir l'accès au traitement – notamment avec l'Initiative 3 d'ici 5⁹ d'ONUSIDA, sous la direction de l'OMS, qui vise à atteindre trois millions de personnes d'ici à 2005 et à faire baisser le coût des médicaments –, la très grande majorité des personnes infectées n'ont pas encore accès à la thérapie antirétrovirale (ARV), qui peut faire du sida une simple maladie chronique.

Un rapport⁹ du Groupe de travail sur la prévention du VIH dans le monde, publié en juin 2004, a souligné l'importance d'intégrer les interventions visant à prévenir le VIH dans les programmes de traitement en voie d'extension. La disponibilité accrue des ARV, affirme le rapport, conduira davantage de personnes à fréquenter les centres de soins de santé, où des messages de prévention du VIH peuvent les atteindre. Mais elle pourrait aussi conduire à l'adoption plus

23

S'ATTAQUER À L'INÉGALITÉ

Pour faire face à l'impact disproportionné du VIH/sida sur les femmes et les filles, ONUSIDA a lancé la Coalition mondiale sur les femmes et le sida à une réunion de février 2004 présidée par la Directrice exécutive de l'UNFPA, Thoraya Obaid. Cette initiative de plaidoyer sera centrée sur les points suivants : prévenir de nouvelles infections de femmes et de filles par le VIH, promouvoir un accès égal aux soins et au traitement du VIH, accélérer la recherche sur les microbicides, protéger les droits de propriété et d'héritage des femmes, et réduire la violence contre les femmes.

ONUSIDA, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et l'UNFPA ont publié en juillet 2004 un rapport conjoint, intitulé *Women and AIDS, Confronting the Crisis*. Ce rapport appelle les gouvernements et la communauté mondiale à :

- **Faire en sorte que les adolescentes et les femmes disposent des connaissances et moyens nécessaires pour prévenir l'infection par le VIH** à travers des campagnes de plaidoyer qui fassent connaître les données de base concernant la vulnérabilité physiologique particulière des femmes, dissipent les mythes nuisibles et les notions stéréotypées de masculinité et de féminité, avertissent que le mariage ne protège pas nécessairement contre la transmission du VIH, et fassent participer

les jeunes des deux sexes à promouvoir la santé en matière de reproduction et de sexualité;

- **Promouvoir un accès égal et universel au traitement** en veillant à ce que les femmes représentent 50 % des personnes en mesure d'avoir accès à un traitement de couverture élargie, en donnant à un plus grand nombre accès à des services de dépistage et d'accompagnement psychologique (VCT) qui soient délivrés en confidentialité et sans contrainte, prennent en considération les rapports de force inégaux et encouragent le dépistage des partenaires, en étendant la couverture des services de santé en matière de reproduction et de sexualité, et en formant les agents sanitaires à offrir soins et traitement dans un esprit soucieux de l'égalité des sexes.
- **Promouvoir l'éducation primaire et secondaire des filles et l'alphabétisation des femmes** en supprimant les redevances scolaires, en recommandant de ne tolérer en aucun cas la violence sexiste et le harcèlement sexuel, en offrant aux femmes des classes d'alphabétisation qui mettent l'accent sur le VIH/sida et l'égalité entre les sexes, en dispensant une éducation aux savoir-faire indispensables en milieu tant scolaire qu'extracolaire, et en élaborant des programmes d'enseignement qui remettent en cause les stéréotypes sexuels et développent chez les filles le sens de leur propre valeur.

- **Alléger la charge de travail inégale au foyer et les responsabilités qu'assument femmes et filles de prendre soin des membres de la famille malades et des orphelins** en créant des mécanismes de protection sociale et en offrant un soutien aux dispensatrices de soins, en promouvant des rôles sexospécifiques plus équitables au foyer, en distribuant des trousseaux de soins, et en ouvrant des cuisines communautaires afin de fournir une aide dans l'exercice des responsabilités domestiques.
- **Mettre fin à toutes les formes de violence contre les femmes et les filles** en entreprenant des campagnes médiatiques sur le refus total de la violence, la responsabilité masculine et le respect dû aux femmes, enfin sur les normes de comportement dangereuses, et en offrant des conseils et une prophylaxie à toutes les victimes de violences sexuelles.
- **Promouvoir et protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles** en promulguant, renforçant et faisant respecter les lois qui protègent leurs droits, en signalant les violations de ces lois au Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, en protégeant les droits de propriété et d'héritage des femmes, et en prêtant appui à des services judiciaires gratuits ou de prix abordable pour les femmes contaminées par le VIH/sida.

répandue de comportements risqués, à moins que des conseils de prévention ne soient incorporés aux programmes de traitement. Le Groupe a recommandé que les VCT soient offerts dans tous les centres de soins de santé où le public a accès à la thérapie ARV.

FÉMINISATION DE LA PANDÉMIE. La moitié de tous les adultes atteints du VIH/sida sont aujourd'hui de sexe féminin, contre 41 % en 1997. En Afrique subsaharienne, région la plus touchée, ce taux atteint presque 60 %. Les taux croissants d'infection chez les femmes et les adolescentes sont le reflet de leur plus grande vulnérabilité, due à des facteurs tant biologiques que sociaux. Les inégalités entre les sexes et le rôle dominant de l'homme dans les relations peuvent accroître le risque d'infection des femmes et limiter leur capacité de négocier l'utilisation de préservatifs. La pauvreté conduit beaucoup de femmes et de filles à accepter des rapports sexuels dangereux, souvent avec des partenaires plus âgés.

Cette "féminisation" de la pandémie est encore exacerbée par le rôle des femmes, qui gèrent le foyer et sont les principales dispensatrices de soins aux membres de la famille infectés par le VIH. Parmi les autres facteurs qui font retomber sur elles le plus grand impact de la pandémie, il faut citer les inégalités d'ordre juridique, économique et social qu'elles affrontent souvent sur de nombreux plans : éducation, soins de santé, possibilités de s'assurer des moyens d'existence, protection légale et prise de décisions.

LES PAYS RÉAGISSENT. Les trois quarts des pays ayant répondu à l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003 ont signalé qu'ils avaient adopté une stratégie nationale du VIH/sida, et 36 %, qu'ils s'étaient dotés de stratégies spécifiques visant les groupes à haut risque. De nombreux pays ont créé des commissions nationales du sida et mis en place des politiques et programmes pour faire face à l'impact de la pandémie. Un nombre croissant de pays adoptent une approche multi-sectorielle, qui fait intervenir un large éventail de ministères et comporte une intervention accrue des ONG. Mais 16 % seulement ont signalé qu'ils avaient adopté une législation à l'appui de la lutte contre le VIH/sida.

Établir un lien entre la prévention du VIH et les programmes de santé en matière de reproduction

Étant donné que la transmission du VIH s'opère dans la majorité des cas par un contact sexuel, l'information et les services de santé en matière de reproduction et de sexualité constituent un point d'accès d'importance critique pour la prévention du VIH/sida; ces services offrent aussi un cadre où les programmes de soins et traitement peuvent atteindre le public.

Les services de santé en matière de reproduction peuvent aider à prévenir la transmission du VIH par les moyens

suivants : faire connaître les risques de manière à influencer sur le comportement sexuel; déceler et gérer les infections sexuellement transmissibles (IST); promouvoir l'utilisation correcte et régulière de préservatifs; et aider à prévenir la transmission mère-enfant¹⁰. En mettant en relation la prévention du VIH et les prévention et traitement des IST avec les services de planification familiale et de santé maternelle, on peut accroître leur couverture, limiter l'opprobre et réaliser des économies en utilisant les ressources et l'infrastructure existantes.

Un certain nombre d'initiatives, surtout en Afrique, ont cherché à établir un lien entre la prévention du VIH et les programmes de santé en matière de reproduction¹¹. Mais en bien des endroits les deux programmes n'ont aucun lien entre eux.

UN APPEL À L'ENGAGEMENT. En juin 2004, l'UNFPA, ONUSIDA et Family Care International ont réuni une consultation mondiale de haut niveau à laquelle ont participé des ministres de la santé, des parlementaires, des ambassadeurs, des dirigeants d'institutions des Nations Unies, des organisations donatrices, des dirigeants de communautés et d'ONG, des jeunes et des personnes atteintes du VIH. La réunion a abouti à un Appel à l'engagement qui soulignait "la nécessité urgente d'établir des liens bien plus forts entre la santé en matière de reproduction et de sexualité et, d'autre part, les politiques, programmes et services relatifs au VIH/sida".

Ces liens plus étroits – à savoir la fourniture d'une information et de services sur la santé en matière de reproduction à toutes les personnes atteintes par les programmes de VIH/sida, et d'une information et de services sur le VIH/sida à toutes les personnes atteintes par les programmes de santé en matière de reproduction – sont essentiels au succès dans les deux domaines et à la réalisation des MDG, est-il affirmé dans l'Appel, qui précise que ces liens "déboucheront sur des programmes plus pertinents et plus rentables, assurés d'un impact accru".

UNE INFORMATION SUR LES RISQUES. Jusqu'à présent, peu de programmes de planification familiale se sont préoccupés de mettre les prestataires en mesure de faire face aux problèmes de sexualité. Par exemple, une récente étude menée en République-Unie de Tanzanie a établi qu'il n'était fait qu'une brève mention du VIH/sida à la clientèle des services de planification familiale dans les conseils en vue d'un choix informé, au moment où "les femmes apprennent que les préservatifs préviennent des IST comme le VIH, et que les autres méthodes ne le font pas"¹².

La Fédération internationale pour la planification familiale a donné à un certain nombre d'associations de planification familiale une formation concernant la sexualité,

l'égalité des sexes et la qualité des soins¹³. Ces expériences ont montré que les prestataires peuvent dispenser des conseils relatifs à la sexualité s'ils ont reçu une formation adéquate. Dans des études menées au Kenya et en Zambie, toutefois, la plupart des prestataires se sont déclarés probablement incapables de conseiller correctement leurs clients quant aux besoins en matière de contraception face au risque de contracter le VIH¹⁴.

Les programmes doivent former tous les prestataires à aider leur clientèle à évaluer le risque d'infection par le VIH et à les conseiller sur la manière d'éviter tant la maladie qu'une grossesse non recherchée. La formation doit aussi inclure une information correcte sur les méthodes de contraception afin d'aider à dissiper les mythes et les rumeurs qui abondent.

GÉRER LES IST. Le fait d'être atteint d'une ou plusieurs IST aggrave sensiblement le risque d'être infecté par le VIH. Une étude récemment menée aux États-Unis a établi que le traitement d'une IST chez un séropositif peut entraîner une réduction de 27 % de la transmission du VIH, cela sans aucun changement de comportement¹⁵. Une étude menée en République-Unie de Tanzanie au milieu des années 90 a montré que la prévention et le traitement des IST pouvaient prévenir environ 40 % des nouvelles infections par le VIH¹⁶.

L'étude a également montré que l'information préalablement communiquée aux partenaires et un traitement pouvaient réduire la diffusion des IST.

Les programmes de santé en matière de reproduction peuvent instruire ceux qui utilisent leurs services au sujet des IST, de leurs symptômes et transmission, et leur enseigner un comportement sain. Cependant, il s'est avéré difficile de déceler et gérer les IST. La plupart des femmes atteintes d'IST n'ont pas de symptômes et, de ce fait, les efforts visant à les identifier et traiter dans des centres de santé en matière de reproduction se sont avérés de faible avantage pour elles¹⁷. En conséquence, les IST n'ont pas encore reçu l'attention voulue dans les programmes tant de santé en matière de reproduction que de lutte contre le VIH¹⁸, et les ministères de la santé n'ont pas beaucoup fait pour garantir qu'elles y reçoivent cette attention¹⁹. La mise au point récente de tests de dépistage moins coûteux pour les IST les plus répandues pourrait aider à corriger cette insuffisance.

Les préservatifs

Les préservatifs tant masculins que féminins sont des éléments clefs de la prévention chez les personnes sexuellement actives. Les programmes peuvent encourager l'utilisation de préservatifs comme moyen de protection contre les grossesses non recherchées et les IST, dont le VIH, et informer les clients que les contraceptifs autres que les méthodes à adjuvant n'empêchent pas la transmission du VIH. Une utilisation correcte et régulière est essentielle : dans une étude menée en Ouganda, aucune des 350 femmes qui ont déclaré utiliser régulièrement des préservatifs n'est devenue séropositive, mais l'incidence était élevée chez les femmes qui ont déclaré les utiliser irrégulièrement²⁰.

Cependant, les obstacles à une utilisation plus générale des préservatifs ne sont pas négligeables. Les fournitures sont franchement insuffisantes par comparaison avec les besoins actuels; elles sont fréquemment épuisées et les programmes tendant à inculquer des comportements sexuels moins dangereux ne disposent que de ressources limitées. Des mythes répandus, des perceptions erro-



nées et des craintes relatives aux préservatifs en entravent aussi l'utilisation.

Pour garantir une fourniture régulière et à prix abordable de préservatifs de haute qualité, il faut prévoir les besoins, faire des achats, assurer la gestion logistique et obtenir des garanties de qualité. On ne saurait non plus promouvoir l'utilisation des préservatifs sans comprendre les besoins et les préférences du public, ni l'environnement socioculturel des communautés et des pays.

LE PRÉSERVATIF FÉMININ. Introduit dans les années 90, le préservatif féminin a ajouté un élément au choix limité de moyens de protection offerts aux femmes. Son prix, qui est 10 fois plus élevé que celui d'un préservatif masculin, en a entravé la diffusion²¹. Si les données font penser que le préservatif féminin peut être réutilisé jusqu'à sept fois à condition d'être correctement désinfecté, l'OMS recommande actuellement de ne l'utiliser qu'une seule fois en attendant de réunir davantage de données sur l'innocuité de sa réutilisation²².

Plus de 19 millions de préservatifs féminins ont été fournis dans plus de 70 pays. L'Afrique du Sud, le Brésil, le Ghana, la Namibie, la Zambie et le Zimbabwe ont tous de vastes programmes. Une étude menée au Costa Rica, en Indonésie, au Mexique et au Sénégal a établi que le préservatif féminin est plus acceptable là où les hommes soutiennent déjà la planification familiale et ont le sentiment que leurs pairs soutiendront le recours à cette méthode, où les travailleuses de l'industrie du sexe savent déjà négocier des rapports sexuels moins dangereux, et où le préservatif féminin est jugé préférable au préservatif masculin²³. Cela conduit à penser que "la stratégie commerciale doit être centrée sur les femmes qui peuvent négocier avec succès l'utilisation du préservatif féminin avec leurs partenaires, en même temps qu'elle doit encourager les hommes à accepter ce moyen de protection"²⁴.

La recherche continue dans ce domaine et, d'après certaines indications, un nouveau type de préservatif féminin moins coûteux pourrait être disponible d'ici quelques années.

DIFFICULTÉS À NÉGOCIER L'UTILISATION DES PRÉSERVATIFS.

Les données en provenance de la République-Unie de Tanzanie montrent que la prévalence du VIH/sida est plus élevée parmi les jeunes femmes mariées et monogames que parmi les femmes célibataires sexuellement actives. Les femmes mariées, surtout si elle sont jeunes, ne peuvent souvent pas négocier l'utilisation des préservatifs, même si elles savent que leur mari a actuellement ou a eu dans le passé des partenaires multiples; elles sont mieux en mesure de le faire si l'utilisation de préservatifs est généralement acceptée comme un élément essentiel de la protection en général.

24

COMBINER LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA PRÉVENTION DU VIH EN ZAMBIE

Un projet en cours à Lusaka (Zambie), qui fournit des préservatifs pour prévenir le VIH, a récemment commencé à offrir d'autres contraceptifs demandés par les clients, parce que les services de planification familiale étaient insuffisants. L'utilisation de préservatifs est demeurée fréquente. En fait, le personnel de ce projet a constaté que les utilisateurs d'autres types de contraception utilisaient généralement davantage les préservatifs, et que les utilisateurs de préservatifs commençaient deux fois plus souvent que les non-utilisateurs à utiliser d'autres formes de contraception si on les leur offrait. "Tout ce que nous avons eu à faire pour accroître l'utilisation des contraceptifs a été de rendre leur obtention plus facile", a déclaré le directeur du projet.

Pour faire largement connaître ces nouveaux services, a précisé le directeur, les couples qui venaient au centre étaient recrutés pour servir d'agents externes. "Nous les payons pour aller voir leurs amis et faire savoir autour d'eux ce que nous faisons. Nous distribuons aussi de porte à porte des invitations à visiter le centre, et environ un tiers de ceux qui les reçoivent y viennent."

Une recherche menée en Afrique du Sud a établi que les femmes qui ont utilisé un préservatif à leur dernier rapport sexuel savaient, presque deux fois plus souvent que les femmes qui ne l'ont pas fait, que les préservatifs préviennent la transmission du VIH²⁵. Les femmes qui utilisaient le plus souvent des préservatifs étaient jeunes, avaient un niveau d'éducation plus élevé et vivaient dans les zones urbaines. Les femmes qui avaient des partenaires de rencontre et les femmes qui avaient des partenaires réguliers, mais sans être mariées avec eux, utilisaient un préservatif quatre fois et deux fois, respectivement, plus souvent que les femmes qui avaient eu leur dernier rapport sexuel avec leur mari.

Les prestataires de services de planification familiale et de soins prénatals doivent aider leurs clientes à acquérir des aptitudes à la communication et à la négociation dont elles feront usage avec leurs partenaires afin de pouvoir se protéger correctement contre la transmission du VIH.

PROTECTION DOUBLE. Les prestataires de soins doivent bien connaître la notion de protection double, stratégie destinée à prévenir tant la transmission du VIH ou des IST qu'une grossesse non recherchée grâce à l'utilisation de préservatifs uniquement, à l'utilisation de préservatifs combinée avec d'autres méthodes assurant un complément de protection contre la grossesse (double méthode), ou à l'abstention de toute activité sexuelle à haut risque. Le message de la protection double peut être élargi en y incluant le souci de ne pas s'exposer à la stérilité grâce à la prévention et au contrôle des IST, message d'importance particulière pour les jeunes femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants²⁶.

Nazret (Éthiopie) est situé sur une route fréquentée de transports par camion entre Addis-Abeba et Djibouti, et les travailleuses de l'industrie du sexe sont nombreuses à y exercer leur métier. On évalue à 18,7 % le taux des adultes séropositifs dans le secteur. Pour mieux comprendre cette prévalence élevée et y réagir, l'Association éthiopienne de conseils familiaux a commencé à offrir des services de VCT deux jours par semaine à son dispensaire local de santé en matière de reproduction, qui sert une centaine de clients par jour.

Des discussions avec des membres de la communauté et des prestataires de soins ont montré qu'il était nécessaire d'intégrer les services de VCT à d'autres services. Certains clients ont dit qu'ils ne visiteraient pas les centres de VCT autonomes existants en raison de l'opprobre qui s'y attache, mais qu'ils utiliseraient ce type de services s'ils étaient offerts aux dispensaires de santé en matière de reproduction. Des plans ont été élaborés pour plusieurs types de services : dépistage, accompagnement psychologique avant et après le dépistage, éducation au niveau communautaire sur la prévention du VIH, traitement des infections opportunistes les plus répandues, et aiguillage vers des centres de soins plus spécialisés.

Le personnel du dispensaire a reçu une formation sur le VIH/sida et les infirmières ont également été formées à diagnostiquer et traiter les IST. Un service de distribution de préservatifs à base communautaire a été mis en place et des agents externes ont été formés à encourager l'utilisation. Des institutions locales ont participé à la création de mécanismes qui fourniront un soutien médical, social et économique aux clients reconnus séropositifs. Des systèmes de suivi et évaluation ont aussi été élaborés.

Plus de la moitié des clients des services de VCT sont des hommes et 43 % sont jeunes. Environ 20 % des tests sont positifs, soit un taux de prévalence analogue à ceux constatés auprès d'autres prestataires de services de VCT dans la région.

MICROBICIDES. Des microbicides destinés à protéger les femmes contre la transmission du VIH sont à l'étude, mais ne pourront être mis au point avant plusieurs années. Pour les femmes qui ne savent pas négocier l'utilisation de préservatifs, l'introduction d'un microbicide accroîtrait considérablement la capacité de se protéger contre l'infection. La Campagne mondiale pour les microbicides estime qu'un produit pourrait être disponible dès 2007 et que 2,5 millions d'infections par le VIH pourraient être évitées en l'espace de trois ans si un microbicide efficace dans 60 % des cas était utilisé dans les pays en développement²⁷.

Les services de dépistage et d'accompagnement psychologique (VCT)

Les programmes de VCT révèlent aux femmes et aux hommes, en confidentialité et avec doigté, leur condition actuelle et les risques courus, et les encouragent à adapter leurs comportements dans l'intérêt de leur santé. Ces programmes sont un moyen efficace de prévenir la transmission du VIH et un important point d'accès pour le traitement des maladies liées

au VIH, la prévention de la transmission mère-enfant, la lutte contre la tuberculose et le soutien psychosocial et juridique.

Des projets pilotes en Côte d'Ivoire et en Inde indiquent que l'intégration des VCT dans les services de santé en matière de reproduction et de sexualité réduit l'opprobre lié au VIH/sida, fait mieux prendre conscience de ce qu'est un comportement sexuel sain, enfin élargit l'accès aux services et leur utilisation. Cependant, bien trop souvent, les VCT sont isolés des autres services²⁸.

PRÉVENIR LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT. Les programmes de santé en matière de reproduction peuvent aider à prévenir la transmission mère-enfant du VIH en prévenant l'infection chez les femmes, en veillant à ce que les séropositifs des deux sexes soient informés de leurs options et risques pour qu'ils puissent faire des choix informés, et en donnant accès aux ARV et à un éventail de méthodes contraceptives pour les aider à persévérer dans leurs décisions.

En de nombreux endroits, la grossesse est l'un des rares moments où les femmes ont accès aux services de santé, ce qui offre une excellente occasion de prévenir le VIH, surtout grâce aux services de VCT. Des services intégrés de prévention du VIH et de santé maternelle peuvent encourager l'utilisation de préservatifs, gérer les IST et offrir des soins prénatals et après l'accouchement, un accouchement sans risques et des conseils sur la manière d'alimenter les nourrissons.

Il est extrêmement nécessaire d'élargir les initiatives de prévention de la transmission mère-enfant, qui n'atteignent actuellement qu'un faible pourcentage des femmes²⁹.

Les problèmes clefs

ÉLARGIR L'ACCÈS AU TRAITEMENT. Au cours des deux dernières années, les engagements pris d'accroître le financement des activités de traitement et la disponibilité accrue des médicaments ARV génériques ont déplacé l'accent des programmes de VIH/sida. L'OMS et ses partenaires du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont entrepris la tâche gigantesque de traiter d'ici 2005 trois millions de personnes avec des ARV³⁰. En 2003, en Afrique, 100 000 personnes seulement recevaient des ARV, soit 2 % du chiffre estimatif de 4,4 millions qui ont besoin d'un traitement. En Asie du Sud et de l'Est, les services d'ARV atteignaient 7 % de ceux qui ont besoin d'un traitement.

Les États-Unis se sont engagés à fournir des fonds à 15 pays d'Afrique et des Caraïbes pour traiter 2 millions de personnes au cours des cinq prochaines années, dans le cadre d'une nouvelle initiative visant à prévenir 7 millions de nouvelles infections et à fournir des soins et un soutien à 10 millions de personnes atteintes du VIH/sida.

L'OMS et ONUSIDA reconnaissent que ces initiatives de traitement constituent un engagement à long terme. "Il faut garantir la fourniture d'une thérapie tout au long de la vie à toute personne ayant commencé la thérapie antirétrovirale. C'est pourquoi '3 d'ici 5' n'est que le début de l'extension en cours de la thérapie antirétrovirale et du renforcement des systèmes de santé"³¹.

L'extension rapide du traitement exigera le renforcement immédiat des systèmes de santé – ce dont les programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité pourront aussi bien tirer profit – et l'augmentation du nombre des prestataires de soins de santé (c'est un objectif de l'initiative "3 d'ici 5").

La disponibilité accrue du traitement contribuera aux activités de prévention du VIH, car les personnes qui suivent une thérapie ARV ont moins de chances de répandre le virus, et l'offre de ce traitement crée des occasions de communiquer les messages de prévention et de distribuer des préservatifs. Mais il est impératif, en même temps, d'intensifier l'appui aux programmes de prévention et d'intégrer la prévention dans les initiatives de traitement.

Il faut aussi, et c'est un point capital, observer plus strictement des précautions universelles (notamment les procédures de sécurité et l'élimination par les moyens appropriés des gants et des objets contondants). Actuellement, même quand les prestataires de services connaissent les

précautions à prendre contre la transmission du VIH, ils manquent souvent de gants de protection et d'ARV (en cas de piqûre d'aiguille ou autres accidents). Une récente étude menée en Zambie a établi que les dispensaires n'avaient pas de directives de sécurité ni de trousse de prophylaxie en cas d'exposition au risque de VIH. Là où les gants faisaient à peu près défaut, on disait aux clients de les acheter. En remédiant au risque professionnel, on pourra sans doute améliorer le moral du personnel et les soins aux clients³².

PRIORITÉS DE LA PRÉVENTION. Une récente étude sur l'incidence du VIH au Cambodge, en Fédération de Russie, au Honduras, en Indonésie et au Kenya suggère que les activités de prévention devraient se fonder sur une analyse attentive du lieu où les infections se produisent et non simplement sur la notion que de vastes catégories de personnes sont en danger³³. Par exemple, au Cambodge, la proportion des nouvelles infections transmises par les travailleurs de l'industrie du sexe a diminué, tandis que celle des nouvelles infections transmises de conjoint à conjoint est passée de 11 % à 46 %. Cependant, la transmission initiale du VIH est encore en rapport étroit avec l'industrie du sexe, et la plupart des personnes récemment infectées sont celles dont les partenaires ont eu dans le passé des comportements à haut risque. Ainsi, la prévention doit être centrée tant sur l'industrie du sexe que sur les rapports conjugaux.

26

RÉDUIRE LES TAUX DE VIH : DES ENSEIGNEMENTS VENUS DE L'OUGANDA

En Ouganda, la prévalence du VIH a atteint un taux maximal d'environ 15 % en 1991, puis est tombée à 5 % en 2001. Ce recul a été attribué aux efforts de prévention sur plusieurs fronts, selon une approche combinée des changements de comportement définie par la formule "ABC" – promotion de l'abstinence, de la réduction du nombre de partenaires ("Être fidèle" [Be faithful]), et d'une utilisation régulière et correcte des préservatifs (condoms), conjuguée avec les services de VCT.

Abstinence. Les données indiquent que les jeunes Ougandais commencent de plus en plus à avoir des rapports sexuels à un âge moins précoce. Entre 1989 et 2000, l'âge du début des rapports sexuels est passé de 15,9 à 16,6 ans chez les jeunes femmes et de 17,3 à 18,5 chez les jeunes hommes. Aussi bien les campagnes éducatives encourageant l'abstinence qu'une connaissance accrue de la maladie ont joué un rôle à cet égard.

Cependant, la proportion des personnes sexuellement actives n'a baissé sensiblement que chez les adolescentes âgées de 15 à 17 ans et non dans les autres groupes. Environ la moitié de toutes les femmes célibataires avaient une expérience sexuelle en 2000, soit la même proportion qu'à la fin des années 80. Un peu plus de la moitié des hommes célibataires avaient une expérience sexuelle, soit une baisse d'un tiers.

Être fidèle (réduire le nombre de partenaires).

Le taux de monogamie a augmenté entre 1989 et 1995, surtout parmi les femmes célibataires sexuellement actives, mais n'a pas beaucoup changé après cette date. La proportion des femmes ayant des partenaires multiples a diminué de moitié, mais les niveaux de départ étaient déjà faibles. Par contre, plus de 25 % des hommes célibataires sexuellement actifs ont eu des partenaires multiples. Les hommes mariés ayant des partenaires multiples sont devenus plus nombreux dans certains groupes d'âge, moins nombreux dans d'autres.

Utilisation des préservatifs. Des changements spectaculaires sont intervenus dans l'utilisation des préservatifs, surtout parmi les hommes et femmes célibataires, au cours des années 90. Avant 1989, leur utilisation par l'un ou l'autre sexe était négligeable. En 1995, ce taux était passé à 8 % chez les femmes et 11 % chez les hommes. Les augmentations de taux plus récentes ont été frappantes, surtout dans les groupes d'âge les plus jeunes (et les plus vulnérables).

Le taux d'utilisation des préservatifs par les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 18 ans est passé de 6 % à 25 % et pour celles âgées de 18 à 20 ans, de 3 % à 12 %. Pour les hommes âgés de 15 à 18 ans, le même taux d'utilisation est passé de 16 % à 55 % et pour les hommes âgés de 18 à 20 ans, de 20 à 33 %. Les données récentes suggèrent que l'utilisation de préservatifs continue d'augmenter.

PLANIFICATION FAMILIALE. Il est également capital que l'importance croissante attachée à la prévention et au traitement du VIH/sida ne s'exerce pas au détriment des autres types d'information et services relatifs à la santé en matière de reproduction et de sexualité. Les données de l'Enquête démographique et sanitaire de 2003 font penser qu'il en a malheureusement été ainsi au Kenya, où le programme de planification familiale avait progressé dans les années 90. Le taux de prévalence des contraceptifs avait régulièrement augmenté, passant de 27 % en 1989 à 39 % en 1998, mais a cessé d'augmenter depuis cette date.

Dans le contexte d'une forte prévalence du VIH, il est essentiel de continuer à soutenir la planification familiale, qui est une composante clef de la réduction de la transmission mère-enfant. Des études récentes menées au Kenya et en Zambie ont établi que les prestataires des services de planification familiale, les clientes des soins prénatals et de la planification familiale, et les femmes séropositives s'accordaient à reconnaître un besoin accru de planification familiale pour éviter les grossesses non recherchées³⁴.

En même temps, les prestataires doivent respecter le droit de toute personne, y compris les sujets infectés, de prendre ses propres décisions quant à avoir ou non des enfants et d'avoir accès à une information exacte et un traitement humain à cette fin. En bien des cas, les femmes séropositives s'entendent dire qu'elles ne devraient pas avoir d'enfants. Ce traitement discriminatoire conduit beaucoup d'entre elles à ne pas révéler leur état aux agents sanitaires.

DIFFICULTÉS DE L'INTÉGRATION. Une récente étude a constaté que "de nombreuses réformes du secteur sanitaire comportent des programmes distincts d'éducation à la sexualité, [de services de santé en matière de reproduction] et d'IST/VIH/sida, rendant ainsi différents ministères ou différents services du ministère de la santé responsables de ces programmes, ce qui crée aussi une rivalité potentielle sur le plan du contrôle budgétaire et du financement"³⁵.

Une évaluation menée en 2001 dans la région Kaolack du Sénégal a trouvé peu de signes que la planification familiale ou les soins de santé maternelle et infantile étaient intégrés dans les services des IST/VIH/sida. "L'absence manifeste de services de VIH/sida dans les soins de santé au niveau du district et dans les structures communautaires atteste une fois de plus que l'absence de décentralisation de ces activités entrave toute possibilité de parler d'intégration à ces niveaux"³⁶.

Les réformes visant à renforcer les systèmes de santé, notamment la création d'ensembles minimaux de services, doivent garantir que les services de prévention et de traitement du VIH/sida y figurent parallèlement à la planification familiale³⁷.

27

LES FEMMES SÉROPOSITIVES : DES VOIX ET DES CHOIX

Le projet de plaidoyer et recherche "The Positive Women : Voices and Choices", élaboré par l'International Community of Women Living with HIV/AIDS, étudie l'impact du VIH/sida sur la vie sexuelle et procréatrice des femmes, s'attaquant à la violation de leurs droits et recommandant des améliorations dans les politiques et les services.

Au Zimbabwe, l'un des trois pays couverts par le projet, les activités ont été conduites entre 1998 et 2001. Les femmes séropositives n'avaient généralement pas conscience du risque qu'elles courent avant d'avoir subi un dépistage. Les normes sexospécifiques et la subordination économique de ces femmes à leurs maris ou partenaires limitaient leur contrôle sur leur vie sexuelle et procréatrice. En face des préjugés frappant les femmes séropositives sexuellement actives et qui ont des enfants, elles ne révélaient pas leur état aux agents sanitaires, ce qui rend difficile de répondre à leurs besoins. L'utilisation de préservatifs dans le mariage ne semblait pas appropriée.

Les jeunes femmes voulaient avoir des enfants, tandis que les femmes plus âgées déjà plusieurs fois mères voulaient ne plus avoir d'enfants après avoir été diagnostiquées séropositives. L'utilisation des préservatifs et des contraceptifs a augmenté sensiblement chez les femmes qui étaient membres de groupes de soutien. Le projet a affirmé que les femmes séropositives ont besoin de meilleures perspectives sur le plan économique, comme aussi de soins durant la grossesse et l'accouchement qui soient intégrés aux services de planification familiale et de lutte contre les IST/VIH.

Les prestataires de soins de santé, affrontant une charge de travail grandissante qui s'accompagne souvent d'une réduction de personnel, doivent être mis en mesure non seulement de fournir des contraceptifs aux clients, mais aussi d'identifier les problèmes de santé en matière de reproduction qui sont liés à leur utilisation. Ils ont besoin d'espace pour examiner et conseiller les patients en privé, besoin de fournitures et d'équipement qui font souvent défaut dans les dispensaires des pays en développement, notamment les gants, les spéculums, les spots et les seringues pour injection de contraceptif.

Il est aussi nécessaire, souvent, de donner aux prestataires de soins des informations sur le VIH/sida pour qu'ils surmontent leur préjugé et qu'ils sachent communiquer les messages de prévention et aider les patients à évaluer leur risque d'infection.

CHANGER DE COMPORTEMENT. La lutte contre le VIH/sida exige d'aborder les facteurs socioéconomiques, culturels et de comportement qui contribuent à sa diffusion – notamment le manque d'emplois rétribués, surtout pour les femmes, les politiques d'emploi et de migration qui contraignent beaucoup à émigrer pour trouver un emploi, la violence sexiste et le trafic des femmes³⁸.

Le changement de comportement est progressif, comporte des aspects multiples et doit améliorer la santé et réduire les

risques des jeunes, mariés ou célibataires. Comme le montre l'expérience de l'Ouganda et du Sénégal³⁹, la promotion d'un comportement responsable, volontaire et sans danger, exige des efforts étendus et multisectoriels qui facilitent des partenariats faisant intervenir les gouvernements central et local, le secteur privé, les partenaires de développement, les animateurs culturels et un vaste éventail d'organisations de la société civile.

Un projet en cours au Zimbabwe cherche à offrir une aide financière aux filles pour qu'elles résistent aux avances d'hommes plus âgés, souvent appelés "papas gâteaux", qui leur fournissent un appui en échange de faveurs sexuelles⁴⁰. Le programme offre une formation professionnelle et aux aptitudes indispensables à la vie, des prêts et des emplois, en liaison avec une éducation sur la santé en matière de reproduction et sur la façon de négocier l'utilisation de préservatifs. Une étude évaluera l'impact du programme sur le VIH, les IST, l'âge du début de l'activité sexuelle et de la première grossesse.

ATTEINDRE LES GROUPES À HAUT RISQUE. On s'est préoccupé beaucoup plus, ces dernières années, d'atteindre les groupes à haut risque pour leur fournir une information sur la prévention du VIH/sida, ou un traitement et des soins. La plupart des pays sur lesquels a porté l'enquête mondiale de l'UNFPA ont déclaré avoir entrepris des programmes pour atteindre des groupes tels que les travailleurs de l'industrie du sexe, les toxicomanes par injection, les conducteurs de camion sur longue distance, les homosexuels, les enfants des rues, les soldats et les travailleurs migrants, ainsi que les adolescents et les jeunes.

Les ONG sont souvent des partenaires clefs de ces programmes ou bien en ont pris l'initiative. Au Kenya, par exemple, un projet qui offre éducation et conseils en matière de comportement sexuel responsable et d'utilisation des préservatifs, et qui propose d'autres choix économiques, a atteint 15 000 travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients. Au Bangladesh, diverses organisations fournissent aux travailleurs de l'industrie du sexe des services de santé en matière de sexualité⁴¹.

Les pays d'Amérique latine ont été particulièrement actifs s'agissant d'enseigner aux membres des forces armées à stopper l'infection par le VIH/sida et sa transmission⁴².

LUTTER CONTRE L'OPPROBRE ET LE PRÉJUGÉ. Les personnes atteintes du VIH/sida affrontent encore l'opprobre et une discrimination légale et sociale dans toutes les régions du monde. L'Afrique du Sud, le Ghana et l'Ouganda sont parmi les pays qui ont lancé des programmes pour lutter contre cet obstacle capital à l'arrêt de l'épidémie. Les Bahamas sont l'un des pays qui ont banni la discrimination contre les séropositifs sur les lieux de travail.

La Sierra Leone est récemment sortie d'un conflit de plus de 10 ans qui a entraîné de graves bouleversements dans tous les secteurs de la société. Près des deux tiers de la population ont été déracinés, viols et sévices sexuels ont été commis en grand nombre, et des milliers de filles et de femmes qui avaient perdu leur famille se sont prostituées pour survivre. La vulnérabilité accrue de la population au VIH/sida est devenue aujourd'hui une préoccupation prioritaire.

L'UNFPA a réagi à travers une initiative coordonnée qui cible différents groupes et fait intervenir toute une gamme d'acteurs nationaux et de services gouvernementaux. Le but général est de réduire le risque de VIH/sida et des autres IST, de faire en sorte que les femmes aient moins besoin de se prostituer, ainsi que d'alléger la pauvreté et d'améliorer la vie familiale et la sécurité au niveau communautaire.

Conduite en partenariat avec le Gouvernement, ONUSIDA, le Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU, UNIFEM et d'autres partenaires, l'approche globale de l'UNFPA porte sur les points suivants :

- Tenue d'ateliers et lancement d'initiatives diverses aux fins de promouvoir la prévention du VIH/sida parmi les forces de police et l'armée sierra-léoniennes, les troupes chargées du maintien de la paix et les soldats démobilisés;
- Promotion de la prévention du VIH/sida parmi les travailleurs de l'industrie du sexe, tant par une éducation à la santé qu'en les formant à acquérir des savoir-faire qui les aideront à trouver d'autres sources de revenu;
- Renforcement de la capacité des ONG partenaires;
- Promotion de la prévention du VIH/sida parmi les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays;
- Création d'une réserve de sang non contaminé.

En 2003, le Conseil de sécurité des Nations Unies a reconnu que cette initiative à partenaires et à axes multiples pourrait constituer une manière toute nouvelle de faire face au VIH/sida dans la reconstruction d'après conflit, faisant participer chacun – notamment les ex-combattants, le personnel militaire et les troupes chargées du maintien de la paix – à la promotion d'une amélioration de la santé publique et de la prévention du VIH. L'UNFPA et ses partenaires appliquent des approches analogues dans deux pays voisins, le Libéria et la République démocratique du Congo.



9 Les adolescents et les jeunes

Garantir la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes du monde entier, les doter des aptitudes indispensables à la vie et créer à leur intention des possibilités d'éducation et d'emploi, c'est là une nécessité fondamentale pour faire face aux défis du développement au XXI^e siècle. La CIPD a prêté une attention sans précédent aux divers besoins des adolescents concernant la santé en matière de reproduction, y voyant à la fois une priorité sur le plan des droits de la personne et une nécessité pratique.

Depuis 1994 et en particulier ces dernières années, les pays ont beaucoup mieux réussi à aborder les problèmes souvent délicats de la santé des adolescents en matière de reproduction, notamment s'agissant de répondre aux besoins d'information, d'éducation et de services, ce qui permettra aux jeunes de prévenir les grossesses non désirées et les infections. De plus en plus, ces efforts sont menés dans le cadre d'une approche globale qui vise à atteindre les jeunes dans des situations diverses et à les mettre à même de façonner leur propre avenir.

Mais des tâches gigantesques restent à accomplir. Une personne sur cinq – au total, 1,3 milliard – est un adolescent (défini comme appartenant au groupe d'âge 10-19 ans); elle appartient à la plus nombreuse génération de jeunes qui ait jamais paru. La moitié sont pauvres et un quart vivent avec moins d'un dollar par jour. Beaucoup sont sexuellement actifs, souvent sans les connaissances ou les moyens nécessaires pour se protéger ni la possibilité d'orienter leurs énergies vers des activités plus productives.

Les jeunes (groupe d'âge 15-24 ans) représentent la moitié de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH, soit 2,5 millions chaque année; les filles et les jeunes femmes sont particulièrement exposées. Malgré une tendance à retarder l'âge du mariage dans une grande partie du monde, des millions de filles sont encore supposées se marier et commencer à avoir des enfants avant d'atteindre 20 ans, et souvent avant que leur corps n'y soit prêt.

LES ADOLESCENTS ET LES MDG. Permettre aux jeunes femmes de retarder l'âge de la grossesse n'est pas seulement un impératif sur le plan de la santé et des droits de la personne; c'est aussi un moyen irremplaçable de ralentir l'élan continu de la croissance démographique et de laisser les pays en déve-

loppement recueillir les avantages économiques qui peuvent résulter d'une fécondité plus faible; il faut donc y viser en premier lieu dans l'effort mondial pour éliminer la pauvreté et réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (voir Chapitre 2).

Investir dans la santé des jeunes, leur éducation et l'acquisition de savoir-faire, et permettre aux filles de rester à l'école plus longtemps et de se marier plus tard, ce sont là aussi des moyens essentiels d'atteindre les MDG qui portent sur l'égalité entre les sexes, la mortalité infantile, la santé maternelle et le VIH/sida.

Donner suite au consensus de la CIPD

La CIPD a abordé les problèmes de la santé des adolescents en matière de reproduction, notamment les grossesses non désirées, l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses et les IST, dont le VIH/sida, en promouvant un comportement procréatif et sexuel qui soit responsable et sain, y compris l'abstinence volontaire, et en fournissant les services appropriés et des conseils expressément conçus pour ce groupe d'âge. Elle a aussi visé à réduire dans une forte proportion toutes les grossesses d'adolescentes¹.

Le Programme d'action a reconnu que de médiocres perspectives d'ordre éducatif et économique, la violence sexiste, les grossesses précoces et l'exploitation sexuelle aggravent la vulnérabilité des adolescents, surtout des filles, aux risques de santé en matière de reproduction. Il a exhorté les gouvernements et la communauté internationale à faire en sorte que tous les adolescents aient accès à une information, une éducation et des services relatifs à la santé en matière de reproduction qui conviennent à leur âge, cela en respectant leurs droits à la vie privée et à la confidentialité et en veillant à ce que les attitudes des prestataires de soins ou d'autres obstacles (lois, réglementations ou coutumes sociales) ne limitent pas cet accès. Il a aussi demandé aux parents et aux familles, aux communautés, aux institutions religieuses, aux écoles, aux médias et aux groupes de pairs de participer à la satisfaction des besoins de santé des adolescents en matière de reproduction².

DE NOUVEAUX REPÈRES. L'examen, mené en 1999, de l'application du Programme d'action de la CIPD a constaté que les besoins des jeunes sur le plan des droits et de la santé

LES BESOINS DES ADOLESCENTS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Dans le domaine de la santé en matière de reproduction, les besoins des adolescents en tant que groupe ont jusqu'à présent été largement ignorés des services compétents. C'est sur une information qui aide les adolescents à atteindre un niveau de maturité leur permettant de prendre des décisions responsables que les sociétés devraient fonder leur réponse aux besoins dans ce domaine. Les adolescentes devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et les risques de stérilité en résultant. Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation.

— Programme d'action de la CIPD, par. 7.41

en matière de reproduction demeuraient encore en grande partie négligés, ce qui était la source d'une préoccupation croissante devant la hausse des taux d'infection par le VIH³. De nouvelles cibles ont été fixées, notamment une réduction de 25 % de la prévalence du VIH dans le groupe d'âge 15-24 ans, d'ici à 2005 dans les pays les plus gravement touchés et d'ici à 2010 au niveau mondial. Il a été aussi convenu que la grande majorité des jeunes âgés de 15 à 24 ans (90 % d'ici à 2005 et 95 % d'ici à 2010) devaient avoir accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour acquérir les savoir-faire indispensables en vue de réduire leur vulnérabilité à l'infection par le VIH⁴.

Une seconde génération de programmes

Faisant fond sur l'expérience acquise depuis 1994, une approche globale de la programmation pour la jeunesse s'est dégagée sous forme de consensus mondial ces dernières années. Elle établit un lien entre les interventions de santé en matière de reproduction – notamment les programmes qui mettent les adolescents en mesure de retarder le début de l'activité sexuelle et de refuser les rapports non désirés, ainsi que de se protéger eux-mêmes s'ils sont sexuellement actifs – et les activités visant à offrir aux adolescents des choix et options grâce à des investissements dans l'éducation et la formation professionnelle. Une autre priorité consiste à donner aux jeunes une voix et une participation accrues dans les décisions relatives à la santé et au développement, ainsi que dans la vie de leurs communautés.

Cette seconde génération de programmes pour adolescents et jeunes donne aussi priorité à la prise de contact avec des groupes de jeunes sous-desservis, notamment les jeunes qui sont mariés, qui vivent dans les zones rurales ou les établissements urbains pauvres, et les jeunes non scolarisés (c'est-à-dire la majorité des adolescents en de nombreux pays).

Les activités dans ce domaine sont riches de promesses, mais il est nécessaire de les amplifier considérablement pour faire face, dans la mesure voulue, aux énormes défis qu'affronte la jeunesse du monde.

29

INTÉGRER LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

À Cotonou (Bénin), le nouveau complexe du Centre multimédias fourmille d'activités. Dans chaque pièce, des jeunes venus du pays entier – près de 300 au total – apprennent comment être des journalistes de presse, des photographes, des personnalités de la radio-télévision, des rédacteurs de magazine, des spécialistes de la mise en page, des experts de l'infographie, des concepteurs de sites Web, des vidéographes, des correcteurs de magnétoscopes numériques, et des techniciens de la radio-télévision.

Lancé par l'UNFPA en coopération avec le Gouvernement, le Centre combine la formation professionnelle avec l'éducation relative à la prévention du VIH/sida et des grossesses non désirées, de sorte que les stagiaires peuvent aussi devenir des avocats en faveur de comportements plus sains. La télévision et une station radio qui émet 24 heures par jour offrent des programmes produits par et pour les jeunes qui mobilisent de larges publics : un million de téléspectateurs et 300 000 auditeurs quotidiens de la radio.

Beaucoup des adolescents qui fréquentent le Centre ont abandonné leurs études (au Bénin, seulement 7 % des filles et 17 % des garçons fréquentent l'école secondaire). En l'absence du Centre, ils auraient peu de moyens d'acquérir des aptitudes rémunératrices ou d'obtenir une information sûre concernant la santé en matière de reproduction.

Le Centre constitue un élément d'un projet global, « Santé et services sociaux pour adolescents » (EAGER), qui est soutenu par la Fondation des Nations Unies dans le cadre d'une initiative multinationale pour les adolescentes. EAGER prête aussi appui à des centres de jeunesse et de loisirs, à des dispensaires accueillants aux jeunes, et à l'éducation, avec le souci majeur de réduire l'analphabétisme des filles et des jeunes femmes.

Les constatations de l'enquête mondiale de l'UNFPA

LOIS ET POLITIQUES. Plus de 90 % des pays ayant répondu à l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003 ont signalé avoir pris des mesures pour s'occuper de la santé et des droits des adolescents en matière de reproduction au moyen de politiques, lois ou programmes⁵. Par exemple, au Panama, une loi garantit le droit des adolescentes enceintes de poursuivre leurs études et recevoir des soins complets de santé en matière de reproduction. En Équateur, un nouveau code des enfants et des adolescents dresse une liste de leurs droits à l'éducation, à l'information et à la santé en matière de reproduction⁶. La Sierra Leone a institué une politique nationale de la jeunesse conçue pour intégrer les initiatives en leur faveur, vues comme apports essentiels aux politiques et programmes de développement. Au Népal, le plan actuel de réduction de la pauvreté donne priorité à la santé et à l'éducation des adolescents⁷.

ÉDUCATION À LA SANTÉ. Presque tous les pays ont introduit l'éducation à la santé, y compris les aptitudes indispensables à la vie, dans les programmes scolaires (surtout ceux de l'enseignement secondaire) et dans les programmes conçus pour les jeunes non scolarisés. Certains pays déclarent aussi recourir à l'éducation par les pairs pour atteindre les jeunes, tant scolarisés que non scolarisés. Beaucoup ont introduit des programmes permettant d'atteindre les jeunes non scolarisés à travers des clubs, des camps et des ateliers, et un certain nombre utilisent les médias pour communiquer à un large éventail de jeunes l'information sur la santé en matière de reproduction.

En Bolivie, avec le soutien de l'UNFPA, le Ministère de la santé a mis en place un programme pour les jeunes femmes autochtones qui combine l'accès aux services de santé en matière de reproduction, l'alphabétisation en espagnol et dans les langues autochtones, et des initiatives propres à leur donner une meilleure image d'elles-mêmes. L'UNESCO a décerné à ce programme le Prix international de l'alphabétisation en 2000⁸.

SERVICES. Dans une proportion de 90 %, les pays ayant répondu à l'enquête ont pris des mesures pour assurer aux adolescents l'accès aux soins de santé en matière de reproduction. Beaucoup ont mis en place des services accueillants aux jeunes, conçus expressément pour les jeunes. La plupart de ces services sont de faible ampleur et beaucoup sont gérés par des ONG. D'immenses besoins restent à satisfaire. Même là où des services sont disponibles, les adolescents peuvent affronter des obstacles, notamment le manque d'information, un sentiment d'opprobre, l'opposition familiale, l'attitude négative des prestataires, la crainte que leur droit

à la confidentialité ne soit violé, et des conceptions erronées quant à la sécurité et aux effets secondaires des méthodes contraceptives.

FORMATION, APTITUDES INDISPENSABLES À LA VIE ET PARTICIPATION. Un certain nombre de pays offrent aux jeunes une formation, des emplois et une éducation aux aptitudes indispensables à la vie, et la plupart ont déclaré avoir pris des mesures pour promouvoir la participation des jeunes à l'élaboration des politiques et des programmes par l'entremise de conseils consultatifs ou d'une consultation informelle au travers d'ateliers et d'un dialogue avec les organisations de jeunesse. Le Costa Rica a lancé une initiative novatrice qui fait participer les jeunes à l'élaboration d'une politique nationale de la jeunesse par l'entremise du Conseil national de la jeunesse, récemment institué et soutenu par l'UNFPA⁹.

CONTRAINTES. Dix ans après la CIPD, l'offre aux adolescents d'une information et de services sur la santé en matière de reproduction prête encore à controverse dans certains pays. Il est généralement reconnu que les adolescents doivent recevoir les moyens de s'abstenir de rapports sexuels par choix personnel, ou de se protéger des grossesses non désirées, du VIH/sida et des autres IST s'ils sont sexuellement actifs. La disparité entre les besoins et les soins est aggravée du fait que les adolescents ne font souvent pas confiance aux professionnels de la santé, surtout dans les dispensaires publics encombrés, et estiment que les prestataires de soins portent un jugement sur eux et manquent aux valeurs fondamentales de leur profession, à savoir la confidentialité et le respect de la vie privée.

Le rôle des ONG

Les ONG jouent des rôles importants dans la fourniture de soins et d'une information, ainsi que dans la promotion des droits des adolescents en matière de reproduction. En Indonésie, par exemple, le Gouvernement reconnaît que les ONG montrent souvent l'exemple s'agissant de dispenser des services aux adolescents. Il signale que des adolescents et « d'autres personnes qui comprennent vraiment les jeunes » gèrent des centres de santé créés par l'Association indonésienne de planification familiale.

En Éthiopie, des ONG collaborent à la prestation aux adolescents de services de santé en matière de reproduction à l'aide de centres de jeunesse et de programmes à base communautaire. Elles encouragent aussi les jeunes à entreprendre de leur propre initiative des activités productrices de revenu en leur consentant de petits prêts.

En Jamaïque, Futures Group International, une ONG internationale, collabore avec le Ministère de la santé à la

conduite d'une campagne médiatique qui promeut l'abstinence chez tous les adolescents et enseigne aux plus âgés d'entre eux des pratiques sexuelles sans danger.

En Inde, les sept ONG du réseau Kidavri, qui se consacre à doter les adolescents de savoir-faire (il est composé de diverses organisations religieuses, à but humanitaire ou vouées à l'action sociale et à la recherche sociale), desservent divers groupes d'adolescents pauvres et marginalisés, notamment des enfants des rues, et promeuvent la participation des jeunes à la prise de décisions.

Les préoccupations clefs en matière de santé et de développement

Quatre-vingt-sept pour cent des jeunes âgés de 15 à 24 ans vivent dans le monde en développement¹⁰. Les moins de 15 ans représentent 31 % de la population des pays en développement et 43 % de celle des pays les moins avancés¹¹. En 2000, les adolescents et les jeunes, c'est-à-dire le groupe d'âge 10-24 ans, représentaient 29 % de la population dans les pays en développement et 32 % dans les pays les moins avancés, contre 20 % dans les pays développés¹².

PAUVRETÉ ET SEXOSPÉCIFICITÉS : LES CYCLES ET LES IMPACTS. Les jeunes représentent un quart du milliard de personnes au dessous du seuil d'extrême pauvreté, soit un dollar par jour.¹³ Environ 106 millions de jeunes vivent dans une extrême pauvreté en Asie du Sud, 60 millions dans l'Afrique subsaharienne, 51 millions dans l'Asie de l'Est et le Pacifique et 15 millions dans l'Amérique latine et les Caraïbes. L'extrême pauvreté empêche souvent les adolescents de fréquenter l'école, perpétuant ainsi le cycle de pauvreté et rendant ce groupe d'âge encore plus difficile à atteindre par les programmes de santé, d'éducation ou de développement de la jeunesse.

La population jeune continue d'augmenter dans les pays pauvres. Plus pauvre est un pays, plus élevée est la proportion de jeunes dans sa population. L'utilisation de contraceptifs et l'accès aux services de santé augmentent avec le niveau d'éducation et la condition économique, de même que l'âge au moment du mariage et de la première naissance.

L'analphabétisme dans le groupe d'âge 15-24 ans a baissé dans toutes les régions entre 1990 et 2000, mais il est encore sensiblement plus élevé chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes, et peu de progrès ont été réalisés depuis 1990 vers un resserrement de cet écart¹⁴. Les filles continuent de n'avoir qu'un accès limité aux possibilités d'éducation, souvent victimes des rôles sexospécifiques traditionnels qui donnent priorité à l'éducation des garçons.

LE DÉBUT DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE. Dans la plus grande partie du monde, les jeunes atteignent la puberté plus tôt et

se marient plus tard que dans le passé, et les rapports sexuels avant le mariage sont en voie d'augmentation.

Les données recueillies pour la fin des années 90 montrent que parmi les jeunes femmes sexuellement actives à l'âge de 20 ans, 51 % en Afrique et 45 % en Amérique latine et dans les Caraïbes le sont devenues avant le mariage. La proportion correspondante pour les hommes était de 90 % en Afrique et de 95 % en Amérique latine et dans les Caraïbes¹⁵. En de nombreux pays développés, l'activité sexuelle commence le plus souvent avant le mariage pour les femmes comme pour les hommes.

LES GROSSESSES D'ADOLESCENTES. Le Programme d'action de la CIPD a demandé aux pays de « protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et faire en sorte que le nombre des grossesses d'adolescentes diminue considérablement »¹⁶. Si les grossesses d'adolescentes sont en baisse en de nombreux pays, elles demeurent une source de grave préoccupation – surtout en raison des risques de santé qu'une grossesse précoce fait courir à la mère comme à l'enfant et de son impact sur l'éducation et les perspectives d'avenir des filles. Les femmes et filles âgées de moins de 20 ans groupent 17 % de toutes les naissances dans les pays les moins avancés¹⁷ et 14 millions dans le monde entier chaque année.

Dans les pays en développement, une femme sur trois donne naissance avant d'atteindre 20 ans, avec des variations régionales qui vont de 8 % en Asie de l'Est à 55 % en Afrique de l'Ouest¹⁸.

La grossesse est une cause majeure de décès entre 15 et 19 ans, les principaux facteurs étant les complications de l'accouchement et de l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Les femmes âgées de 15 à 19 ans représentent au moins un quart du chiffre estimatif de 20 millions d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et de près de 70 000 décès consécutifs à l'avortement qui sont enregistrés chaque année.

Pour des raisons tant physiologiques que sociales, les mères âgées de 15 à 19 ans courent un risque deux fois plus grand de mourir durant l'accouchement que les femmes âgées de plus de 20 ans, et ce risque est cinq fois plus grand pour les filles de moins de 15 ans. L'arrêt de l'accouchement est particulièrement courant chez les femmes très jeunes, non encore parvenues à la maturité physique, qui donnent naissance pour la première fois. Celles qui ne meurent pas d'un arrêt de l'accouchement auquel il n'est pas porté remède risquent de perdre leur bébé et de souffrir d'une fistule, déchirure du canal vaginal qui les condamne à l'incontinence et les réduit à la condition de parias.

LE RISQUE D'IST ET DE VIH/SIDA. Toutes les 14 secondes, un jeune est infecté par le VIH/sida. En bien des endroits, le nombre de jeunes femmes ainsi frappées est plusieurs fois supérieur à celui des jeunes hommes¹⁹. Dans l'Afrique subsaharienne, les jeunes femmes représentent les deux tiers de ces nouveaux cas d'infection. Un faible pourcentage seulement des jeunes atteints du VIH/sida connaissent leur état. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, la plupart de ceux qui deviennent sexuellement actifs de bonne heure ne savent pas comment se protéger.

Les jeunes femmes sont souvent incapables de négocier l'utilisation de préservatifs avec leurs partenaires masculins et peuvent craindre des actes de violence si elles s'y essaient.

Un tiers des nouveaux cas d'IST guérissables chaque année – plus de 100 millions – frappent des femmes et des hommes de moins de 25 ans²⁰. Une IST non soignée augmente considérablement le risque d'infection par le VIH.

DES RISQUES ACCRUS POUR LES ADOLESCENTES MARIÉES.

Malgré une tendance mondiale à retarder l'âge du mariage (l'âge moyen du premier mariage chez les femmes est passé de 21,4 ans en 1970 à 25,5 en 2000²¹), 82 millions de filles des pays en développement actuellement âgées de 10 à 17 ans se marieront avant d'atteindre leur dix-huitième anniversaire²².

Les adolescentes mariées affrontent souvent des risques plus grands sur le plan de la santé en matière de reproduction que les adolescentes célibataires. La famille et la société attendent souvent d'elles qu'elles commencent à avoir des enfants aussitôt après le mariage. Leur accès aux contraceptifs est souvent limité. Et beaucoup sont exposées au risque d'infection par les IST ou le VIH avec des maris plus âgés qui ont eu peut-être de multiples partenaires sexuels, mais il leur est impossible de négocier l'utilisation de préservatifs.

Une étude menée à la fin des années 90 a établi que la prévalence des contraceptifs parmi les adolescentes célibataires sexuellement actives était supérieure à 30 % dans sept pays d'Afrique subsaharienne (Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Cap-Vert, Kenya, Nigéria et Zambie) et à 60 % dans six pays d'Amérique latine et des Caraïbes (Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Pérou et République dominicaine), dans les deux cas beaucoup plus élevés que parmi les adolescentes mariées²³. En particulier, l'utilisation de préservatifs était beaucoup plus fréquente dans ces pays parmi les adolescentes célibataires que parmi les adolescentes mariées²⁴.

Répondre aux besoins des jeunes

Aider les adolescents et les jeunes à éviter les grossesses non recherchées et les IST, dont le VIH, suppose une éducation qui encourage des attitudes responsables et un comportement sexuel plus sain, un accès plus large à des services de santé en matière de reproduction accueillants aux jeunes,

30

LAISSER LES FILLES RÉALISER LEUR RÊVE

« Je crois que si vous étudiez vous pourrez réaliser vos rêves, mais si vous vous mariez trop jeune vous perdez la chance de réaliser vos rêves », dit Safa, une jeune Yéménite âgée de 15 ans.

Safa participe à un programme Girl Guides patronné par l'UNFPA, l'un des nombreux partenariats entre le Fonds et les groupes gouvernementaux, sociaux ou religieux qui s'efforcent de faire mieux prendre conscience des conséquences du mariage précoce pour les filles, à savoir les risques liés à la grossesse précoce, la perte des possibilités de développement individuel et la limitation des choix de vie.

Safa et d'autres prennent part à un éventail d'activités – travaux d'artisanat, sports, arts, éducation à la santé en matière de reproduction et aux problèmes sociaux. Après avoir participé cinq années au programme, elle est remplie de confiance et avide de parler à ses amies et à sa famille de ce qu'elle a appris, surtout concernant le mariage précoce. Alors que beaucoup de ses compagnes n'ont pas d'autre choix que de se marier jeunes, elle forme un plan tout différent : « Je veux être une avocate – l'avocate la plus connue de tout le Yémen. »

une formation, une éducation aux aptitudes indispensables à la vie et une campagne de promotion des droits des femmes et des filles.

L'UNFPA se préoccupe avant tout de faire en sorte que la santé et les droits des adolescents en matière de reproduction figure dans les agendas nationaux et que leur prise en considération se traduise par des politiques et des initiatives aux résultats tangibles. Le Fonds s'efforce de promouvoir les droits de la personne et l'égalité entre les sexes et d'aider les jeunes à réussir leur transition à l'âge adulte. Priorité est donnée aux plus vulnérables – ceux qui vivent dans la pauvreté ou dans des conditions pénibles, les jeunes qui sont mariés et ceux qui sont atteints du VIH/sida, les orphelins de l'épidémie, et les enfants des rues. L'UNFPA s'occupe aussi de la santé et des droits des adolescents dans un sens plus général, mettant l'accent sur une programmation globale qui réponde à une gamme de besoins et prenne en considération le large contexte social, économique et culturel dans lequel vivent les jeunes.

Promouvoir un comportement plus sain

Il a été démontré que la fourniture d'une information sur la sexualité et la prévention de la grossesse et des infections encourage un comportement responsable (à savoir l'abstinence, le report du début de l'activité sexuelle et la limitation du nombre de partenaires). Parallèlement aux programmes destinés aux écoles, on s'est efforcé d'atteindre les jeunes non scolarisés qui sont souvent les plus vulnérables et les plus exposés.

Depuis la CIPD, beaucoup de méthodes novatrices et de modes de communication ont été utilisés, notamment des

pièces et des concerts, des messages médiatiques, des événements sportifs, des lignes téléphoniques ouvertes en permanence, la délivrance de conseils et une éducation assurées par des pairs formés à cette fin. Les programmes se préoccupent sans cesse davantage de donner aux adolescents les aptitudes indispensables à la vie aussi bien que de leur impartir une information sur la sexualité.

Les programmes d'éducation par les pairs peuvent aider les jeunes à comprendre comment les attentes fondées sur les rôles sexospécifiques ruinent leur santé en matière de reproduction; ils peuvent aussi leur donner assez de confiance en eux-mêmes pour résister à ces normes. Certains programmes, par exemple, visent à donner aux jeunes les moyens de refuser des rapports sexuels et d'affirmer leur droit de dire « non », aussi bien que d'insister pour des rapports sexuels sans danger et l'utilisation de préservatifs, s'ils sont sexuellement actifs. D'autres programmes encouragent les jeunes à remettre en cause les notions communément admises de prédominance masculine dans les relations entre les sexes, ainsi que l'habitude de tolérer la coercition et la violence sexuelle.

La participation communautaire est non moins importante. Au Cambodge, les dirigeants de communauté, les enseignants, les parents et même les moines (dont beaucoup sont jeunes) reçoivent une éducation sur les problèmes de santé en matière de reproduction de manière à faire preuve de plus de compréhension à l'égard des adolescents et à mieux les soutenir²⁵.

Des services accueillants à la jeunesse

Divers modèles de programme sont actuellement utilisés pour offrir des services de santé en matière de reproduction respectueux des valeurs culturelles et accueillants à la jeunesse, qui ne violent pas la vie privée et la confidentialité, soient accessibles en des lieux et selon des horaires appropriés et perçoivent des redevances abordables, entre autres traits. Parmi les méthodes prometteuses, il faut citer la prise de contact par des pairs, l'emploi de dispensaires mobiles, la conduite de programmes dans les écoles et sur les lieux de travail, et la vente subventionnée de préservatifs en des points d'écoulement non traditionnels et facilement accessibles aux jeunes.

Au Sénégal, le Projet pour les adolescentes, soutenu par la Fondation des Nations Unies et exécuté par l'UNFPA et l'UNICEF, offre à 10 000 filles et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans et venues de familles pauvres une information complète sur la santé en matière de reproduction et des services accueillants aux jeunes, en même temps que des savoir-faire rémunérateurs et des activités productrices de revenu. Le projet sert aussi de jeunes handicapés.

L'Alliance pour la jeunesse africaine (AYA) montre la voie s'agissant de concrétiser pour les jeunes, en premier lieu le groupe d'âge 10-19 ans, des programmes complets d'information et de soins sur le plan de la santé en matière de reproduction. L'objectif de l'AYA est de réduire l'incidence et de freiner la diffusion du VIH/sida et d'autres IST et d'améliorer dans son ensemble la santé des adolescents en matière de reproduction dans plusieurs pays (Botswana, Ghana, Ouganda et République-Unie de Tanzanie). Financée par la Fondation Bill et Melinda Gates, l'AYA est le produit d'une collaboration entre l'UNFPA, le Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Pathfinder International et des ONG locales, menée dans le but d'amplifier les approches qui ont réussi.

Au Botswana, par exemple, l'AYA aide l'Association de protection familiale du Botswana et la Division de la santé familiale, du Ministère de la santé, à améliorer leurs services accueillants aux jeunes. Les ventes subventionnées et les activités externes visent à faire mieux prendre conscience aux jeunes qu'ils ont à leur disposition des services nouveaux et de meilleure qualité. Au Ghana, un comité de l'AYA s'est formé pour assurer une participation positive du Gouvernement aux activités ayant trait à la santé des adolescents en matière de reproduction. L'AYA a mené une collaboration étendue avec le Ministère de la santé pour former des agents sanitaires à la prestation de services de santé accueillants aux jeunes.

À l'approche de la cinquième et dernière année du programme, l'AYA se préoccupe surtout tant de renforcer la capacité de ses partenaires locaux que d'amplifier les activités en cours pour faire durer le programme au-delà de sa date limite initiale. Un certain nombre de partenaires locaux de l'AYA ont reçu une assistance considérable en matière de gestion financière et de planification stratégique.

Les progrès sur le plan juridique

Ces dernières années, un certain nombre de pays ont adopté des lois, rédigé de nouvelles constitutions ou approuvé des amendements à leurs codes aux fins de protéger et promouvoir les droits des adolescents, notamment leur droit à des soins de santé en matière de reproduction, aussi bien que d'éliminer les disparités dans le traitement accordé et la valeur reconnue aux garçons et aux filles, tant au sein de la famille que par la société.

Le Pérou a approuvé une législation garantissant aux jeunes des deux sexes le droit à une éducation assortie de chances égales. Une autre loi vise à permettre aux filles des zones rurales d'achever leur scolarité secondaire et exige qu'il soit mis fin à la discrimination contre les fillettes et les adolescentes. Elle impose aussi l'installation de services sanitaires distincts pour les deux sexes dans les établissements d'enseignement. La Tunisie a également adopté une législation garantissant le droit à l'éducation – sans aucune discrimination fondée sur le sexe ou d'autres facteurs.

En Argentine et au Panama, la législation garantit aux adolescentes enceintes le droit de poursuivre leurs études. La

loi panaméenne stipule que celles-ci ont droit à recevoir des soins de santé complets durant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum (les services seront fournis gratuitement si les jeunes femmes ne peuvent en acquitter le prix). Le Ministère de la santé formera les enseignants à conseiller les étudiantes sur le plan de la santé en matière de reproduction et à décourager toute discrimination.

Le Nicaragua a adopté une loi d'ensemble sur le développement des jeunes (défini comme le groupe d'âge 18-30 ans), qui dresse une liste de leurs droits à l'information sur la santé en matière de reproduction, à l'éducation sexuelle et aux droits dans le même domaine, notamment l'accès aux services de planification familiale et l'information sur les IST, les grossesses non désirées, l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses et le VIH/sida.

Des tâches d'importance majeure

AMPLIFIER LES ACTIVITÉS. Partout dans le monde, un grand nombre de programmes positifs ont été mis en route depuis la CIPD afin de répondre aux problèmes de santé des adolescents en matière de reproduction, mais la plupart opèrent sur une échelle relativement limitée. Une difficulté majeure est d'obtenir les ressources et l'engagement nécessaires pour amplifier ces programmes.

Une organisation qui a connu le succès à cet égard est Action Health Incorporated, au Nigéria, dont les expériences ont aidé à mettre en forme un programme national d'éducation à la santé en matière de reproduction²⁶. Des initiatives du Gouvernement sont également en cours d'exécution.

Après la CIPD, le Mozambique s'est engagé à investir dans les jeunes. Il a adopté une Politique nationale multisectorielle de la jeunesse qui fait intervenir différents ministères centraux, des ONG et des organisations communautaires en vue d'accroître la participation des jeunes à l'élaboration des politiques et d'améliorer leur santé en matière de reproduction. Conçu et exécuté par des jeunes, le projet national, *Geração Biz*, encourage un changement de comportement et dessert un large éventail de groupes d'adolescents, notamment les étudiants et les jeunes non scolarisés.

PARTICIPATION ET PARTENARIAT. Il faut institutionnaliser la participation des jeunes au processus d'élaboration des programmes et des politiques, et ces processus doivent les faire accéder à l'autonomie. Une initiative mise au point par l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA, Répondre aux droits des adolescentes sur le plan du développement et de la participation, s'efforce de placer l'adolescence au premier plan de l'agenda du développement grâce à la participation des jeunes au processus d'exécution des politiques.

Avec l'aide de l'UNFPA et de l'UNICEF, le Nicaragua a mis au point et appliqué une politique nationale de la jeunesse

32

ATTEINDRE LES ADOLESCENTES DANS LES ZONES RURALES DU BANGLADESH

Au Bangladesh, plus de la moitié des filles se marient et commencent à avoir des enfants avant d'atteindre 20 ans. L'UNFPA et l'UNICEF ont uni leurs efforts pour aider les adolescentes célibataires à retarder l'âge du mariage et les adolescentes mariées à connaître leurs droits. L'intervention de l'UNICEF, *Kishori Abjijan*, encourage l'apparition de dirigeantes et de rôles modèles pour adolescentes et agit en partenariat avec le Gouvernement et des ONG (Population Council, BRAC, et Centre for Mass Education in Science). Les filles sont des partenaires actives et participent à des programmes d'acquisition de savoir-faire rémunérateurs non traditionnels, comme les métiers du journalisme et de la photographie, afin d'acquérir plus de confiance en soi et une visibilité accrue dans la communauté. L'UNFPA appuie les efforts qui tendent à faire mieux prendre conscience aux adolescentes de leurs droits dans le domaine de la santé en matière de reproduction. Les deux projets se préoccupent avant tout d'affranchir les adolescentes, mais aussi aident le Gouvernement, les familles et les communautés à favoriser le développement des filles.

qui intègre la santé en matière de reproduction dans un cadre plus large d'éducation par les pairs et de participation politique. À la suite d'une consultation d'ampleur nationale avec les adolescents, le Gouvernement a explicitement intégré les besoins des adolescents sur le plan de la santé en matière de reproduction dans son document de stratégie pour la réduction de la pauvreté, et il est le premier pays du monde à le faire²⁷.

Avec l'appui de la Finlande, l'UNFPA est en train de créer un panel consultatif de jeunes pour garantir que ses politiques font une place aux jeunes et répondent à leurs besoins, préoccupations et aspirations. Ce panel comprendra des membres tant de pays développés que de pays en développement et centrera d'abord son activité sur trois thèmes : le VIH/sida, les besoins des adolescents mariés, et le rôle de la culture ambiante dans la santé des adolescents en matière de reproduction²⁸.

APPROCHES STRATÉGIQUES. Une récente évaluation des contributions de l'UNFPA et de la FIFP à la promotion de la santé et des droits des adolescents dans six pays bénéficiaires de programmes a constaté que les initiatives prises jusqu'ici auraient été plus efficaces si l'on s'était davantage soucié de recourir à des approches de la programmation fondées sur les droits et soucieuses d'égalité des sexes²⁹. Peu d'activités atteignent efficacement les groupes marginalisés de jeunes, et il faut faire davantage pour mettre à la portée des jeunes en général des services de santé en matière de reproduction qui soient de bonne qualité. Les conclusions de l'évaluation, qu'un certain nombre de donateurs bilatéraux ont financée, serviront dans les années à venir à l'action de l'UNFPA au service des jeunes du monde entier.



10 Santé en matière de reproduction pour les communautés en crise

L'un des progrès les plus importants accomplis depuis la CIPD a été de prêter une attention bien plus grande aux besoins, sur le plan de la santé en matière de reproduction, des populations rendues vulnérables par un conflit armé ou une catastrophe naturelle.

Il y a 10 ans, l'aide humanitaire aux groupes de population touchés par des urgences complexes se limitait généralement aux vivres, à l'eau et à l'assainissement, à l'abri et à la protection, et aux soins de santé de base. Les complications évitables de la grossesse et de l'accouchement causent plus de décès au niveau mondial que la famine, mais les articles de base nécessaires à un accouchement sans risques et aux soins obstétricaux d'urgence étaient rarement compris dans l'aide d'urgence. Le risque de grossesse non désirée et d'infection sexuellement transmissible est infiniment plus grand dans les camps de personnes déplacées, mais peu d'institutions à but humanitaire y offraient des services de planification familiale, un traitement et des conseils d'après viol, ou même des préservatifs.

Cela a commencé à changer en 1994 à la CIPD, dont le Programme d'action abordait expressément les besoins des personnes déplacées sur le plan de la santé en matière de reproduction, et des femmes réfugiées ont été invitées pour la première fois à parler de ces besoins dans une instance internationale.

Au milieu des années 90, l'UNFPA, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'OMS et d'autres partenaires ont produit en collaboration l'*Inter-agency Field*

*Manual for Reproductive Health in Refugee Settings*¹, et se sont accordés sur un ensemble de normes minimales de soins.

L'UNFPA a réuni les articles nécessaires dans les situations d'urgence dans des trousse de santé en matière de reproduction, composées de 12 sous-trousse qui comprenaient les fournitures nécessaires à l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, à la gestion des complications obstétricales, à la prévention et à la gestion des IST, dont le VIH/sida, et à la planification familiale. Depuis 1996, des institutions, organisations et gouvernements ont commandé et distribué ces trousse dans plus de 50 pays et territoires.

LA NOTION DE DROITS S'APPLIQUE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE À MESURE QUE LES BESOINS SE MULTIPLIENT.

Les femmes d'âge procréateur constituent environ 25 % des dizaines de millions de réfugiés et de personnes déplacées dans leur propre pays du fait de la guerre, la famine, la persécution ou les catastrophes naturelles. Une sur cinq de ces femmes risque de tomber enceinte. Négliger la santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence comporte de graves conséquences, notamment les grossesses non désirées, les décès maternels et infantiles évitables, et la diffusion des IST dont le VIH/sida.

La CIPD a affirmé que le droit à la santé en matière de reproduction s'applique à toute personne, à tout moment. Les programmes de santé en matière de reproduction efficaces préservent les droits de la personne tels que le droit à la

SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION À L'INTENTION DES PERSONNES DÉPLACÉES

Dans de nombreuses régions du monde, les migrants et les personnes déplacées n'ont qu'un accès limité aux soins de santé en matière de reproduction et il arrive que leur santé et leurs droits dans ce domaine soient gravement menacés. Les services compétents devront être spécialement attentifs aux besoins particuliers des femmes et des adolescentes concernées et conscients de la situation d'impuissance où elles se trouvent souvent, en prêtant une attention particulière à celles d'entre elles qui sont victimes de sévices sexuels.

— Programme d'action de la CIPD, par. 7.11

santé, le droit de décider librement du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance, le droit à l'information et à l'éducation, et le droit d'être à l'abri de la violence et de la coercition sexuelles.

La maternité sans risques

La grossesse et l'accouchement peuvent être dangereux pour une femme même dans les circonstances les plus favorables. Les conflits ou les catastrophes naturelles exposent les femmes enceintes à un risque encore plus grand en raison de la perte soudaine du soutien médical, ce à quoi s'ajoutent en de nombreux cas les traumatismes, la malnutrition, la maladie ou le danger immédiat de violences.

Quand un séisme majeur a frappé Bam (Iran) en décembre 2003, plus de 85 % de l'infrastructure médicale de la zone sinistrée et plus de la moitié de son personnel médicosanitaire ont été perdus en moins d'une minute. Le choc de la catastrophe a entraîné pour de nombreuses femmes enceintes un accouchement prématuré ou une fausse couche.

Quand les récents combats au Soudan ont contraint plus de 100 000 réfugiés à s'enfuir au Tchad, des femmes enceintes ont donné naissance au bord des routes ou au milieu du désert. Le manque des articles les plus élémentaires pour accoucher dans des conditions d'hygiène et de sécurité – du savon, une lame de rasoir propre pour couper le cordon ombilical, une feuille de plastique à poser sur le sol – a condamné de nombreuses femmes à des infections mortelles, laissant leurs enfants orphelins et en danger².

Une étude de 2002 a établi que les complications de la grossesse et de l'accouchement étaient la cause majeure de décès chez les femmes d'âge procréateur dans l'Afghanistan ravagé par la guerre. Seulement 7 % des femmes afghanes mortes durant l'accouchement avaient bénéficié de l'assistance d'un agent sanitaire qualifié.

Comme c'est le cas en des lieux plus stables, presque toutes les femmes qui connaissent des complications liées à la grossesse peuvent éviter la mort ou une infirmité si elles reçoivent des soins en temps voulu. Dans les 72 heures qui ont suivi le séisme de Bam, l'UNFPA a aidé le Ministère iranien de la santé et de l'éducation médicale à acheter des fournitures pour que les femmes enceintes puissent accoucher en toute sécurité à leur domicile et pour ouvrir à titre temporaire des centres de soins obstétricaux d'urgence. Au Tchad et dans d'autres pays accueillant des réfugiés, l'UNFPA agit avec ses partenaires locaux pour mettre en place une assistance prénatale et un système d'aiguillage pour les urgences obstétricales. En Afghanistan, l'UNFPA a envoyé des fournitures et un équipement d'urgence durant la phase aiguë de la crise et contribué aussi au développement à plus long terme, notamment en remettant en service une maternité et en formant des agents sanitaires.

33

L'IMPACT DU CONFLIT SUR LES FEMMES ET LES FILLES

Les risques suivants s'ajoutent aux effets généraux de la violence et au manque de soins de santé :

- Les femmes sont extrêmement vulnérables aux déficiences en vitamines et en fer – notamment à l'anémie, qui peut causer la mort des femmes enceintes et de leurs bébés.
- Les femmes rencontrent divers problèmes dans le domaine de la santé en matière de reproduction, qui vont du manque de tampons hygiéniques aux complications liées à la grossesse susceptibles d'entraîner la mort.
- La tension et les désordres inséparables d'une guerre débouchent souvent sur une augmentation des cas de violence sexiste et sexuelle.
- Les femmes sont responsables en premier lieu de prendre soin de tous ceux que la guerre rend vulnérables – les enfants, les malades et les personnes âgées.
- La vulnérabilité des femmes est encore accrue par la disparition des hommes et des jeunes gens, la désagrégation de la structure sociale et d'autres facteurs liés au conflit.

Une récente évaluation menée à l'échelle mondiale par le Groupe de travail interorganisations sur la santé génésique des femmes vivant en situation de réfugiées a établi que la plupart des sites accueillant des réfugiés offrent maintenant au moins une certaine combinaison des services suivants : soins prénatals, assistance durant l'accouchement, gestion des urgences obstétricales, soins aux nouveau-nés et soins post-partum. Dans les camps de réfugiés du Kenya, du Pakistan et de la République-Unie de Tanzanie, on a constaté que les ratios de mortalité maternelle étaient plus faibles que dans l'ensemble du pays hôte ou dans les pays d'origine des réfugiés. Si certaines composantes des soins de santé maternelle – en particulier l'aide obstétricale d'urgence – ont encore grand besoin d'être renforcées, un bon départ a été pris depuis 1994.

La planification familiale

La planification familiale est souvent considérée d'importance secondaire dans une situation d'urgence ou d'après conflit. Mais dans un pays déchiré par la guerre comme l'Angola ou la Sierra Leone, où des soins prénatals adéquats, l'assistance durant l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence ne sont pas disponibles, non moins d'une femme sur neuf mourra des suites de la grossesse ou de l'accouchement dans le cours de sa vie. Partout où sévit une crise, une grossesse non planifiée peut être fatale.

Négliger la planification familiale peut avoir d'autres graves conséquences, notamment les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses à la suite de grossesses non

désirées, les grossesses trop rapprochées, les grossesses dangereuses chez des femmes trop âgées ou trop jeunes, et la transmission des IST dont le VIH/sida.

Il peut être extrêmement difficile dans une situation d'urgence d'assurer un approvisionnement régulier en contraceptifs. Il arrive que les routes de transport soient coupées, les réseaux de distribution évanouis, et les centres de santé détruits. Les fournitures disponibles sur place peuvent être fort loin de suffire à la demande quand de nombreux groupes de population arrivent dans un nouveau site.

Bien que de nombreuses femmes placées dans une situation d'urgence ou réfugiées choisissent délibérément d'être enceintes, beaucoup qui préféreraient ne pas affronter les difficultés de la grossesse, de l'accouchement ou des soins à un enfant dans un camp pour personnes déplacées ne peuvent faire autrement, faute d'avoir accès aux préservatifs ou à d'autres méthodes de contraception.

Même là où les services et les fournitures sont disponibles, un certain nombre de facteurs peuvent empêcher de les utiliser. Une évaluation conduite en 2001 par la Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés a établi que de nombreuses réfugiées angolaises en Zambie répugnaient à utiliser les méthodes de planification familiale pourtant disponibles. Les obstacles identifiés étaient les suivants : résistance du conjoint; croyance religieuse ou inspirée par la communauté qu'une femme doit avoir autant d'enfants qu'elle peut en avoir; absence de programmes de distribution à base communautaire; et difficulté de persuader leurs partenaires d'utiliser des préservatifs. Pour promouvoir l'acceptation des méthodes de planification familiale, la Commission a recommandé une campagne de communication ciblant les hommes et la formation permanente des pairs-éducateurs et des agents de communauté³.

Dans les sites frappés par une urgence à travers le monde, l'UNFPA a fourni des préservatifs gratuits, première étape vers le rétablissement des services de planification familiale. Quand la situation sécuritaire le permet, le Fonds procède à des évaluations rapides pour identifier les besoins de planification familiale et il est souvent en mesure de recueillir une information pertinente sur la population, y compris les préférences quant aux méthodes de planification familiale. Au moment de planifier les programmes à moyen et long terme, l'UNFPA et ses partenaires s'efforcent de faire participer les femmes, les hommes et les adolescents des groupes de population touchés, de manière à mieux garantir des services de planification familiale appropriés, efficaces et sensibles aux valeurs culturelles.

La violence sexuelle et sexiste

Le viol est depuis des siècles un aspect caractéristique des conflits armés; il y est souvent recouru systématiquement

pour humilier et dominer l'"ennemi" ou porter atteinte à la cohésion de sa société.

Dans un certain nombre de conflits depuis la CIPD, notamment en Bosnie, au Rwanda et au Kosovo, les populations civiles ont été délibérément visées par la violence sexuelle, ce qui a appelé l'attention des mouvements de femmes ou spécialisés dans la défense des droits fondamentaux, ainsi que celle de la presse internationale.

On a prêté moins d'attention au cas des femmes et des filles qui, durant leur fuite et en situation de réfugiées, sont parfois contraintes d'offrir des faveurs sexuelles en échange de nourriture, d'abri ou de protection. La violence domestique et le viol conjugal deviennent aussi sensiblement plus fréquents parmi les groupes de population déplacés, car beaucoup d'hommes qui ont perdu emploi, statut et stabilité font payer leurs frustrations à leur partenaire.

L'impact de la violence, surtout du viol, peut être catastrophique. Les conséquences physiques en sont des lésions, des grossesses non désirées, le dysfonctionnement sexuel et le VIH/sida. Les survivantes se trouvent parfois exclues du cercle familial et condamnées à l'isolement social. Leur santé mentale est également atteinte plus ou moins gravement : anxiété, stress consécutif au trauma, dépression et suicide peuvent résulter de la violence. Beaucoup de femmes qui y survivent ne signalent pas le viol subi, et d'autres se sentent peut-être impuissantes à le faire.

Jusqu'à une date récente, on ne s'était qu'assez peu efforcé de prévenir la violence sexuelle et sexiste en temps de conflit ou de déplacement forcé. Mais diverses initiatives ciblant les groupes de population affectés par un conflit ont montré qu'il était possible de la prévenir, par les moyens suivants :

- Faire mieux prendre conscience de la violence sexuelle et la condamner en tant que violation des droits de la personne et que menace à la santé publique;
- Soutenir les campagnes d'éducation et d'information;
- Promouvoir des mesures de sécurité pour les femmes dans les camps de personnes déplacées, notamment les suivantes : fourniture d'un éclairage suffisant, formation de patrouilles, emplacement des services et installations en des points non dangereux ; et faire en sorte que l'eau, le combustible, le fourrage, etc. soient accessibles à une distance relativement courte;
- Recommander la promulgation et l'application forcée de lois et politiques réprimant la violence sexuelle et sexiste, et dispenser une formation aux forces de police et aux magistrats;

- Faire participer les hommes à la promotion d'un changement de comportement.

L'UNFPA appuie ces efforts, en même temps qu'un traitement et des conseils qui aident à inspirer un sentiment de sécurité, et il offre des occasions de s'exprimer au sujet des violences subies – tout cela est essentiel au retour des victimes à la santé. Les conseils et l'éducation peuvent aider les membres de la famille et les communautés à accepter les femmes qui ont été violées et à leur venir en aide. Il est possible d'amener les agents sanitaires à réagir avec plus de tact en les formant à aider les victimes de la violence sexuelle. Le traitement médical et psychologique comprend la contraception d'urgence, la délivrance de conseils et les services de santé en matière de reproduction.

Le VIH/sida et les autres IST

Toutes les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, se communiquent bien davantage dans les périodes de crise, qui coïncident avec un accès limité aux moyens de prévention, au traitement et aux soins.

Les autres facteurs ci-après aggravent le risque dans les situations d'urgence :

- Déplacement de nombreux groupes de population;
- Rupture des relations stables et désintégration de la vie communautaire et familiale;
- Perturbation des normes sociales qui régissent le comportement sexuel;
- Début plus précoce des rapports sexuels chez les adolescents;
- Pression exercée sur les femmes et les adolescents des deux sexes pour qu'ils échangent des faveurs sexuelles contre divers avantages (nourriture, abri, argent et protection);
- Mélange avec des populations où les taux d'infection par le VIH sont plus élevés;
- Risque accru de violence sexuelle, dont le viol.

Le viol par des hommes infectés expose directement les femmes à devenir séropositives, et les abrasions ou déchirures du tissu vaginal qui en résultent peuvent multiplier le risque d'infection.

Dans certains conflits, l'infection planifiée et délibérée des femmes par le VIH a été un instrument de guerre entre

ethnies. Une association de veuves du génocide rwandais a constaté que les deux tiers de ses membres qui avaient été violées par des militants hutus étaient séropositives.

Si les données sur la prévalence du VIH dans les sites occupés par des réfugiés sont rares, il semble que les groupes de population déplacés courent un risque accru de contracter le virus durant ou après le déplacement forcé⁴.

Les interventions contre les IST/VIH/sida dont les réfugiés ont besoin une fois que la situation s'est stabilisée sont à peu près les mêmes que celles appliquées aux populations sédentaires : information et éducation, promotion et distribution de préservatifs, gestion du syndrome pour les IST, dépistage et accompagnement psychologique pour le VIH, précautions garantissant que les réserves de sang ne sont pas contaminées, et prévention de la transmission mère-enfant.

Mais dans les pays sortant d'un conflit comme le Libéria et la Sierra Leone, où des années de guerre et de déplacements continuels ont créé une situation dans laquelle la prévalence croissante du VIH/sida pose une grave menace à la réconciliation d'après conflit et à la reconstruction, l'UNFPA et ses partenaires ont appliqué une approche plus globale (voir encadré 28, page 71).

La santé des adolescents en matière de reproduction

Les jeunes séparés de leur famille et de leur communauté sont particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle et s'engagent plus volontiers dans un comportement sexuel à haut risque. Les adolescents touchés par la guerre peuvent être profondément affectés par l'effondrement des systèmes sociaux et culturels, la perte d'accès aux services éducatifs et sanitaires, l'interruption de l'activité scolaire et des amitiés, l'exposition à la violence et la disparition des membres de leur famille.

En Colombie, la violence et le déplacement forcé se sont accompagnés d'une augmentation sensible des grossesses d'adolescentes et des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Une étude a établi que les filles déplacées devenaient enceintes avant l'âge de 15 ans trois fois plus souvent que les autres⁵. Au Libéria, où il est courant que des filles âgées de 11 ou 12 ans seulement soient enceintes, un représentant de l'OMS a évalué en 2002 à non moins de 80 % la proportion des filles déplacées qui avaient subi un avortement provoqué avant d'atteindre 15 ans⁶.

Une grossesse précoce peut avoir de graves conséquences pour la santé et le bien-être des filles dont le corps n'est pas suffisamment développé pour supporter l'épreuve de la grossesse et de l'accouchement. Les filles âgées de 10 à 14 ans courent un risque cinq fois plus grand de mourir durant la grossesse et l'accouchement que les femmes âgées de 20 à 24 ans. Les avortements pratiqués dans des conditions

LES PERSONNES DÉPLACÉES DANS LEUR PROPRE PAYS SONT PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES ET EXPOSÉES À UN RISQUE ACCRU

Alors que la couverture des services de santé en matière de reproduction s'est améliorée pour les réfugiés hors de leur propre pays durant la dernière décennie, la fourniture de services aux personnes déplacées dans leur propre pays, qui sont au niveau mondial deux fois plus nombreuses que les réfugiés, n'a guère progressé,

En Angola, où des centaines de milliers de personnes restent déplacées au terme de 30 années de guerre, ou peu s'en faut, un grave manque de services élémentaires de maternité sans risques est à la source de l'un des ratios de mortalité maternelle les plus élevés du monde. Il est peu probable que la situation s'améliore à moins d'un effort massif à long terme, qui devrait recouvrir notamment la reconstruction et le réapprovisionnement des centres de santé, la formation d'un personnel médicosanitaire, la création de services d'aiguillage élémentaires et de systèmes de transport pour les complications de l'accouchement qui exigent des soins obstétricaux d'urgence.

Au Libéria, depuis plus d'une décennie, les personnes déplacées ne disposent pas de services de santé minimaux.

Les personnes déplacées dans leur propre pays constituent un cas particulièrement difficile pour les organismes humanitaires, surtout concernant la fourniture de services de santé en matière de reproduction. Les pouvoirs publics du pays même négligent souvent les personnes déplacées et leur sont parfois hostiles. Des institutions comme le HCR et l'UNFPA ont élargi leur mandat au cours de la dernière décennie pour prendre en charge les personnes déplacées dans leur propre pays et ont réussi jusqu'à un certain point à les mettre en liaison avec les systèmes de santé nationaux. Mais des millions d'entre elles n'ont pas encore pu être atteintes par ces institutions.

Les gouvernements des pays où vivent des personnes déplacées doivent faire davantage pour reconnaître leurs droits, tandis que les pays donateurs doivent augmenter leurs contributions et exercer une pression politique accrue pour garantir que les besoins des personnes déplacées ne soient pas ignorés.

dangereuses comportent aussi des risques redoutables⁷. En de nombreuses situations de conflit, les filles jeunes sont extrêmement vulnérables au VIH et à d'autres IST.

L'un des moyens les plus efficaces de protéger la santé des adolescents touchés par une catastrophe est de garantir leur accès à l'information et aux services dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Cela inclut la fourniture d'une information accueillante aux jeunes, ainsi que la délivrance de conseils, ce qui peut être particulièrement important pour les victimes de la violence sexuelle.

Avec l'appui de la Belgique, l'UNFPA collabore avec les partenaires locaux pour élargir les services et le soutien accordés aux jeunes déplacés à l'intérieur du Burundi, de la Colombie, du Libéria, de la République démocratique du

Congo, du Rwanda, de la Sierra Leone et du Territoire occupé palestinien.

En République démocratique du Congo, par exemple, l'UNFPA et une ONG locale ont créé des centres de jeunesse pour jeunes déplacés qui vivent à l'extérieur des camps ou dans les grandes villes. Ces centres offrent des services de santé en matière de reproduction, notamment le dépistage des IST et un accompagnement psychologique, cela sans aucune contrainte. Le projet a aussi formé 10 ONG à offrir des services et une information dans le domaine de la santé des adolescents en matière de reproduction. À mesure que la demande de ces services augmente, davantage de fonds, de ressources et de partenariats seront nécessaires.

Les gains et les lacunes

Si le financement international des besoins de santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence a augmenté depuis 1994, le nombre de personnes ayant besoin de ces services a grandi plus rapidement que l'assistance. Plus de la moitié des pays d'Afrique subsaharienne ont été victimes d'une crise au cours de la dernière décennie – soit directement, comme le Rwanda ou le Libéria, soit indirectement, comme la République-Unie de Tanzanie et la Guinée, qui ont supporté le fardeau d'un grand nombre de réfugiés venus des pays voisins.

Ne pas répondre aux besoins des groupes de population touchés par une crise dans le domaine de la santé en matière de reproduction, surtout à l'ère du sida, peut avoir des conséquences tragiques, et non pas seulement pour chaque femme, homme ou enfant. Cela peut aussi détruire la stabilité d'une nation entière et anéantir ses chances de réconciliation, de reconstruction et de développement après le conflit.

Une nouvelle évaluation au niveau mondial du Groupe de travail interorganisations sur la santé génésique des femmes en situation de réfugiées avertit que les progrès récemment faits dans ce domaine sont maintenant menacés parce que le financement des donateurs est stationnaire ou en recul, ce qu'aggrave l'opposition politique du Gouvernement des États-Unis à certains aspects de la santé en matière de reproduction. Il est encore plus essentiel que jamais auparavant d'intensifier les activités de plaidoyer et de dégager davantage de fonds, car l'instabilité géopolitique et la vulnérabilité croissante aux catastrophes naturelles signifient que le nombre des personnes ayant besoin de secours pourrait augmenter ces prochaines années.



11 Mesures prioritaires

En adoptant le Programme d'action de la CIPD en 1994, les pays du monde ont reconnu que la condition indispensable d'une croissance économique soutenue et d'un développement durable est d'investir dans la population, d'élargir les perspectives de chacun et de permettre à chacun de réaliser son potentiel d'être humain.

Le succès des mesures prises pour mettre en oeuvre l'agenda du Caire et lutter contre la pauvreté suppose un financement adéquat et des partenariats efficaces.

Ce chapitre est consacré à examiner le rôle du partenariat dans la promotion d'une meilleure santé en matière de reproduction et les efforts à déployer pour atteindre les objectifs de la CIPD et les MDG, ainsi que les ressources nécessaires; ensuite est présenté un résumé des mesures prioritaires.

Un partenariat avec la société civile

Les organisations non gouvernementales, qui sont le pivot de nombreux programmes dans le monde entier, ont joué un rôle crucial dans la mise en forme du consensus de la CIPD, et leur niveau de participation au processus intergouvernemental a été sans précédent. Le Programme d'action a ouvert de vastes perspectives dans ses recommandations tendant à promouvoir les partenariats avec les ONG, les autres institutions de la société civile et le secteur privé.

Dans de nombreux pays, aujourd'hui, les ONG jouent un rôle actif dans la fourniture de services de santé en matière de reproduction et promeuvent l'agenda du Caire de bien d'autres manières, notamment par des activités de plaidoyer.

Avant 1994, les partenariats entre gouvernements et ONG faisaient intervenir surtout les associations de planification familiale, qui avaient été au premier rang des fournisseurs de services de planification familiale en de nombreux pays en développement. Ces collaborations se sont poursuivies durant la décennie écoulée, les ONG bénéficiant souvent d'un financement externe substantiel pour fournir des services indépendamment du gouvernement.

Depuis la CIPD et l'examen de 1999, des partenariats se sont développés entre les gouvernements et un éventail plus large d'organisations de la société civile, notamment des associations professionnelles, des groupes communautaires, etc.

Dans leur réponse à l'enquête mondiale de l'UNFPA en 2003, 90 % des pays de toutes les régions ont signalé des partenariats actifs concernant la population et la santé en matière de reproduction. Les deux parties ont accepté le fait que les ONG peuvent souvent atteindre certains groupes plus facilement et exécutent certains programmes plus efficacement que les gouvernements ne peuvent le faire.

LES ONG ET LES SERVICES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION. Certains gouvernements ne fournissent pas diverses composantes de la santé en matière de reproduction en raison de limitations financières ou d'un manque de capacité. Dans certains contextes qui exigent de la souplesse et une action externe plus rapide, les ONG sont mieux placées que les gouvernements pour promouvoir l'égalité entre les sexes, s'attaquer à la violence sexiste, encourager la responsabilité masculine, fournir aux adolescents une information et des services dans le domaine de la santé en matière de reproduction, entreprendre des programmes de développement de la jeunesse, et atteindre les groupes à relativement haut risque d'infection par le VIH.

Au Mexique, le Gouvernement reconnaît le rôle des ONG dans la fourniture de services médicaux, notamment les dépistages par frottis vaginal, les consultations gynécologiques, les soins prénatals et les soins aux nouveau-nés.

Avec l'introduction, au cours de la dernière décennie, de la réforme du secteur sanitaire, des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (PRSP) et des approches sectorielles, de nombreux donateurs fournissent maintenant directement des fonds aux gouvernements. De ce fait, les gouvernements des pays en développement sont souvent en meilleure position pour conclure des partenariats avec les ONG, d'autres acteurs de la société civile et le secteur privé, selon des formules conçues pour compléter les programmes qu'ils sont en train d'exécuter.

Au Bangladesh, où les ONG et le secteur privé fournissent la plus grande partie des soins de santé, le Gouvernement a fait une place aux ONG et aux organisations à base communautaire dans un Comité consultatif national de participation des parties intéressées au secteur de la santé, de la nutrition et de la population, afin de garantir des services centrés sur le client, la qualité des soins, l'équité entre les classes et les

sexes, et la décentralisation. L'intention est de faire participer les partenaires à la planification aussi bien qu'à l'exécution des politiques et programmes.

D'un autre côté, certains pays ont fait une place aux ONG et autres organisations dans l'élaboration des stratégies de réforme du secteur sanitaire et de réduction de la pauvreté, mais les ont exclues de la phase d'exécution.

Les ONG et les autres acteurs de la société civile, notamment les associations professionnelles, prennent des initiatives qui étaient traditionnellement considérées comme relevant exclusivement des gouvernements, y compris la fixation de normes et le contrôle de l'exercice effectif des responsabilités, soit pour compléter l'activité gouvernementale, soit pour en combler les lacunes. Les ONG peuvent aussi surveiller le respect par les gouvernements des traités relatifs aux droits de l'homme et des engagements pris de mettre en œuvre le Programme d'action.

Les associations professionnelles de médecins, infirmières, sages-femmes et autres catégories de personnel médicosanitaire ont un rôle clef à jouer dans la fixation des normes, notamment des normes éthiques, et dans l'octroi à leurs membres d'une éducation médicale permanente et d'une formation relative à la santé et aux droits en matière de reproduction et de sexualité, ainsi qu'aux divers aspects de soins de qualité. Des ONG internationales, comme le Commonwealth Medical Trust, ont conduit des activités à cette fin.

LE SECTEUR PRIVÉ. La dernière décennie a vu aussi se former un partenariat entre les ONG et le secteur privé pour promouvoir la santé en matière de reproduction, chacune des parties ayant fini par reconnaître les avantages comparatifs de l'autre. Des sociétés privées offrent des possibilités de vente subventionnée de préservatifs et d'autres produits de santé en matière de reproduction dans les supermarchés, les magasins et les pharmacies. Certains employeurs privés reconnaissent maintenant les avantages de promouvoir la santé en matière de reproduction et de sexualité parmi leur personnel et dans les communautés où ils sont actifs.

LES PARLEMENTAIRES. Les représentants élus jouent un rôle important dans la fixation des priorités, l'attribution des ressources et la définition des responsabilités institutionnelles concernant les services de santé en matière de reproduction et de sexualité et les droits en matière de reproduction. Dans un certain nombre de pays, des groupes de parlementaires se sont efforcés de promouvoir la mise en œuvre de l'agenda de la CIPD et d'y affecter un financement suffisant.

Le premier de ces groupes, la Fédération de parlementaires japonais pour la population, montre la voie dans le mouve-

ment mondial des parlementaires depuis trois décennies. Au Royaume-Uni, le Groupe parlementaire interpartis sur la population, le développement et la santé en matière de reproduction, a servi d'exemple à des groupes parlementaires nationaux dans d'autres pays européens. Parmi les groupes similaires formés dans les pays en développement, il faut citer notamment l'Association indienne de parlementaires pour la population et le développement et des comités de la population et du développement dans les deux chambres du Parlement nigérian.

Les réseaux régionaux et mondiaux de parlementaires tiennent également une grande place dans les activités de plaidoyer. Le Forum asiatique de parlementaires pour la population et le développement, le Forum des parlementaires africains et arabes pour la population et le développement et le Groupe parlementaire interaméricain pour la population et le développement ont tous prévu des manifestations en 2004 pour célébrer le dixième anniversaire de la CIPD.

Les 18 et 19 octobre 2004, la deuxième Conférence internationale des parlementaires sur la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD (IPCI/CIPD) se tiendra en France, à Strasbourg. La conférence est organisée conjointement par le Forum parlementaire intereuropéen de la population et du développement et par l'UNFPA, en collaboration avec le Conseil de l'Europe.

À la première IPCI/CIPD tenue en 2002 à Ottawa (Canada), 103 élus venus de 72 pays ont signé une Déclaration d'engagement énonçant les mesures spécifiques qu'ils prendraient pour préserver les droits des femmes en matière de reproduction, améliorer l'accès aux services de santé en matière de reproduction, dont la planification familiale, réduire la mortalité maternelle et prévenir la diffusion du VIH/sida, et ils se sont engagés à n'épargner aucun effort pour affecter jusqu'à 10 % des budgets de développement de leurs pays respectifs aux programmes de population et de santé en matière de reproduction.

LES UNIVERSITÉS. Les gouvernements s'adressent fréquemment aux universités pour collecter et analyser des données, ainsi que pour conduire des recherches, sur les problèmes de santé en matière de reproduction et de sexualité. En Inde, par exemple, 18 centres de recherche sur la population rattachés aux universités sont chargés de mener des recherches sur les tendances et la dynamique démographiques, les connaissances et attitudes des clients, les problèmes opérationnels et d'autres aspects de l'ensemble des questions situées au carrefour de la population et du développement. L'Institut de recherches sociales, statistiques et économiques de l'Université du Ghana dispense une formation concernant la santé en matière de reproduction, les sexes, la pauvreté et les relations entre population et développement.

LA COOPÉRATION SUD-SUD. La facilitation de l'échange de savoir-faire et d'expériences entre pays en développement constitue un autre aspect important de l'accent placé par la CIPD sur le partenariat. Partners in Population and Development, créé en 1994 avec le soutien de l'UNFPA, de la Fondation Rockefeller et d'autres donateurs, est maintenant une alliance de 20 pays en développement (Bangladesh, Bénin, Chine, Colombie, Égypte, Gambie, Inde, Indonésie, Jordanie, Kenya, Mali, Maroc, Mexique, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Thaïlande, Tunisie, Yémen et Zimbabwe) qui travaillent à étendre et améliorer la collaboration Sud-Sud sur la planification familiale et la santé en matière de reproduction².

Les ressources nécessaires à l'application du Programme d'action

Le Programme d'action de la CIPD a été le premier document international adopté par consensus qui ait compris des évaluations du coût de la mise en œuvre d'interventions déterminées³. Il a défini un programme essentiel d'actions prioritaires à mener dans le système de santé primaire, à savoir :

- Planification familiale et infrastructure nécessaire à la prestation de services;
- Services additionnels de santé en matière de reproduction (soins prénatals, accouchement dans des conditions normales et sans danger; information, éducation et communication relatives à la santé en matière de reproduction – concernant notamment les IST, la sexualité humaine et la parenté responsable – et contre des pratiques nuisibles comme la coupure génitale féminine; prévention de la stérilité; délivrance de conseils, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles; et aiguillages, éducation et conseils relatifs aux complications de la grossesse et de l'accouchement);
- Prévention des IST, dont le VIH/sida;
- Données, recherche et élaboration de politiques concernant la population et la santé en matière de reproduction.

Le coût annuel de cet ensemble d'interventions a été évalué à 17,1 milliards de dollars en 2000, chiffre passant à 18,5 milliards de dollars en 2005, 20,5 en 2010 et 21,7 en 2015. Aux termes du consensus atteint, les pays en développement réuniraient les deux tiers des montants nécessaires sur leurs ressources intérieures et les pays donateurs fourniraient une aide internationale de l'ordre d'un tiers du montant total.

Le Programme d'action a noté que ces évaluations seraient révisées avec le temps⁴, et que des ressources addi-

tionnelles seraient nécessaires à différents niveaux des systèmes de santé et pour des interventions d'appoint dans des domaines tels que l'éducation, la réduction de la mortalité, l'affranchissement des femmes et la participation sociale.

DE NOUVELLES PRÉVISIONS. Après la CIPD, d'autres évaluations de coûts ont été faites pour l'agenda du développement dans son acception la plus large. L'Initiative 20/20 destinée à répondre aux besoins de base en matière de services sociaux, entérinée par le Sommet mondial pour le développement social en 1995, appelait les pays en développement à consacrer 20 % de leur budget national à la santé, à l'éducation et aux autres aspects sociaux du développement, et les pays donateurs à affecter 20 % de leur aide au développement à ces mêmes domaines. La Commission de la macroéconomie et de la santé a évalué à 66 milliards de dollars par an le montant total nécessaire pour un ensemble prioritaire d'interventions de santé dans les pays à faible revenu⁵.

Dans le cadre de la santé en matière de reproduction, un montant estimatif de 7 à 10 milliards de dollars qui serait nécessaire chaque année pour couvrir la prévention et le traitement du VIH/sida et les soins aux personnes atteintes a été présenté à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida, en 2001. Des analyses ultérieures ont augmenté le montant prévu⁶. On a évalué à 9,2 milliards de dollars par an le montant nécessaire d'ici à 2005 pour mener à bien les interventions clefs et mettre en place l'infrastructure. Les composantes "prévention" de ces évaluations n'ont été que très légèrement supérieures aux chiffres fixés à la CIPD⁷.

De nouvelles évaluations des montants nécessaires pour couvrir l'ensemble des interventions relatives au VIH/sida sont en cours d'établissement afin de tenir compte tant de la diffusion continue de la pandémie que du besoin de fonds additionnels pour renforcer l'infrastructure sanitaire et pouvoir ainsi prêter les services nécessaires.

Cet exemple démontre le caractère dynamique des prévisions en matière de ressources, à mesure que les priorités sont aménagées en fonction de la situation locale et que les montants requis par la mise en œuvre sont mieux compris. Il est toujours difficile de déterminer à l'avance les coûts de la transition à de nouveaux systèmes de planification, de gestion et de prestation des services.

C'est un souci prioritaire que d'établir un lien entre la prévention du VIH/sida et les programmes de santé en matière de reproduction⁸. Les nouveaux programmes verticaux consacrés au VIH/sida ont des coûts d'amorçage qui couvrent la mise en place de systèmes de gestion solides et d'autres besoins institutionnels⁹. S'il est plus facile de suivre les flux de ressources destinés à des programmes verticaux

spéciaux (plutôt que de devoir extraire les coûts ciblés des budgets du système de santé), une programmation intégrée peut répondre à des besoins multiples et tirer utilement parti des synergies entre diverses composantes, tout en offrant l'avantage d'économies d'échelle¹⁰.

Malgré les difficultés inhérentes au suivi des flux de ressources, l'UNFPA fait régulièrement rapport sur le financement de l'ensemble d'interventions de base de la CIPD concernant la population et la santé en matière de reproduction. Les contributions des donateurs se sont élevées en 2003 à environ 3,1 milliards de dollars, soit seulement 54 % de l'engagement prévu dans le Programme d'action pour 2000 et 51 % des besoins correspondants pour 2005.

Les dépenses internes des pays en développement pour ce même ensemble d'interventions ont été évaluées en 2003 à 11,7 milliards de dollars. Toutefois, une forte proportion de ces dépenses vient de quelques grands pays comme le Brésil, la Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Mexique. De nombreux pays – en particulier les plus pauvres, dont les dépenses de santé par habitant sont faibles – sont surtout tributaires du financement des donateurs pour la planification familiale, la santé en matière de reproduction, le VIH/sida et les données relatives à la population, les besoins qu'exigent la recherche et la définition de politiques¹¹.

Les limitations qui freinent le progrès ne sont pas seulement d'ordre financier. Pour déployer les ressources avec le maximum d'efficacité, il faudra procéder à un échange d'informations et de technologies et obtenir d'autres formes d'assistance technique.

LES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES. Il est impossible d'accélérer le progrès et d'améliorer la qualité sans programmes pour recruter, former et garder du personnel. Chaque position exige une aptitude différente – formation médicale, capacité de délivrer des conseils, art d'atteindre les membres d'une communauté, talents de supervision et de gestion, etc. – et ces aptitudes sont généralement peu répandues. Les traitements de la fonction publique sont souvent insuffisants pour attirer les hommes et femmes les plus capables.

Pour élargir la couverture des programmes, il faut aussi être en mesure de garantir que du personnel sera disponible là où les besoins sont les plus grands – souvent dans des lieux reculés ou dépourvus de tout confort. Chacun de ces difficiles problèmes sur le plan des ressources humaines doit être abordé systématiquement, d'ordinaire dans le contexte d'une réforme générale du système.

LES BESOINS EN PRODUITS. On ne saurait faire de nouveaux progrès sans fournir les produits essentiels nécessaires à la mise en œuvre des programmes. L'UNFPA, en collaboration

avec les autres principaux donateurs, s'est efforcé de garantir un approvisionnement régulier de médicaments, d'équipement et de fournitures de qualité dans le domaine de la santé en matière de reproduction.

On estime que les donateurs fournissent aujourd'hui beaucoup moins que leur part traditionnelle des coûts de produits de contraception : au début des années 90, ils couvraient 41 % de ces coûts, et la moitié environ seulement de cette proportion aujourd'hui. Du fait de l'insuffisance de ce financement, il a fallu créer des systèmes pour faire face aux demandes d'urgence présentées par les pays afin de prévenir l'épuisement des stocks et les pénuries.

LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT.

Le Projet du Millénaire¹² donne priorité aux évaluations de ressources fondées sur les besoins et à la mise en place des capacités nécessaires pour atteindre les MDG au cours des 11 prochaines années. Les évaluations d'experts reconnaissent que, pour atteindre les MDG, il est capital de faire en sorte que les services de santé en matière de reproduction (planification familiale, maternité sans risques et prévention des infections sexuellement transmissibles) soient disponibles¹³.

Atteindre les MDG exigera donc des investissements multisectoriels, notamment concernant la population et la santé en matière de reproduction.

Il est nécessaire d'accroître sensiblement les ressources (venant tant des donateurs que des pays eux-mêmes) pour

35

DYNAMIQUE DE LA POPULATION ET MISE EN PLACE DES POLITIQUES

Le Plan de développement national du Nicaragua (2003) est un bon exemple de la manière dont les pays peuvent intégrer la dynamique de la population dans le processus national de définition des politiques et de planification

Élaboré avec l'assistance technique de l'UNFPA, le plan note que la croissance démographique et la migration interne et externe ont d'importantes implications pour la réduction de la pauvreté. Il appelle à améliorer les systèmes de collecte des données démographiques, à créer des emplois et à mettre particulièrement l'accent sur les besoins des jeunes concernant l'éducation à la santé en matière de reproduction et de sexualité et les services y afférents.

Le plan a influé sur d'autres processus de développement auxquels le Gouvernement a participé ou qu'il a lancés, notamment la rédaction d'un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté, la formulation du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, l'identification des mesures nécessaires pour atteindre les MDG, et les plans nationaux concernant la population, les jeunes et le développement. Il a aussi conduit à un dialogue fructueux entre les décideurs nationaux dans divers secteurs de l'action pour le développement, et à une collaboration au niveau local entre différents secteurs, surtout pour fournir des services aux adolescents.

Pour atteindre tant les objectifs du Caire que les MDG, de bons dirigeants politiques et un financement adéquat seront essentiels. Les mesures prioritaires au cours des 10 prochaines années sont les suivantes :

COORDINATION DES POLITIQUES

- **Intégrer les priorités de la CIPD dans les dialogues** relatifs à l'élimination de la pauvreté, l'affranchissement des femmes, les politiques sociales, les droits de la personne, la viabilité écologique et les politiques macroéconomiques, ainsi que dans les approches sectorielles, les PRSP et d'autres processus de programmation;
- **Élargir le champ d'action des politiques et programmes de manière à couvrir les besoins des groupes de population les plus pauvres** et faire en sorte que les activités d'application du Programme d'action de la CIPD soient conçues de manière à servir les pauvres. Donner priorité à améliorer l'éducation et les savoir-faire des pauvres, notamment les aptitudes nécessaires à la vie, et à fournir des services aux communautés rurales et urbaines sous-desservies;
- Faire de la **participation de la société civile** un aspect habituel des pratiques institutionnelles aux niveaux national, régional et local;
- **Réformer les lois, politiques et institutions de manière à promouvoir l'égalité et l'équité entre les sexes.** Lutter contre la violence sexiste et les pratiques traditionnelles nuisibles; élargir l'accès des femmes aux ressources, notamment la terre et le crédit; accroître la participation des femmes à la prise de décisions; et corriger l'inégalité au sein des familles, sur les lieux de travail et dans les communautés;
- **Établir un lien entre les efforts de mise en place de capacités nationales** et les systèmes visant à atteindre les MDG et à suivre les progrès et, d'autre part, les activités nécessaires pour appliquer le Programme d'action de la CIPD, maximiser la synergie et l'efficacité des programmes.

POPULATION ET DÉVELOPPEMENT

- **Faire une place à la dynamique de la population dans la planification nationale** et le dialogue sur les politiques. À mesure que les effectifs, la composition et la densité de la population changent, les planificateurs doivent être en mesure de prévoir les besoins sur le plan de l'infrastructure et des services et d'y répondre;
- **Réagir à l'urbanisation rapide**, notamment dans les pays les moins avancés. Étendre la couverture des soins de santé primaires – y compris la santé en matière de reproduction – et des autres services sociaux dans les communautés pauvres qui surgissent en lisière des villes grandes ou petites dans l'ensemble du monde en développement. Faciliter la décentralisation de la prise de décisions en formant les responsables au niveau local à diverses tâches (budgétisation, prestation de services et suivi);
- **Prêter plus d'attention au développement rural** aux fins ci-après : remédier aux lacunes dans les soins de santé, l'éducation et l'emploi; stopper la dégradation de l'environnement; ralentir la migration externe de toutes les personnes dotées de savoir-faire et d'une éducation; réduire l'impact du VIH/sida.

SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

- **Consacrer davantage d'attention et de ressources à fournir des services de santé en matière de reproduction complets et de haute qualité;**
- Donner priorité à la planification familiale et à la santé en matière de reproduction dans les **activités visant à renforcer et réformer les systèmes de santé**, et dans les approches sectorielles, les PRSP et les stratégies conçues pour atteindre les MDG;
- **Renforcer la capacité** à tous les niveaux de fournir des services de santé en matière de reproduction, d'assurer un financement viable à long terme et un personnel adéquat, d'améliorer la qualité des services et d'augmenter le nombre de leurs utilisateurs;
- **Garantir la durabilité et la sécurité des chaînes de fourniture** de tous les produits, l'équipement et les articles nécessaires pour dispenser des soins complets de santé en matière de reproduction, notamment les contraceptifs;

- **Orienter la capacité et les ressources en faveur des interventions reconnues les plus efficaces**, notamment de nouvelles approches mises au point pour réduire la mortalité maternelle et assurer la santé des adolescents en matière de reproduction;
- Améliorer la **qualité des soins** fournis, en s'appuyant sur l'expérience de la dernière décennie;
- **Créer des mécanismes efficaces de suivi et d'évaluation** pour s'attaquer aux obstacles rencontrés dans l'exécution du programme national et pour évaluer le succès;
- **Renforcer les systèmes de collecte, analyse, diffusion et utilisation des données**, à l'aide d'un soutien institutionnel et d'une formation.

SANTÉ MATERNELLE

- **Pratiquer à plus grande échelle les interventions qui se sont avérées les plus efficaces pour prévenir les décès maternels et élargir leur accès aux femmes** : assistance qualifiée lors des accouchements et accès aux soins obstétricaux d'urgence;
- **Renforcer les services de planification familiale** de manière à permettre aux femmes de différer, espacer et limiter les grossesses;
- **Accroître l'utilisation des services de maternité sans risques**, surtout dans les ménages pauvres, en assurant une meilleure prise de conscience, en remédiant aux obstacles d'ordre social et économique et en améliorant l'infrastructure;
- **Écarter les obstacles financiers à l'accès des femmes aux soins prénatals, d'accouchement et de post-partum**, en rendant tous ces soins gratuits ou en faisant couvrir les redevances par les systèmes nationaux d'assurance.

VIH/SIDA

- **Lier plus efficacement les interventions visant le VIH/sida aux autres composantes des soins de santé en matière de reproduction** dans le cadre d'une réponse multisectorielle à l'épidémie;
- **Élargir le soutien aux programmes de planification familiale et de santé en matière de reproduction** – qui sont d'importants points d'accès à la prévention du VIH aussi bien qu'à son traitement et aux soins aux malades;
- Renforcer les efforts visant à **intégrer la prévention et le traitement du VIH/sida dans les services complets de santé en matière de reproduction;**
- **Amplifier les programmes actuels**, à l'aide d'une approche multisectorielle;
- **S'attaquer aux facteurs socioéconomiques qui facilitent l'infection par le VIH/sida**, notamment les relations entre les sexes, grâce à des programmes de changement de comportement conçus en fonction de la culture ambiante.

SANTÉ DES ADOLESCENTS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

- Intensifier les efforts visant à **atteindre tous les adolescents dans le besoin**, notamment les adolescents mariés et ceux qui ne sont pas scolarisés;
- **Accroître la participation des jeunes** à la conception, à l'exécution et au suivi des programmes, ainsi qu'aux processus de définition des politiques;
- **Élargir l'approche globale à la programmation et au développement des jeunes;**
- **Mener à plus grande échelle les activités en cours.**

RESSOURCES

- **Accroître l'assistance des donateurs** consacrée à la mise en œuvre de la CIPD;
- **Echanger des informations** sur ce qui donne de bons résultats, de telle sorte que les fonds disponibles et la capacité administrative soient conjugués pour obtenir l'impact maximal;
- **Aider les gouvernements à prendre de bonnes décisions** dans une atmosphère de transparence et d'exercice effectif des responsabilités.

mettre en œuvre la CIPD et atteindre les MDG, mais il faut les utiliser de manière efficace. Étant donné l'évolution du cadre institutionnel, marquée par la décentralisation et la déconcentration de la prise de décisions dans les secteurs sociaux, il sera nécessaire de créer des savoir-faire et des capacités parmi le personnel des administrations nationale et locale. De nombreux pays, en particulier les plus pauvres, n'ont pas de ressources financières et humaines suffisantes; pour surmonter ces limitations, il faudra des plans sérieusement conçus.

À la Conférence de financement du développement tenue en 2002 à Monterrey (Mexique), les donateurs ont réaffirmé leur profond désir de porter l'aide internationale au niveau de 0,7 % de leur produit national brut. Seulement cinq pays donateurs sont parvenus à ce niveau¹⁴.

Pour atteindre les MDG et les objectifs de la CIPD, d'une importance critique, et pour progresser sensiblement dans la réduction des nombreuses dimensions de la pauvreté, les engagements antérieurs d'aide au développement doivent dépasser les déclarations d'intention et aborder activement la voie des partenariats et des investissements.

Conclusion

En 1994, la CIPD a donné un sens pratique à l'expression "développement centré sur la population". Le Programme d'action reconnaît qu'il est indispensable d'investir dans les personnes et d'élargir leurs perspectives et leurs capacités pour réaliser une croissance économique soutenue et alléger la pauvreté.

Le consensus du Caire a stimulé une réponse au niveau mondial :

- Il a facilité de nouveaux progrès dans l'interprétation correcte, au niveau international, de la santé et de l'affranchissement des femmes, qui fut énoncée à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995;
- Il a encouragé à mettre l'accent sur les possibilités offertes à chacun dans le dialogue sur le développement et a placé ce point au centre des politiques et stratégies de population;
- Il s'est avéré le catalyseur d'un rôle accru des organisations de la société civile dans le dialogue sur le développement;
- Il a légitimé les accords internationaux sur l'évaluation des besoins en ressources aux fins d'atteindre les objectifs de développement.

Grâce à de tels résultats, le consensus du Caire a préparé la voie aux objectifs du Millénaire pour le développement.

Durant la décennie en cours, des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre de politiques nationales, régionales et internationales en harmonie avec la vision de la CIPD. La santé en matière de reproduction a reçu une place accrue dans les politiques et les institutions. La diversité des situations démographiques autour du monde a été reconnue, et les nations ont travaillé à concevoir des politiques et programmes qui répondent aux besoins ressentis.

Des thèmes qui étaient auparavant ignorés dans les débats sur les politiques à suivre – par exemple, les pratiques traditionnelles nuisibles, la violence sexiste, la santé des adolescents en matière de reproduction, les soins d'après avortement, les besoins de santé des réfugiés et des personnes vivant dans des situations d'urgence, l'approvisionnement garanti des produits de planification familiale et de santé en matière de reproduction, et le rôle de la culture en tant que moyen de mieux faire respecter les droits élémentaires de la personne – sont maintenant abordés de manière habituelle et donnent lieu à des mesures concrètes.

Beaucoup de changements sont intervenus dans le monde depuis 1994. Le climat idéologique et institutionnel où s'insèrent les initiatives de développement s'est radicalement transformé. La décentralisation dans la prise de décisions, les changements d'équilibre dans les responsabilités privées et publiques, de nouveaux mécanismes de financement et contraintes budgétaires, des efforts de réforme au niveau sectoriel, des programmes verticaux de lutte contre une maladie spécifique et la priorité croissante donnée à la réduction de la pauvreté ont transformé les conditions du débat et de l'action.

Cependant, la vision participative et centrée sur la personne de l'action nationale, qui est au cœur du Programme d'action de la CIPD, est aujourd'hui plus pertinente que jamais. À l'heure où le monde cherche à atteindre les objectifs ambitieux du Sommet du Millénaire, l'engagement politique et l'affectation de ressources financières et humaines adéquates à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD gardent une importance capitale.

Une meilleure santé maternelle et infantile, l'égalité entre les sexes, les progrès de l'éducation, la réduction de la pauvreté, la qualité de l'environnement et l'amélioration des partenariats pour le développement, tous ces objectifs dépendent d'une mobilisation de la volonté politique et des moyens de financement nécessaires à la réalisation du consensus du Caire. Sans l'accès de tous à la santé en matière de reproduction, sans l'éducation et la participation sociale, il ne saurait y avoir de dignité individuelle et nationale, de sécurité et de progrès dans l'allègement de la pauvreté.

notes et indicateurs

notes	94
sources des encadrés	101
indicateurs	
Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus	102
Indicateurs démographiques, sociaux et économiques	106
Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés	110
Notes relatives aux indicateurs	112
Notes techniques	113

CHAPITRE PREMIER

- 1 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.
- 2 Cette section emprunte à l'analyse faite dans : To Better Communication Project. 2003. *The Road to Global Reproductive Health: Reproductive Health and Rights on the International Agenda: 1968-2003*. New York: To Better Communication Project, coordonné par le groupe de travail des médias/activités de plaidoyer des ONG européennes et patronné par l'UNFPA. Site Web : www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/199_filename_eurongo.pdf, consulté pour la dernière fois le 9 juin 2004.
- 3 Voir : UNFPA. 1997. "Santé en matière de reproduction et droits de l'homme." Ch. 1 dans : *L'état de la population mondiale 1997 : Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*. New York: UNFPA.
- 4 UNFPA 2004, pp. 34-35.
- 5 On entend par avortement pratiqué dans des conditions dangereuses une procédure destinée à mettre fin à une grossesse non désirée, soit par des personnes non pourvues des compétences nécessaires, soit dans un environnement ne répondant pas aux normes médicales minimales, ou pour les deux raisons (d'après : OMS. 1994. *Health, Population and Development - WHO/FHE/94.1*). Document de travail de l'OMS préparé pour la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. Genève : OMS.
- 6 OMS, UNICEF et UNFPA. 2003. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Genève: OMS; et OMS. 2003. *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets (EB113/15 Add.1)*. Genève: OMS.
- 7 ONUSIDA et OMS. 2003. *Le point sur l'épidémie de sida. Décembre 2003*. Genève : ONUSIDA.
- 8 Cependant, l'augmentation pourrait ne pas durer et répond en grande partie aux investissements dans les programmes de lutte contre le VIH/sida, plus qu'elle ne reflète une approche globale de la santé en matière de reproduction.

CHAPITRE 2

- 1 Projet du Millénaire. 2004a. "Rapport intérimaire de l'Équipe de travail 3 sur l'enseignement primaire." New York : Projet du Millénaire. Site Web : www.unmillenniumproject.org/documents/tf3genderinterim.pdf, consulté pour la dernière fois le 2 juin 2004; et Projet du Millénaire. 2004b. "Rapport intérimaire de l'Équipe de travail 4 sur la santé infantile et la santé maternelle." New York : Projet du Millénaire. Site Web : www.unmillenniumproject.org/

documents/tf4interim.pdf, consulté pour la dernière fois le 2 juin 2004.

- 2 R. Hakkert et G. Martine. 2003. "Populating, Poverty and Inequality: A Latin American Perspective." Ch. 6 de : *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, édité par l'UNFPA. Série de stratégies Population et développement. No. 8. New York: UNFPA.
- 3 R. Eastwood et M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects Via Economic Growth, Distribution and Conversion." Ch. 9 de : *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, édité par N. Birdsall, A. C. Kelley et S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 4 National Research Council. 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington D.C.: National Academy Press.
- 5 RAND Corporation. 2002. "Banking the 'Demographic Dividend': How Population Dynamics Can Affect Economic Growth." *Population Matters Policy Brief*. No. RB-5065-WFHF/DLPF/RF. Santa Monica, Californie : RAND Corporation; D. E. Bloom, D. Canning et J. Sevilla. 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. RAND Population Matters Monograph Series. Santa Monica, Californie: RAND Corporation; R. Paes de Barros et al. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil." Ch. 11 de : *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, édité par N. Birdsall, A. C. Kelley et S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press; D. E. Bloom, D. Canning et J. Sevilla. 2002. *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*. Santa Monica, Californie: RAND Corporation; J. Seltzer. 2002. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, Californie: RAND Corporation; R. Cassen 1994. *Population et Développement: Old Debates, New Conclusions*. New Brunswick, New Jersey et Oxford: Transaction Publishers; et L. Lassonde, 1996. *Coping with Population Challenges*. Londres: Earthscan Publications.
- 6 Banque mondiale. Site Web du Suivi de la pauvreté mondiale (Global Poverty Monitoring) : www.worldbank.org/research/povmonitor/index.htm, consulté pour la dernière fois le 18 mai 2004.
- 7 Ce paragraphe et les suivants empruntent beaucoup à : *L'état de la population mondiale 2002 : Population, pauvreté et potentialités*. New York: UNFPA.
- 8 ONU. 2003. *L'épidémie du VIH/sida et ses implications sociales et économiques (UN/POP/MORT/2003/12)*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 9 National Research Council. 2001. *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 10 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.

CHAPITRE 3

- 1 ONU. 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*, paragraphe 3.14. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 2 G. Gardner, E. Assadourian et R. Sarin. 2004. "The State of Consumption Today." Ch. 1 de : *State of the World 2004*, par le Worldwatch Institute. 2004. New York: W. W. Norton.
- 3 OMS. 2002. *Rapport sur la santé dans le monde 2002: Réduire les risques, promouvoir une vie saine*, p. 51. Genève, OMS.
- 4 Gardner, Assadourian et Sarin 2004.
- 5 B. Knickerbocker, 22 janvier 2004. "If the Poor Get Richer, Does the World See Progress?" *The Christian Science Monitor*.
- 6 Gardner, Assadourian et Sarin 2004.
- 7 Ibid., p. 5.
- 8 M. MacDonald et D. Nierenberg. 2003. "Linking Population, Women, and Biodiversity", p. 42. Ch. 3 de : *State of the World 2003*, par le Worldwatch Institute. 2003. New York: W. W. Norton.
- 9 UNFPA. 2001. *L'état de la population mondiale 2001: Empreintes et jalons: Population et changement environnemental*, pp. 38-39 et les références ici citées; et D. Nierenberg, 2002. *Correcting Gender Myopia, Gender Equity, Women's Welfare, and the Environment*, pp. 29-35. Worldwatch Paper. No. 161. Washington, D.C.: Worldwatch Institute.
- 10 Nierenberg 2002.
- 11 M. Simpson-Hebert. 1995. "Water, Sanitation et Women's Health: The Health Burden of Carrying Water." *The Environmental Health Newsletter* 25. Genève: OMS. Cité dans : *Women, Men and Environmental Change: The Gender Dimension of Environmental Policies and Programs*, p. 4, par Justine Sass. 2002. *Emerging Policy Issues in Population, Health, and the Environment Series*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 12 Nierenberg. 2002, p. 45.
- 13 Women's Environment and Development Organization. 2003. *Common Ground: Women's Access to Natural Resources and the United Nations Millennium Development Goals*, p. 5. New York: Women's

Environment and Development Organization.

- 14 MacDonald et Nierenberg. 2003, p. 52; et "Final Conclusions: Meeting of Women Leaders on the Environment: 7-8 March 2002: Helsinki, Finland." Site Web: www.mtnforum.org/resources/library/mwlen02a.htm, consulté pour la dernière fois le 4 mai 2004.

CHAPITRE 4

- 1 ONU. 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*, chapitre 9, section B. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 2 Ibid., paragraphes 9.1 et 9.12.
- 3 Cette discussion et les suivantes doivent beaucoup aux travaux de Mark R. Montgomery et de ses collègues, notamment : M. R. Montgomery 2004. "Urbanization, Poverty and Health in the Developing World." Communication faite à la Division de population (ONU), New York, 8 avril 2004; et M. Montgomery et P. Hewett. 2004. "Urban Poverty et Health in Developing Countries: Household et Neighborhood Effects." Policy Research Division Working Papers. No. 184. New York: The Population Council.
- 4 Les évaluations actuelles sont empruntées à : ONU. 2004. "Executive Summary," *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 5 Voir: T. Dyson. 2003. "HIV/AIDS and Urbanization." *Population and Development Review* 29(3): 427-442.
- 6 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA. Un tel rapport sur les mesures récentes s'accorde avec la constatation de la Division de la population (ONU) que près des trois quarts des pays en développement ont mis en place des politiques, dont certaines adoptées plus anciennement, visant à réduire la migration vers les zones métropolitaines. (Voir : ONU 2004.)
- 7 Source: ONU. 2002. *Rapport sur la migration internationale 2002* (Numéro de vente: F.03.XIII.4). New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 8 Il est difficile d'évaluer le nombre des migrants, en raison du manque de données comparables. Si de nombreux pays conduisent régulièrement des recensements, la diffusion de l'information ainsi obtenue a été limitée ou lente, surtout dans le cas des pays en développement. Des considérations politiques influent parfois, dans certains pays, sur les statis-

- tiques relatives à la migration communiquées.
- 9 On entend par migrant à long terme une personne qui va s'établir dans un pays autre que celui de sa résidence habituelle pour une période d'au moins un an (12 mois), de sorte que le pays de destination devient effectivement son nouveau pays de résidence habituelle. Du point de vue du pays de départ, cette personne sera un émigrant à long terme et, du point de vue du pays d'arrivée, un immigrant à long terme. On entend par migrant à court terme une personne qui se rend dans un pays autre que celui de sa résidence habituelle pour une période supérieure à trois mois mais inférieure à un an (12 mois), sauf dans les cas où le déplacement dans ce pays répond à diverses intentions – passer des vacances, visiter des amis ou parents, exercer sa profession, suivre un traitement médical ou accomplir un pèlerinage religieux. Aux fins des statistiques de la migration internationale, le pays de résidence habituelle des migrants à court terme est considéré comme le pays de destination durant la période qu'ils y passent. (Voir: ONU. 1998. *Recommendations on Statistics of International Migration: Revision 1* [ST/ESA/STAT/SER.M/58/Rev.1]. Statistical Papers. Series M. No. 58. Rev. 1. New York: Division de statistique, Département des affaires économiques et sociales, ONU.). Selon le rapport à l'Assemblée générale du Haut Commissaire aux réfugiés du 20 août 2003 (Voir: ONU. 2003. *Report by the High Commissioner to the General Assembly on Strengthening the Capacity of the Office of the High Commissioner for Refugees to Carry Out Its Mandate* [A/AC.96/980]. New York: ONU.), s'il faut continuer d'établir une nette distinction entre la migration volontaire et la migration forcée, les problèmes des réfugiés et des demandeurs d'asile (qui sont des migrants forcés) devront être abordés dans le contexte plus large de la migration internationale.
- 10 Bien que référence soit ordinairement faite aux "pays", le mot "zones" se réfère ici tant aux pays (dans le cas de la migration internationale) qu'aux villes/villages à l'intérieur d'un pays donné (dans le cas de la migration interne).
- 11 Banque mondiale. 2003. *Global Development Finance 2003: Striving for Stability in Development Finance*. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 12 ONU 1995, paragraphe 10.2.
- 13 Ibid., paragraphes 10.3-10.8.
- 14 S. Ogata et A. Sen. 2003. "People on the Move." Ch. 3 de : *Human Security Now humaine: Rapport final de la Commission de la sécurité humaine*. New York: Commission de la sécurité humaine.
- 15 Dans sa résolution 54/212 datée du 22 décembre 1999, l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général de lui soumettre, à sa cinquante-sixième session, "... un rapport dans lequel il fera le point des enseignements tirés des diverses activités relatives aux migrations internationales et au développement qui ont été entreprises aux niveaux régional et inter-régional..." (Voir: ONU. 2000. *Résolution adoptée par l'Assemblée générale: 54/212: Migration internationale et développement* [A/RES/54/212]. New York: ONU.)
- 9 Ibid., p. xxiii.
- 10 Projet du Millénaire. 2004. "Rapport intérimaire de l'Équipe de travail 3 sur l'égalité des sexes." New York: Projet du Millénaire.
- 11 PNUD. 2003. *Millennium Development Goals: National Reports: A Look through a Gender Lens*, p. 22. New York: PNUD.
- 12 Projet du Millénaire 2004.
- 13 Secrétariat du Commonwealth. 1999-2004. *GMS Series of Reference Manuals on Gender Mainstreaming in Various Sectors and Development Issues for Policy Makers and Other Stakeholders*. Londres: Secrétariat du Commonwealth. Site Web: www.thecommonwealth.org/gender, consulté pour la dernière fois le 21 juin 2004.
- 7 (A/S-21/5/Add.1), paragraphe 58. New York: ONU.
- 8 Les données sur la fécondité totale et souhaitée dans les plus récentes enquêtes proviennent de: *Demographic and Health Surveys' StatCompiler*. Site Web: www.orcmacro.org, consulté le 8 mars 2004.
- 9 La dynamique de cette relation et l'impact correspondant sur le recours à l'avortement sont analysés dans: J. Bongaarts 1997. *Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World*. Policy Research Division Working Paper. No. 98. New York: The Population Council; et J. Bongaarts et C. F. Westoff. 2000. "The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion." *Studies in Family Planning* 31(3): 193-202.
- 10 S. Singh et al. 2004.
- 11 Les techniques modernes de contraception comprennent la stérilisation masculine et féminine, les contraceptifs oraux, les implants et injections et les méthodes à adjuvant (préservatifs masculins et féminins et diaphragmes). Les méthodes traditionnelles comprennent l'abstinence périodique, le retrait et l'aménorrhée liée à l'allaitement (allaitement naturel prolongé).
- 12 Si l'on ajoute ceux et celles qui utilisent des méthodes traditionnelles à ceux et celles qui ont un besoin non satisfait de méthodes modernes, non moins de 63 % des femmes et des couples d'Afrique subsaharienne ne satisfont pas leur désir de limiter ou d'espacer les naissances.
- 13 Cela peut comprendre l'absence de soutien aux méthodes temporaires d'espacement des naissances ou le manque de fourniture des produits correspondants, l'obligation de respecter les sensibilités culturelles (par exemple, le saignement en tant qu'effet secondaire là où règne le tabou du sang).
- 14 S. Rudy et al. 2003. "Improving Client-Provider Interaction." *Population Reports*. Série Q. No. 1. Baltimore, Maryland: The INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Site Web: <http://www.inforhealth.org/pr/q01/q01.pdf>, consulté pour la dernière fois le 27 avril 2004.
- 15 Voir le débat consacré aux services accueillants à la jeunesse dans: UNFPA. 2003. *L'état de la population mondiale 2003: Un milliard à ne pas oublier: Investir dans la santé et les droits des adolescents*. New York: UNFPA.
- 16 Calculé sur la base des données fournies par John Ross d'après l'enquête de 1999 sur l'efficacité des programmes de planification familiale (Family Planning Program Strength) (Voir: J. Ross et J. Stover. 2000. *Effort Indices for National Family Planning Programs: 1999 Cycle*. Measure Evaluation Working Paper. No. WP-00-20. Chapel Hill, Caroline du

CHAPITRE 5

- 1 ONU. 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), paragraphe 48. New York: ONU.
- 2 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.
- 3 Centre for Development and Population Activities. 2001. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington, D.C.: Centre for Development and Population Activities.
- 4 B. Barnett et al. 1996. *Case Study of the Women's Center of Jamaica Foundation Programme for Adolescent Mothers*. Research Triangle Park, Caroline du Nord: Women's Studies Project, Family Health International; H. Gayle, 2002. "Jamaican Fathers and their Sons: A Tracer Study of the Baby-fathers and Sons of Female Participants of the Women's Centre Foundation of Jamaica in Westmoreland and St. Catherine, with a Focus on Father-son Relationships and Reproductive Health." Report for the Youth.now Project. Kingston, Jamaïque: University of the West Indies et the Futures Group; et P. McNeil 1999. "Women's Centre: Jamaica: Preventing Second Adolescent Pregnancies by Supporting Young Mothers." FOCUS on Young Adults Project Highlights. Site Web: www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/ProjectHighlights/womenscentrejamaica.htm, consulté pour la dernière fois le 6 mai 2004.
- 5 Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP). 2002. *Salud y Empoderamiento para Las Mujeres del Medio Rural y Sus Familias*. IMIFAP Action-Research Summary. Mexico: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. Site Web: www.imifap.org.mx/espanol/resumenes/resumen13.pdf, consulté pour la dernière fois le 6 mai 2004; et S. Pick 2002. "Si Yo Estoy Bien, Mi Familia, Tambien" (Si je vais bien, ma famille aussi). Communication présentée au PsychoSocial Workshop, Atlanta, Géorgie, 7 mai 2002.
- 6 R. Boland. 2004. Base de données Population and Law. Résumé spécial communiqué sur demande.
- 7 UNFPA 2004, p. 26.
- 8 Ibid., p. xiii, Ch. 3, 4 et 9.

CHAPITRE 6

- 1 S. Singh et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Washington, D.C. et New York: The Alan Guttmacher Institute et UNFPA.
- 2 UNFPA. 2004a. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA; et OMS. 2003. *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (EB113/15 Add.1). Genève: OMS.
- 3 ONU. 2004. *Examen et évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : Rapport du Secrétaire général* (E/CN.9/2004/3). New York: ONU.
- 4 Au Bangladesh, la prévalence dans l'ensemble augmenté de 1,8 point de pourcentage, mais trois quintiles — et surtout le quintile le plus pauvre — ont enregistré une diminution des désirs satisfaits par l'utilisation des méthodes modernes.
- 5 On trouvera des détails sur les calculs et une longue discussion de la fiabilité, de la validité et des implications du concept dans: J. B. Casterline et S. W. Sinding. 2000. "Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy." *Population and Development Review* 26(4): 691-723.
- 6 ONU. 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*, paragraphe 7.16. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 7 ONU. 1999. *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*

- Nord: Carolina Population Center, University of North Carolina. Voir aussi: J. Ross, J. Stover et A. Willard. 1999. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, Ch. 5. Glastonbury, Connecticut: The Futures Group International.). Cette enquête a été conduite périodiquement depuis 1982. Une mise à jour est prévue pour la fin de 2004. Les données relatives aux femmes célibataires qui n'ont pas accès aux contraceptifs sont moins généralement disponibles, mais ajouteraient à cette évaluation des chiffres non négligeables.
- 17 J. Bongaarts et S. C. Watkins (1996). "Social Interactions et Contemporary Fertility Transitions. *Population and Development Review* 22(4): 639-682; et T. W. Merrick 2002. "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy." *International Family Planning Perspectives* 28(1): 41-46.
- 18 Merrick 2002.
- 19 Le terme désigne ici ceux qui utilisent une méthode quand ils souhaitent éviter une grossesse. Des définitions plus complètes tiennent compte du fait que les utilisateurs ont ou non accès à un éventail de choix et ont choisi une méthode correspondant à leurs désirs (voir: Sinding et Casterline 2000; A. K. Jain. 2001. "Family Planning Programs: Quality of Care." Dans: *The International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, édité par N. J. Smelser et P. B. Baltes. 2001. Amsterdam: Elsevier; et S. RamaRao et R. Mohanam. 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248). On trouvera une importante contribution historique, centrée sur la réalisation des intentions, dans: A. Jain et J. Bruce. 1994. "A Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs." Pp. 192-208 dans: *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment et Rights*, édité par G. Sen, A. Germain et L. Chen. 1994. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- 20 T. Merrick. 2004. "Maternal-Newborn Health and Poverty." Texte provisoire. Washington, D.C.: Banque mondiale. Cité dans: UNFPA 2004a.
- 21 UNFPA 2004a.
- 22 OMS. 1998. *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery (WHO/FRH/FPP/98.19)*. Genève: Planification familiale et population, Appui technique à la santé en matière de reproduction, Famille et santé en matière de reproduction. OMS.
- 23 OMS. s.d. "Sexually Transmitted Infections: A Persistent Public Health Burden." Genève: Département de la santé et de la recherche en matière de reproduction, OMS.
- 24 OMS 2003.
- 25 OMS s.d.
- 26 UNFPA. 2004b. "Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission", p. 16. Texte provisoire. New York: Service de la santé en matière de reproduction, Division de l'appui technique, UNFPA.
- 27 ONU 1995, paragraphe 7.32.
- 28 OMS s.d.
- 29 C. Coggins et A. Heimbürger. 2002. "Sexual Risk, Sexually Transmitted Infections, and Contraceptive Options: Empowering Women in Mexico with Information and Choice", pp. 274-275. Ch. 15 de: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health et Family Planning*, édité par N. Haberland et D. Measham. 2002. New York: The Population Council.
- 30 PMS s.d.
- 31 OMS 2003.
- 32 UNFPA 2004b, pp. 25-26.
- 33 Ibid., pp. 26-27.
- 34 UNFPA 2004a, p. 37.
- 35 Ibid.
- 36 Banque mondiale. 2004. *Rapport sur le développement dans le monde 2004*, pp. 1-5. New York: Oxford University Press.
- 37 J. Bruce. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- 38 C. Huezio et S. Diaz. 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- 39 John Snow, Inc. 2000. *Mainstreaming Quality Improvement in Family Planning and Reproductive Health Service Delivery: Context and Case Studies*. Arlington, Virginia: Family Planning Expansion and Technical Support (SEATS II) Project, John Snow, Inc.; P. Lynam, L. M. Rabinowitz et M. Shobowale. 1993. "Using Self-Assessment to Improve the Quality of Family Planning Clinic Services." *Studies in Family Planning* 24(4): 252-260; et K. Hardee et B. Gould. 1993. "A Process for Service Quality Improvement in Family Planning." *International Family Planning Perspectives* 19(4): 147-152.
- 40 K. Hardee. À paraître. "The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala." Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group et the POLICY Project.
- 41 B. Mensch, M. Arends-Kuenning et A. Jain. 1996. "The Impact of the Quality of Family Planning Services on Contraceptive Use in Peru." *Studies in Family Planning* 27(2): 59-75.
- 42 T. A. Mroz et al. 1999. "Quality, Accessibility, and Contraceptive Use in Rural Tanzania." *Demography* 36(1): 23-40.
- 43 S. Pariani, D. M. Heer et M. D. Van Arsdol, Jr. 1991. "Does Choice Make a Difference to Contraceptive Use: Evidence from East Java." *Studies in Family Planning* 22(6): 384-390.
- 44 N. Cotton et al. 1992. "Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and the Gambia." *International Family Planning Perspectives* 18(4): 145-149.
- 45 On a défini la qualité des soins comme suit par référence à l'attitude du travailleur de terrain: il est souvent ou toujours prêt à répondre aux questions d'un(e) client(e), reconnaît son besoin de voir respecter sa vie privée, lui apparaît comme capable de l'aider à résoudre ses problèmes, est sympathique aux besoins exprimés, fournit suffisamment d'informations, a passé 10 minutes au moins avec le/la client(e) au cours de la dernière visite et offre un choix de méthodes.
- 46 M. Koenig. 2003. *The Impact of Quality of Care On Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh*. Baltimore, Maryland: Department of Population and Family Health Sciences, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University.
- 47 S. Rudy et al. 2003.
- 48 John Snow, Inc. 2000; M. T. Nguyen et al. 1998. "Improving Quality and Use of Family Planning in Three Sites in Vietnam." Communication présentée à la réunion annuelle de l'American Public Health Association, Washington, D.C., 15-19 novembre 1998; J. Bradley et al. 1998. *Quality of Care in Family Planning Services: An Assessment of Change in Tanzania 1995/6 to 1996/7*. New York: AVSC International. Toutes ces sources sont citées dans: D. RamaRao et R. Mohanam. 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- 49 RamaRao et Mohanam 2003.
- 50 S. R. Schuler, L. M. Bates et M. D. K. Islam. 2002. "Paying for Reproductive Health Services in Bangladesh: Intersections between Cost, Quality and Culture." *Health Policy and Planning* 17(3): 273-280.
- 51 UNFPA. 2004c. "Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2002." Texte provisoire. New York: UNFPA.
- 52 Le coût moyen des contraceptifs par utilisateur a été établi à 1,52 dollar par an. Il est admis que la non-disponibilité des contraceptifs aurait un effet négatif sur la santé des femmes en matière de reproduction, même là où les autres services de santé en matière de reproduction sont disponibles. Pour évaluer les conséquences, nous avons utilisé les formules appliquées dans: UNFPA. 1997. *Meeting the Goals of the ICPD: Consequences of Resource Shortfalls up to the Year 2000: Report of the Executive Director (DP/FPA/1997/12)*. New York: UNFPA.
- 53 UNFPA. 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply: Global Strategy for Reproductive Health Commodity Security*, Chapitre 1. New York: UNFPA.
- 54 Voir: UNFPA. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change: A Global Call to Action*. New York: UNFPA. Site Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, consulté pour la dernière fois le 17 juin 2004.
- 55 OMS et UNFPA. 2002. "Essential Drugs and Other Commodities for Reproductive Health Services." Texte provisoire. Genève et New York: OMS et UNFPA.
- 56 ONU. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU); et ONU. 2002. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU).
- 57 A. Malhotra et R. Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 58 M. E. Greene et A. E. Biddlecom. 2000. "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles." *Population and Development Review* 26(1): 81-115.
- 59 A. C. Ezeh, M. Seroussi et H. Raggars. 1996. *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies. No. 18. Calverton, Maryland: Macro International.
- 60 Parmi les recherches étudiant ce thème, il faut citer: K. O. Mason et A. M. Taj. 1987. "Differences Between Women's and Men's Reproductive Goals in Developing Countries." *Population and Development Review* 13(4): 611-638; et L. C. Coombs et M. C. Chang. 1981. "Do Husbands and Wives Agree: Fertility Attitudes and Later Behaviour." *Population and Environment* 4(2): 109-127.
- 61 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- 62 Ibid.

- 63 On trouvera des exemples de cette orientation dans des programmes et des recherches conçus en fonction d'un contexte, en Amérique latine (E. Loazia, 1998. « Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience ». Communication préparée pour le séminaire « Men, Family Formation and Reproduction », organisé par le Committee on Gender and Population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population [UIESP] et le Centro de Estudios de Poblacion [CENEP], Buenos Aires, Argentine, 13-15 mai 1998. Liège, Belgique: UIESP) et au Ghana (P. Lamptey et al. 1978. « An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana. » *Studies in Family Planning* 9(8): 222-226.)
- 64 A. M. Basu. 1996. « Women's Education, Marriage and Fertility: Do Men Really Not Matter? » Population and Development Program Working Paper Series. No. 96.03. Ithaca, New York: Cornell University; T. H. Hull. 1999. « Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action? » Communication présentée au Psychosocial Workshop, New York, New York, 23-24 mars 1999; et S. Hawkes. 1998. « Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh. » *Sexual Health Exchange* 3: 14-15.
- 65 V. White, M. Greene et E. Murphy. 2003. « Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms. » Washington, D. C. : The Synergy Project. Disponible à: www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf, consulté le 5 mars 2004.
- 66 K. Rivers et P. Aggleton. 2001. *Working with Young Men to Promote Sexual and Reproductive Health*. Londres: Safe Passages to Adulthood, Université de Londres.
- 67 M. Brady et A. B. Khan. 2002. *Letting the Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: The Population Council.
- 68 Voir: Estudos e Comunicao em Sexualidade e Reproducao Humana (ECOS). Site Web: www.ecos.org.br/, consulté le 3 mars 2004.
- fourchette qui va de 30 à 50 s'explique par les difficultés de définir et mesurer la morbidité maternelle. Il est courant que l'affection ne soit pas signalée dans tous les cas, soit mal classée ou non reconnue en raison des facteurs sociaux et culturels, de son caractère et des ressources disponibles pour l'évaluer.
- 4 ONU. 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*, paragraphe 8.22. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 5 L. Freedman et al. 2004. « Rapport intérimaire de l'Équipe de travail 4 sur la santé infantile et la santé maternelle », p. 54. New York: Projet du Millénaire.
- 6 J. Liljestrand. 2000. « Strategies to Reduce Maternal Mortality Worldwide. » *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12(6): 513-517.
- 7 A. Starrs. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*, p. 9. New York: Family Care International.
- 8 Liljestrand. 2000.
- 9 UNFPA. 2004a. *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*. Brochure. New York: UNFPA.
- 10 ONU. 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)*, paragraphes 62 a) et 62 b). New York: ONU.
- 11 ONU. 2004. *Examen et évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement: Rapport du Secrétaire général (E/CN.9/2004/3)*. New York: ONU.
- 12 OMS. 2003a. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10^e rév.* Genève: OMS.
- 13 D. Maine et T. McGinn. 1999. « Maternal Mortality and Morbidity. » Ch. 31 de: *Women and Health*, édité par M. Goldman et M. Hatch. 1999. San Diego, Californie: Academic Press.
- 14 OMS, UNICEF et UNFPA 2003.
- 15 W. Graham et al. 2004. « The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty. » *The Lancet* 363(9402): 23-27.
- 16 A. E. Kunst et T. Houweling, « A Global Picture of Poor-rich Differences in the Utilisation of Delivery Care. » Pp. 297-315 de: *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, par V. De Brouwere et W. Van Lerberghe. 2001. Studies in Health Services Organisation and Policy Series. No 17. Anvers: ITG Press.
- 17 OMS. 2004. Communication personnelle concernant les publications à paraître.
- 18 Maine et McGinn 1999.
- 19 J. Fortney et J. 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.
- 20 F. Donnay et L. Weil. 2004. « Obstetric Fistula: The International Response. » *The Lancet* 363(9402): 71-72.
- 21 J. Gay et al. 2003. *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Module 1: Safe Motherhood*. Washington, D.C.: The POLICY Project.
- 22 *Saving Mother's Lives: What Works: Field Guide for Implementing Best Practices in Safe Motherhood*. 2002. Washington, D.C.: The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India.
- 23 Global Health Council. 2002. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington, D.C.: Global Health Council.
- 24 OMS, UNICEF et UNFPA 2003.
- 25 Ibid.
- 26 J. Fortney et J. Smith. 1997. « Measuring Maternal Morbidity. » Pp. 43-50 de: *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, édité par M. Berer et T. K. S. Ravindran. 1999. Oxford, Royaume-Uni: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.
- 27 UNFPA. 2004b. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*, p. 46. New York: UNFPA.
- 28 I. Pathmanathan et al. 2003. *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Human Development Network. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington D.C.: Banque mondiale.
- 29 Ibid.
- 30 UNFPA 2004b, p. 45.
- 31 Matériels fournis par la Division de l'Amérique latine et des Caraïbes, de l'UNFPA.
- 32 OMS et UNICEF. 2003. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities : An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001*. Genève et New York: OMS et UNICEF.
- 33 J. Liljestrand. 1999. « Commentary: Reducing Perinatal and Maternal Mortality in the World: The Major Challenges. » *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106(9): 877-880.
- 34 UNFPA 2004b, p. 46.
- 35 W. Graham, J. S. Bell et H. W. Bullough. 2001. « Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries? » Pp. 97-129 de: *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, par V. De Brouwere et W. Van Lerberghe. 2001. Studies in Health Services Organisation and Policy Series. No 17. Anvers: ITG Press.
- 36 Comme les pays appliquent des définitions différentes concernant la formation et l'homologation des sages-femmes, il est difficile d'interpréter les données relatives à l'effet d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement.
- 37 OMS, UNFPA, UNICEF et Banque mondiale. 1999. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint OMS/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Genève: OMS.
- 38 F. G. Cunningham et al. 1993. *Williams Obstetrics*, 19^e édition. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange. Cité dans: « Background Paper of the Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health », par L. Freedman et al. 2003. New York: Projet du Millénaire.
- 39 Graham, Bell et Bullough. 2001.
- 40 UNFPA 2004b, p. 45.
- 41 UNICEF, OMS et UNFPA. 1997. *Guidelines for Monitoring and Availability and Use of Obstetric Services*. New York: UNICEF.
- 42 Averting Maternal Death and Disability (AMDD). 2003. *AMDD Notebook*, p. 7. No. 8. New York: Averting Maternal Death and Disability, Mailman School of Public Health, Université Columbia.
- 43 UNFPA 2004b, p. 46.
- 44 UNFPA 2004a.
- 45 A. Cholih, M. B. Iskandar et R. Sciortino. 1998. *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Jakarta, Indonésie: Ministère d'État du rôle des femmes et Fondation Ford.
- 46 A. B. Lalonde et al. 2003. « Averting Maternal Death and Disability: The FIGO Save the Mothers Initiative: The Uganda-Canada Collaboration. » *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80(2): 204-212.
- 47 OMS. 2003b.
- 48 UNICEF, OMS et UNFPA 1997.
- 49 ONU 1995, paragraphe 8.25.
- 50 Voir: K. Hardee et al. A paraître. *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS*

CHAPITRE 7

- 1 Save the Children. 2001. *Behind Every Healthy Child is a Healthy Mother*. Rapport du Symposium on the Linkages Between Maternal Health, Family Planning, and Child Survival. Washington, D.C., 24 juillet 2001. Site Web: www.savethechildren.org/publications/reproductive_health.pdf, consulté pour la dernière fois le 7 mai 2004.
- 2 OMS, UNICEF et UNFPA. 2003. *Mortalité maternelle en 2000: Évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA*. Genève: OMS.
- 3 Safe Motherhood Initiative. 2003. Site Web: <http://www.safemotherhood.org>, consulté le 22 février 2004. La large

- Interventions: Module 2: Postabortion Care.* Washington, D.C. et Baltimore, Maryland: POLICY Project, the Futures Group; FRONTIERS Program, the Population Council; et INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- 51 "Appendix E: Postabortion Care in Kenya: Case Study," p. 12 de: *Global Evaluation of USAID's Postabortion Care Program*, par L Cobb et al. 2001. Washington, D.C.: Poptech.
- 52 Postabortion Care Consortium Community Task Force. 2002. "Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model." *PAC in Action*, No. 2. Supplément spécial.
- 53 D. Billings, J. Fuentes Velásquez et R. Pérez-Cuevas. 2003. "Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care in Public Hospitals in Mexico City." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 112-120; B. Johnson et al. 2002. "Reducing Unplanned Pregnancy et Abortion in Zimbabwe through Postabortion Contraception." *Studies in Family Planning* 33(2): 195-202; R. Medina et al. 2001. *Expansion of Postpartum/Postabortion Contraception in Honduras.* FRONTIERS Program Final Report. Washington, D.C.: The Population Council; et V. Lema et V. Mpanga. 2000. "Post-abortion Contraceptive Acceptability in Blantyre, Malawi." *East African Medical Journal* 77(9): 488-493.
- 54 D. Huntington et L. Nawar. 2003. "Moving from Research to Program: The Egyptian Postabortion Care Initiative." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 121-125.
- 55 A. Megied et A. Hassan. 2003. "Decentralization of Post-abortion Care to District Hospitals and Rural Health Units." Communication présentée au 17^e Congrès mondial de gynécologie et d'obstétrique de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Santiago, Chili, 2-7 novembre 2003.
- 56 T. T. Htay, J. Sauvarin et S. Khan. 2003. "Integration of Post-Abortion Care: The Role of Township Medical Officers and Midwives in Myanmar." *Reproductive Health Matters* 11(21): 27-36.
- 57 H. Gebreselassie et T. Fetters. 2002. *Responding to Unsafe Abortion in Ethiopia: A Facility-based Assessment of Postabortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Ethiopia.* Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas.
- 58 J. Solo et al. 1998. "Creating Linkages Between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya: What Works Best." Operations Research Technical Assistance Africa Project II. Communication présentée à la réunion mondiale sur le thème Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research. New York: The Population Council.
- 59 The Population Council. 2000. *Meeting Women's Health Care Needs After Abortion.* Frontiers in Reproductive Health Program Brief. No. 1. Washington, D.C.: Frontiers in Reproductive Health, the Population Council.
- 60 S. Settergren et al. 1999. *Community Perspectives on Unsafe Abortion et Postabortion Care: Bulawayo and Hwange Districts, Zimbabwe.* Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International.
- 61 Voir: J. Gay et al., 2003.
- 62 R. Castro et al. 2000. "A Study of Maternal Mortality in Mexico Through a Qualitative Approach." *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 9(6): 679-690.
- 63 G. Seone, V. Kaune et V. Cordova. 1996. *Diagnostico: Barreras y Viabilizadores en la Atencion de Complicaciones Obstetricas y Neonatales.* La Paz, Bolivie: MotherCare Bolivia, John Snow, Inc. et Marketing S.R.C.
- 64 E. Kempe et al. 1994. *The Quality of Maternal et Neonatal Services in Yemen: Seen Through Women's Eyes.* Stockholm: Save the Children Sweden.
- 65 UNFPA 2004b, p. 46.
- 66 JHPIEGO, Save the Children et Family Care International. 2003. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies.* Baltimore, Maryland: Maternal and Neonatal Health Project, JHPIEGO; et J. Gay et al., 2003.
- 67 J. Mercer. 2000. "Family-Centered Maternity Care in Moldova." Dans: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, édité par S. Jessop et al. Arlington, Virginie: John Snow International.
- 68 P. Glatleider, P. Paluzzi et C. Conroy. 2000. "Changing the Way Maternity Care Is Delivered in the Ukraine." Dans: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Project, 1993-2000*, édité par S. Jessop et al. Arlington, Virginie: John Snow International.
- 69 MotherCare/SEATS. 2000. "MotherCare/SEATS, JSI Collaborative Project in Novosibirsk and Primorsky Krai, Russia". Dans: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, édité par S. Jessop et al. Arlington, Virginie: John Snow International.
- 70 L. Campero et al. 1998. "Alone I Wouldn't Have Known What To Do: A Qualitative Study on Social Support During Labor and Delivery in Mexico." *Social Science and Medicine* 47(3): 395-403; et A. Langer et al. 1993. "The Latin American Trial of Psychosocial Support During Pregnancy: A Social Intervention Evaluated Through an Experimental Design." *Social Science and Medicine* 36(4): 495-507.
- 71 M. W. Carter. 2002. "Because He Loves Me': Husbands' Involvement in Maternal Health in Rural Guatemala." *Culture, Health, and Sexuality* 4(3): 259-279
- 72 N. Abdel-Tawab et al. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" Ch. 10 de: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, édité par N. Haberland et D. Measham. 2002. New York: The Population Council.
- 73 Program for Appropriate Technology in Health. 2002. "Men and Reproductive Health Programme Examples: India: Nandesari." Site web The Reproductive Health Outlook: www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm#india-nandesari, consulté pour la dernière fois le 3 mai 2004; et S. Raju et A. Leonard. 2000. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, pp. 46-47, 52. New Delhi: South and East Asia Regional Office, the Population Council.
- 74 UNFPA. 2003. *Maternal Mortality Update 2002: A Focus on Emergency Obstetric Care*, pp. 17-34. New York: UNFPA.
- 75 UNFPA 2004a.
- 76 UNFPA 2004b, p. 46; et UNFPA 2004a.
- getfile.cfm&PageID=14225, consulté pour la dernière fois le 30 juin 2004.
- 9 Ibid.
- 10 Askew et Berer 2003, p. 57.
- 11 Voir le numéro spécial de juin 2002 sur l'intégration: *International Family Planning Perspectives* 28(2).
- 12 L. A. Richey. 2003. "HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions", p. 31. *Reproductive Health Matters* 11(22): 30-35.
- 13 Fédération internationale pour la planification familiale, Région de l'hémisphère occidental. 2000. *Opening Windows to Gender: A Case Study of a Major International Population Agency.* IPPF/WHO Working Paper. No. 1. Londres: Fédération internationale pour la planification familiale, Région de l'hémisphère occidental; J. Becker et E. Leitman. 1997. "Introducing Sexuality within Family Planning: Three Positive Experiences from Latin America and the Caribbean." *Quality/Calidad/Qualité*. No. 8. New York: The Population Council; et K. Hardee. 2004. "The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala." Texte provisoire. Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group and the POLICY Project, the Futures Group.
- 14 H. N. Banda, S. Bradley et K. Hardee. 2004. *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients et HIV-Positive Women.* Rapport final. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group, et le Support for Analysis et Research (SARA) Project; et W. Gichuhi et S. Bradley. 2004. *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Kenya: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women.* Rapport final. Washington, D.C.: The Futures Group, POLICY Project and SARA Project, Academy for Educational Development.
- 15 R. B. Rothenberg et al. 2000. "The Effect of Treating Sexually Transmitted Diseases on the Transmission of HIV in Dually Infected Persons: A Clinic-based Estimate: Ad Hoc STD/HIV Transmission Group." *Sexually Transmitted Diseases* 27(7): 411-416. Cité dans: Askew et Berer 2003.
- 16 H. Grosskurth et al. 1995. "Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomised Controlled Trial." *The Lancet*. 346(8974): 530-536.
- 17 N. L. Sloan et al. 2000. "Screening et Syndromic Approaches to Identify Gonorrhoea and Chlamydial Infection Among Women." *Studies in Family Planning* 31(1): 55-68.

CHAPITRE 8

- 18 L. Lush, G. Walt et J. Ogden. 2003. "Transferring Policies for Treating Sexually Transmitted Infections: What's Wrong with Global Guidelines?" *Health Policy and Planning* 18(1): 18-30.
- 19 Askew et Berer 2003, pp. 53-54.
- 20 R. H. Gray. 2003. "Guest Commentary: Contraception et HIV Acquisition in Rakai, Uganda." *The Pop Reporter* 3(7). Baltimore, Maryland: INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- 21 N. Chaya, K-H. Amen et M. Fox. 2002. *Condoms Count: Meeting the Need in the Era of HIV/AIDS: The PAI Report Card 2002*. Washington, D.C.: Population Action International.
- 22 OMS. 2002. *WHO Information Update regarding Reuse of the Female Condom*. Genève: OMS. Site Web: www.OMS.int/reproductive-health/rtis/reuse.en.html, consulté le 20 février 2004.
- 23 K. Rivers et al. 1998. "Gender Relations, Sexual Communication and the Female Condom." *Critical Public Health* 8(4): 273-290. Cité dans: "Programming for the Female Condom: Why is the Jury Still Out", par T. Hatzell. 2001. Communication présentée au forum sur le thème Technical Update on the Female Condom, Washington, D.C., 18 décembre 2001.
- 24 W. R. Finger. 2000. "Zimbabwe Project Promotes Female Condom Use." *Network* 20(2): 20.
- 25 C. Camlin et C. Chimbwete. 2003. "Does Knowing Someone with AIDS Affect Condom Use: An Analysis from South Africa." *AIDS Education and Prevention* 15(3): 231-244.
- 26 M. Brady. 2003. "Preventing Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy, and Safeguarding Fertility: Triple Protection Needs of Young Women", p. 137. *Reproductive Health Matters* 11(22): 134-141.
- 27 The Microbicide Initiative. 2002. *Mobilization for Microbicides: The Decision Decade*. New York: Fondation Rockefeller. Cité dans: Chaya, Amen et Fox 2002.
- 28 Fédération internationale pour la planification familiale, Bureau régional de l'Asie du Sud, et UNFPA. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. Londres et New York: Fédération internationale pour la planification familiale, Bureau régional de l'Asie du Sud.
- 29 "The Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children: 3-5 May 2004." Genève: OMS.
- 30 OMS et ONUSIDA. 2003. *Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The OMS Strategy*. Genève: OMS et ONUSIDA.
- 31 Ibid., p. 31.
- 32 Banda, Bradley et Hardee 2004.
- 33 E. Pisani et al. 2003. "Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure." *British Medical Journal* 326(7403):1384-1387.
- 34 Banda, Bradley et Hardee 2004.
- 35 Askew et Berer 2003, p. 55.
- 36 Bureau de la santé, Ministère de la santé et de la prévention, Gouvernement du Sénégal. 2002. *Mapping Integration of FP/MCH and STI/HIV/AIDS Services in Senegal's Kaolack Region*, p. 40. Arlington, Virginie: Advance Africa.
- 37 K. Hardee et J. Smith. 2000. "Increasing Returns on Reproductive Health Services in the Era of Health Sector Reform." POLICY Occasional Paper. No. 5. Washington D.C.: The Futures Group International.
- 38 M. Berer. 2003. "HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related", p. 9. *Reproductive Health Matters* 11(22): 6-11.
- 39 A. Scillia. Septembre-Octobre 2001. "Senegal: Ray of Hope as Transmission Rates Slow." *The Courier ACP-EU*, pp. 16-17; et Bureau de la coordination des affaires humanitaires (ONU), s.d. "Senegal: Country Profile." *IRIN PlusNews*. Site Web: www.irinnews.org/AIDS/senegal.asp, consulté le 23 février 2004.
- 40 M. Chase. 25 février 2004. "Saying No to 'Sugar Daddies': Can a Financial Prophylactic Shield Girls From Liaisons That Spread AIDS in Africa?" *The Wall Street Journal*, pp. B1-2.
- 41 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, p. 128. New York: UNFPA.
- 42 Ibid., p. 130.
- 4 ONU. 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)*, paragraphe 70. New York: ONU.
- 5 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, p. 60. New York: UNFPA.
- 6 UNFPA. 9 mai 2003. "UNFPA Global Population Policy Update", Numéro 3. New York: UNFPA; et UNFPA. 21 avril 2003. "UNFPA Global Population Policy Update", Numéro 1. New York: UNFPA
- 7 UNFPA. 5 avril 2004. "UNFPA Global Population Policy Update", Numéro 5. New York: UNFPA; et UNFPA. 18 juillet 2004. "UNFPA Global Population Policy Update", Numéro 6. New York: UNFPA
- 8 UNFPA. 2003a. "UNFPA and Young People: Imagine." New York: UNFPA.
- 9 Ibid.
- 10 UNFPA. 2003b. "Fast Facts on Adolescents and Youth." Site Web: www.unfpa.org/adolescents/facts.htm, consulté pour la dernière fois le 16 février 2004.
- 11 ONU. 2004. *Examen et évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement: Rapport du Secrétaire général (E/CN.9/2004/3)*. New York: ONU.
- 12 ONU. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 13 ONU 2004.
- 14 UNESCO. 2002. *EFA Global Monitoring Report 2002: Education for All: Is the World on Track?* Paris: UNESCO. Site Web: www.unesco.org, consulté pour la dernière fois le 2 février 2004.
- 15 ONU 2004.
- 16 ONU 1995, paragraphe 7.46.
- 17 R. Curtain. 2003. "The Case for Investing More in Young People as an Integral part of a Poverty Eradication Strategy." Étude non publiée. Melbourne, Australie: Curtain Consulting.
- 18 A Mother's Promise. s.d. "Keeping Young People Healthy." Fiche récapitulative. Washington, D.C.: A Mother's Promise. Site Web: www.pppa.org/promise/learn_more.asp, consulté pour la dernière fois le 13 mai 2004.
- 19 UNFPA. 2003c. *L'état de la population mondiale 2003: Un milliard à ne pas oublier: Investir dans la santé et les droits des adolescents*. New York: UNFPA.
- 20 UNFPA 2003a.
- 21 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italie: UNICEF. Centre de recherche Innocenti. Site Web: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf, consulté pour la dernière fois le 29 juin 2004.
- 22 Ibid.
- 23 ONU 2004.
- 24 ONU. 2002. *World Population Monitoring 2002 : Reproductive Rights and Reproductive Health : Selected Aspects (ESA/P/WP.717)*. New York: ONU.
- 25 UNFPA 2003a.
- 26 N. Haberland et D. Measham (éd.). 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: The Population Council
- 27 UNFPA 2003a.
- 28 UNFPA. 20 avril 2004. "Youth Leaders Advise UNFPA on their Generation's Rights and Needs." Communiqué de presse. New York: UNFPA.
- 29 Price 2004.

CHAPITRE 10

- 1 OMS, UNFPA et HCR. 1999. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Genève: HCR.
- 2 Après le décès de leur mère, les enfants survivants sont de trois à dix fois plus exposés à mourir dans les deux années qui suivent que les enfants qui vivent avec leurs deux parents. Voir: UNICEF. 2001. *La situation des enfants dans le monde 2001*. New York: UNICEF.
- 3 S. Krause et al. 2001. *Assessment of Reproductive Health for Refugees in Zambia*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.
- 4 ONUSIDA et OMS. 2003. *Le point sur l'épidémie de sida: décembre 2003*. Genève: ONUSIDA.
- 5 PROFAMILIA. 2001. "Sexual and Reproductive Health in Under-served Conditions: A Survey of the Situation of Displaced Women in Colombia." Bogotá, Colombie: PROFAMILIA.
- 6 E. Rehn et E. Johnson Sirlleaf. 2002. *Women, War et Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-building: Progress of the World's Women 2002*, vol.2. New York: UNIFEM.
- 7 UNFPA. 2001. *Population Issues Briefing Kit 2001*, p. 17. New York: UNFPA.

CHAPITRE 11

- 1 On trouvera le texte de la Déclaration d'intention à : www.unfpa.org/ipci/index.htm.
- 2 Voir le site web : www.south-south-ppd.org/, consulté le 4 juin 2004.
- 3 Agenda 21, issu de la Conférence sur l'environnement et le développement organisée par l'ONU en 1992, avait inclus certains coûts nominaux, mais les gouvernements n'ont pu se mettre d'accord à leur sujet et ces coûts ont été présentés comme provisoires.
- 4 ONU. 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*, paragraphes 13.14-13.16. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 5 Cette évaluation n'a pas dûment pris en considération les fournitures afférentes à la planification familiale (et à certains autres aspects de la santé en matière de reproduction), ni leurs coûts de livraison. Ces coûts et d'autres composantes de l'infrastructure de la santé en matière de reproduction ont été inclus dans un total portant sur l'infrastructure de la prestation des services.
- 6 On trouvera un rapport sur la méthodologie dans: B. Schwartlander et al. 2001. "Resource Needs for HIV/AIDS." *Science* 292(5526): 2434-2436. Voir aussi: J. Stover et al. 2002. "Can We Reverse the HIV/AIDS Pandemic with an Expanded Response?" *The Lancet* 360(9326): 73-77.
- 7 Le montant estimatif du coût de diverses composantes (médiats, programmes d'éducation et préservatifs supplémentaires pour la prévention du VIH/sida) a été de 1,7 milliard de dollars; soit environ 200 millions de dollars de plus que la CIPD ne l'avait prévu en 1994.
- 8 Une consultation technique sur l'intégration de la programmation de la santé en matière de reproduction et du VIH/sida s'est tenue en mai 2004 au siège de l'UNFPA. Un rapport sur la réunion et les documents d'information y relatifs pourra être consulté au site web : www.unfpa.org.
- 9 De nouveaux programmes verticaux peuvent aussi détourner des ressources et un personnel qualifié des activités en cours du système de santé. Il est facile de trouver des indices anecdotiques de l'impact négatif du fait que d'importants flux de ressources sont affectés au VIH/sida. Les études sérieuses sur les impacts des politiques et programmes n'en sont qu'à leur premier pas.
- 10 Le financement pour l'ensemble d'un secteur et la programmation intégrée, qui deviennent plus fréquents, rendent difficile de déterminer avec précision à quelles activités vont les flux de ressources. Il est difficile par nature d'évaluer quelle proportion d'une allocation à buts multiples va à tel ou tel type d'activités. Les données montrent que le soutien à la planification familiale a reçu une part de moins en moins importante du montant total des allocations. (Voir ONU. 2004. *Flux de ressources financières devant concourir à l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement: examen décennal: Rapport du Secrétaire général* (E/CN.9/2004/4). New York: ONU.
- 11 Il faut aussi faire preuve de prudence en interprétant le montant élevé des dépenses que certains pays signalent avoir engagées, même dans le cas de ceux qui présentent un rapport. Les évaluations relatives à la prestation de services conformes au Programme d'action ont été faites pour les interventions au niveau des soins de santé primaires et, en ce qui concerne le VIH/sida, seulement pour certaines activités de prévention. Les rapports sur les dépenses nationales suivent les catégories fonctionnelles de l'ensemble des services de base dont le prix est fixé à l'avance, mais la fourniture de services de niveau plus élevé (notamment les soins hospitaliers et les soins de moindre spécialisation dispensés dans des établissements médicaux plus coûteux) est fréquemment incluse. Depuis 1999, les rapports sur le VIH/sida émanant tant des donateurs que des pays ne se limitent pas aux activités de prévention spécifiées par la CIPD.
- 12 Le projet est dirigé par Jeffrey Sachs, Conseiller spécial du Secrétaire général, et par Mark Malloch Brown, Administrateur du Programme des Nations Unies pour le développement, et bénéficie du soutien d'équipes de travail composées d'experts internationaux. Ces experts analysent les interventions prioritaires destinées à accélérer les progrès et s'efforcent de garantir que les stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays en développement donnent priorité à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. On trouvera des détails à : www.unmillenniumproject.org.
- 13 Les rapports intérimaires des équipes de travail sur la mortalité infantile et maternelle et sur l'enseignement primaire et l'égalité entre les sexes entérinent l'un et l'autre l'accès universel aux services de santé en matière de reproduction (l'un des objectifs de la CIPD), qu'ils présentent comme essentiel à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (ces rapports peuvent être consultés au site Web du projet, voir note précédente).
- 14 Quelques pays, surtout des pays nordiques, ont atteint ce niveau de soutien. Par contre, les États-Unis sont, parmi les principaux pays donateurs, celui qui en fournit la plus faible part si l'on mesure celle-ci par rapport au PIB.

Sources des encadrés

CHAPITRE 1

- 1 UNFPA. 2004. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. New York: UNFPA.
- 2 ONU. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU; et ONU. 2003. *L'impact du sida (ESA/P/WP.185)*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 3 ONU. 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. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU; et ONU. 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.
- 4 OMS et Banque mondiale. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. Étude Les voix des pauvres. Genève: OMS; D. Gwatkin et al. 2003. *Initial Country-level Information about Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, 2^e édition. Washington, D.C.: Banque mondiale; UNFPA. 2002. *L'état de la population mondiale 2002: Population, pauvreté et potentialités*. New York: UNFPA; et ONU. 2004. *Examen et évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement: Rapport du Secrétaire général (E/CN.9/2004/3)*. New York: Commission de la population et du développement, Conseil économique et social, ONU.

CHAPITRE 3

- 5 H. French. 2001. "Greening Globalization." *Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): 25; H. French. 2004. "Linking Globalization, Consumption, and Governance," p. 145. Ch. 7 de: *State of the World 2004*, par le Worldwatch Institute. 2004. New York: W.W. Norton; FAO. 2003a. *État des pêches du monde*, p. 1. Rome: FAO; FAO. 2004. *Fisheries Commodities Production and Trade 1976-2000*. Base de données électroniques. Site Web: www.fao.org/fi/statist/fisoft/FISHPLUS.asp, consulté pour la dernière fois le 24 février 2004; et FAO. 2003b. *World Agriculture: Towards 2015/2030*, p.197. Rome: FAO; R. Myers et B. Worm. 2003. "Rapid Worldwide Depletion of Predatory Fish Communities." *Nature* 423: 280-283; A. Revkin. 15 mai 2003. "Commercial Fleets Reduced Big Fish by 90 Percent, Study Says." *The New York Times*, p. A16; et SeaWeb. 2003. "Cover Study of Nature Provides Startling New Evidence that Only 10 Percent of All Large Fish are Left in the Ocean." Communiqué de presse. Washington, D.C.: SeaWeb; et R. Engelman et al. 2000. *People in the Balance: Population and Natural Resources at the Turn of the Millennium*. Washington, D.C.: Population Action International; and G. Gardner, E. Assadourian et R. Sarin. 2004. "The State of Consumption Today," p. 17. Ch. 1

de: *State of the World 2004*, par le Worldwatch Institute. 2004. New York: W. W. Norton.

- 6 K. Bradsher. 18 novembre 2003. "China Set to Act on Fuel Economy." *The New York Times*, p. A1; et H. French. 2001. "Greening Globalization." *Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): 25.

CHAPITRE 4

- 8 D. Balk et al. 2004. "Methodologies to Improve Global Population Estimates in Urban and Rural Areas." Communication présentée à la réunion annuelle de la Population Association of America, Boston, Massachusetts, 2 avril 2004. Long extrait disponible sur le site Web: <http://paa2004.princeton.edu/abstractViewer.asp?submissionId=41835>, consulté pour la dernière fois le 19 mai 2004; D. Balk et al. 2003. *Spatial Analysis of Childhood Mortality in West Africa*. DHS Geographic Series 1. Calverton, Maryland: ORC Macro and Center for International Earth Science Information Network (CIESIN), Université Columbia; et G. Hugo, A. Champion et A. Lattes. 2003. "Toward a New Conceptualization of Settlements for Demography." *Population and Development Review* 29(2): 277-297.

CHAPITRE 5

- 9 UNFPA et Association italienne pour les femmes et le développement (AIDOS). s.d. "Final Summary Report: The UNFPA Conference on Gender-Based Violence," Rome, Italie, 15-19 septembre 2003. New York: Division de l'appui technique, UNFPA; et F. Donnay, Chef du Service de la santé génésique, Division de l'appui technique, UNFPA. 2003. Communication personnelle.
- 10 OMS. 2003. *'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health*. Genève: Département Sexospécificités et santé de la femme, OMS.
- 11 C. Grown, G. R. Gupta et Z. Khan. 2003. "Background Paper of the Task Force on Education and Gender Equality: Promises to Keep: Achieving Gender Equality and the Empowerment of Women." New York: Projet du Millénaire; et M. McPhedran et al. 2000. "The First CEDAW Impact Study: Final Report." Toronto: Centre for Feminist Research, Université d'York, et International Women's Rights Project.

CHAPITRE 6

- 12 OMS. 2003. *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets (EB113/15 Add.1)*. Genève: OMS.
- 13 S. Singh et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute et UNFPA.
- 14 Les données sont fournies par le Service de la planification stratégique de l'UNFPA, en intégrant les réponses à l'enquête annuelle sur le Cadre de financement pluriannuel (MYFF).
- 15 A. J. Kols et J. E. Sherman. 1998. "Family Planning Programs: Improving Quality." *Population Reports*. Series J. No. 47. Baltimore, Maryland: Population

Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program

- 16 POLICY Project. 2000. *Health Reform, Decentralization and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health*. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group. Voir aussi: UNFPA. 1999. "Partnership and Empowerment." Ch. 4 de: UNFPA. 1999. *L'état de la population mondiale 1999: 6 milliards: L'heure des choix*. New York: UNFPA, et les références qui y sont citées; et C. Huezio. 2003. "Strengthening the Quality of Reproductive Health Care: IPPF's Quality Improvement Programme." *IPPF Medical Bulletin* 37(5): 1-3.
- 17 UNFPA. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change: A Global Call to Action*. New York: UNFPA. Site Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, consulté pour la dernière fois le 17 juin 2004.

CHAPITRE 7

- 18 UNFPA et EngenderHealth. 2003. *La fistule obstétricale - Rapport d'évaluation des besoins: Leçons tirées de neuf pays africains*. New York: UNFPA et EngenderHealth. Site web: www.unfpa.org/fistula/docs/fistula-needs-assessment.pdf, consulté pour la dernière fois le 27 mai 2004.
- 19 L. Freedman et al. 2004. "Rapport intérimaire de l'Équipe de travail 4 sur la santé infantile et la santé maternelle." New York: Projet du Millénaire; et T. Wardlaw et D. Maine. 1999. "Process Indicators for Maternal Mortality Programs." Dans: *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, édité par M. Berer et T. K. S. Ravindran. 1999. Oxford, Royaume-Uni: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.
- 20 UNFPA. 5 février 2004. "The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal." Site Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=389&Language=1, consulté pour la dernière fois le 17 juin 2004.
- 21 D. Santillan et M. E. Figueroa. 2001. *Implementing a Client Feedback System to Improve NGO Healthcare Services in Peru*. QA Operations Research Results Series. No. 2(2). Bethesda, MD: Quality Assurance Project pour l'Agency for International Development des États-Unis (USAID).
- 22 UNFPA. 2004. *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*. Brochure. New York: UNFPA.
- 23 ONUSIDA, UNFPA et UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis: A Joint Report by UNAIDS, UNFPA and UNIFEM*. Genève et New York: ONUSIDA, UNFPA et UNIFEM. Voir aussi le site Web: <http://womenandaids.unaids.org/default.html>, consulté pour la dernière fois le 17 juin 2004.
- 24 The Population Council et UNFPA. 2002. *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Setting*, p. 18. New York: The Population Council et UNFPA.

- 25 Fédération internationale pour la planification familiale et UNFPA. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing into Reproductive Health Services. Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. New York: UNFPA et Londres: Fédération internationale pour la planification familiale, Bureau régional de l'Asie du Sud.
- 26 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *A, B and C in Uganda: Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline: Executive Summary*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- 27 R. Feldman et C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings From 'Positive Women: Voices and Choices' in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters* 11(22): 162-173.

CHAPITRE 9

- 29 UNFPA. 19 avril 2004. "Multi-Media Centre Provides Hands on Training for Youth in Benin." Site Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=444&Language=1, consulté pour la dernière fois le 17 juin 2004.
- 30 UNFPA. 4 juin 2004. "Global Health Council Child Marriage: Advancing the Global Agenda." Déclaration de Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA. New York: UNFPA; UNFPA. 4 juin 2004. "Selon l'UNFPA, les adolescentes mariées sont oubliées au niveau mondial." Communiqué de presse. New York: UNFPA; et UNFPA. 2004. "Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents." Vidéo produite pour l'UNFPA par Spark Media. New York: UNFPA.
- 31 Alliance pour la jeunesse africaine. 2003. *Profil de pays 2003 pour le Botswana, le Ghana, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie*. New York: Alliance pour la jeunesse africaine (African Youth Alliance).
- 32 UNFPA, OMS et UNICEF. 2003. *Adolescents: Profiles in Empowerment*. New York: UNICEF.

CHAPITRE 10

- 33 UNFPA. 2001. *The Impact of Conflict on Women and Girls*. New York: UNFPA.
- 34 Groupe interorganisations sur la santé des femmes vivant en situation de réfugiées. À paraître. *Reproductive Health in Refugee and IDP Situations: Evaluation Report*. Genève: Groupe interorganisations sur la santé des femmes vivant en situation de réfugiées

CHAPITRE 11

- 35 UNFPA. 2004. "El caso de Nicaragua: 1998-2003." Communication PowerPoint présentée à la Réunion de planification régionale, Division de l'Amérique latine et des Caraïbes, UNFPA, New York, New York, 19-24 janvier 2004.

Suivi des objectifs 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	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
Total mondial	56	63,3 / 67,6						50	61	54	
Régions développées (*)	8	72,1 / 79,4						27	69	55	
Régions en développement (+)	61	61,7 / 65,1						53	59	54	
Pays les moins avancés (#)	97	48,8 / 50,5						124			
AFRIQUE (1)	89	47,9 / 50,0						107	27	20	
AFRIQUE ORIENTALE	97	42,4 / 43,8						117	22	17	
Burundi	107	40,4 / 41,4	1 000	80 / 62	68 / 59	12 / 9	42 / 56	50	16	10	5,2 / 6,8
Érythrée	73	51,2 / 54,2	630	67 / 54		33 / 22		115	8	5	2,3 / 3,0
Éthiopie	100	44,6 / 46,3	850	75 / 53	63 / 59	23 / 15	51 / 66	100	8	6	3,8 / 5,0
Kenya	69	43,5 / 45,6	1 000	97 / 95		34 / 30	10 / 21	78	39	32	4,6 / 8,9
Madagascar	91	52,5 / 54,8	550	106 / 102	33 / 34			137	19	12	1,4 / 1,9
Malawi	115	37,3 / 37,7	1 800	149 / 143	61 / 47	39 / 29	24 / 51	163	31	26	12,4 / 16,0
Maurice (2)	16	68,4 / 75,8	24	106 / 106	99 / 99	81 / 78	12 / 19	33	75	49	
Mozambique	122	36,6 / 39,6	1 000	110 / 87	56 / 47	16 / 10	38 / 69	105	6	5	10,6 / 13,8
Ouganda	86	45,4 / 46,9	880	139 / 134		19 / 15	21 / 41	211	23	18	3,7 / 4,9
République-Unie de Tanzanie	100	42,5 / 44,1	1 500	70 / 69	76 / 80		15 / 31	120	25	17	7,6 / 9,9
Rwanda	112	38,8 / 39,7	1 400	118 / 116	39 / 41	15 / 14	25 / 37	50	13	4	4,4 / 5,7
Somalie	118	46,4 / 49,5	1 100					213			
Zambie	105	32,7 / 32,1	750	81 / 76	79 / 75	27 / 21	14 / 26	145	34	23	14,1 / 18,9
Zimbabwe	58	33,7 / 32,6	1 100	100 / 98		45 / 40	6 / 14	92	54	50	21,0 / 28,4
AFRIQUE CENTRALE (3)	116	41,6 / 43,8						200	23	5	
Angola	140	38,8 / 41,5	1 700			21 / 17		229	6	5	3,4 / 4,4
Cameroun	88	45,1 / 47,4	730	115 / 99		36 / 29	23 / 40	121	19	7	6,0 / 7,9
Gabon	57	55,8 / 57,5	420	135 / 134				113	33	12	7,1 / 9,1
République centrafricaine	100	38,5 / 40,6	1 100	79 / 53			35 / 67	132	28	7	11,9 / 15,1
République dém. du Congo (4)	120	40,8 / 42,8	990					230	31	4	3,7 / 4,8
République du Congo	84	46,6 / 49,7	510	88 / 83		37 / 27	11 / 23	146			4,3 / 5,6
Tchad	115	43,7 / 45,7	1 100	90 / 57	58 / 48	17 / 5	46 / 63	195	8	2	4,2 / 5,4
AFRIQUE DU NORD (5)	49	64,5 / 68,2						36	47	42	
Algérie	44	68,1 / 71,3	140	112 / 104	95 / 97	69 / 74	22 / 40	16	64	50	0,1 / <0,1
Égypte	41	66,7 / 71,0	84	100 / 94	99 / 99	91 / 85	33 / 56	47	56	54	0,1 / <0,1
Jamahiriya arabe libyenne	21	70,8 / 75,4	97	114 / 114		102 / 108	8 / 29	7	40	26	
Maroc	42	66,8 / 70,5	220	113 / 101	84 / 83	45 / 36	37 / 62	25	50	42	
Soudan	77	54,1 / 57,1	590	63 / 54		34 / 30	29 / 51	55	8	7	1,9 / 2,6
Tunisie	23	70,8 / 74,9	120	114 / 109	95 / 96	78 / 81	17 / 37	7	60	51	<0,1 / <0,1
AFRIQUE AUSTRALE	52	43,9 / 49,1						66	53	51	
Afrique du Sud	48	45,1 / 50,7	230	107 / 103	65 / 64	83 / 90	13 / 15	66	56	55	18,1 / 23,5
Botswana	57	38,9 / 40,5	100	103 / 103	87 / 92	70 / 75	24 / 18	91	40	39	31,7 / 43,1
Lesotho	92	32,3 / 37,7	550	123 / 125	60 / 74	30 / 38	26 / 10	53	30	30	25,4 / 32,4
Namibie	60	42,9 / 45,6	300	106 / 106	94 / 94	57 / 65	16 / 17	78	29	26	18,4 / 24,2
Swaziland	78	33,3 / 35,4	370	103 / 98	69 / 79	45 / 45	18 / 20	45	28	26	35,7 / 41,7
AFRIQUE DE L'OUEST (6)	90	49,0 / 50,3						119	15	8	
Bénin	93	48,4 / 53,0	850	122 / 86	89 / 78	35 / 16	45 / 74	107	19	7	1,7 / 2,1
Burkina Faso	93	45,2 / 46,2	1 000	51 / 36	68 / 71	12 / 8	82 / 92	136	12	5	3,6 / 4,8
Côte d'Ivoire	101	40,8 / 41,2	690	92 / 68				116	15	7	6,0 / 8,1
Gambie	81	52,7 / 55,5	540	82 / 75		40 / 28		125	10	9	1,0 / 1,3

	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	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
Ghana	58	56,5 / 59,3	540	85 / 78	67 / 65	41 / 34	18 / 34	76	22	13	2,6 / 3,5
Guinée	102	48,8 / 49,5	740	88 / 66	90 / 77			163	6	4	2,7 / 3,7
Guinée-Bissau	120	43,8 / 46,9	1 100					197	8	4	
Libéria	147	40,7 / 42,2	760				28 / 61	227	6	6	5,1 / 6,7
Mali	119	48,0 / 49,1	1 200	65 / 49	88 / 79		73 / 88	191	8	6	1,6 / 2,2
Mauritanie	97	50,9 / 54,1	1 000	88 / 85	54 / 56	25 / 19	49 / 69	104	8	5	0,6 / 0,7
Niger	126	45,9 / 46,5	1 600	47 / 32	73 / 68	8 / 5	75 / 91	233	14	4	1,0 / 1,4
Nigéria	79	51,1 / 51,8	800	107 / 86			26 / 41	103	15	9	4,6 / 6,2
Sénégal	61	50,8 / 55,1	690	79 / 72	70 / 65	22 / 15	51 / 70	86	13	8	0,7 / 0,9
Sierra Leone	177	33,1 / 35,5	2 000	93 / 65		31 / 22		212	4	4	
Togo	81	48,2 / 51,1	570	136 / 112	88 / 80		26 / 55	81	26	9	3,6 / 4,7
ASIE	53	65,5 / 69,0						35	64	58	
ASIE ORIENTALE (7)	34	69,7 / 74,7						5	82	81	
Chine	37	68,9 / 73,3	56	114 / 114			5 / 13	5	84	83	0,2 / 0,1
Hong Kong, Chine (8)	4	77,3 / 82,8		108 / 108		78 / 78		6	86	80	0,1 / 0,1
Japon	3	77,9 / 85,1	10	101 / 101		102 / 103		4	56	51	<0,1 / <0,1
Mongolie	58	61,9 / 65,9	110	97 / 100	87 / 90	69 / 83	2 / 3	54	67	54	<0,1 / <0,1
République de Corée	5	71,8 / 79,3	20	102 / 102	100 / 100	91 / 91		3	81	67	0,1 / <0,1
République populaire démocratique de Corée	45	60,5 / 66,0	67					2	62	53	
ASIE DU SUD-EST	41	64,4 / 69,1						42	57	49	
Cambodge	73	55,2 / 59,5	450	130 / 116	71 / 70	27 / 16	19 / 41	60	24	19	3,7 / 1,6
Indonésie	42	64,8 / 68,8	230	112 / 110	87 / 92	58 / 58	8 / 17	55	57	55	0,2 / <0,1
Malaisie	10	70,8 / 75,7	41	95 / 95	98 / 96	66 / 73	8 / 15	18	55	30	0,7 / 0,1
Myanmar	83	54,6 / 60,2	360	90 / 90	59 / 61	41 / 38	11 / 19	24	33	28	1,6 / 0,7
Philippines	29	68,0 / 72,0	200	113 / 111	76 / 83	78 / 86	7 / 7	38	47	28	<0,1 / <0,1
République dém. pop. Lao	88	53,3 / 55,8	650	123 / 106	62 / 63	47 / 34	23 / 45	91	32	29	0,1 / <0,1
Singapour	3	75,9 / 80,3	30				3 / 11	6	62	53	0,4 / 0,1
Thaïlande	20	65,3 / 73,5	44	100 / 96		85 / 81	5 / 9	49	72	70	2,0 / 1,1
Viet Nam	34	66,9 / 71,6	130	107 / 100	90 / 88	72 / 67	6 / 13	21	78	57	0,7 / 0,3
ASIE DU SUD	68	62,5 / 63,9						54	48	41	
Afghanistan	162	43,0 / 43,3	1 900	44 / -		24 / -		111	5	4	
Bangladesh	64	61,0 / 61,8	380	97 / 98	63 / 68	45 / 49	50 / 69	117	54	43	
Bhoutan	54	62,0 / 64,5	420		89 / 93			54	19	19	
Inde	64	63,2 / 64,6	540	107 / 90	59 / 59	56 / 40		45	48	43	
Iran (République islamique d')	33	68,9 / 71,9	76	94 / 90	94 / 94	79 / 75	17 / 30	33	73	56	0,1 / <0,1
Népal	71	60,1 / 59,6	740	130 / 113	75 / 81	50 / 37	38 / 74	117	39	35	0,1 / <0,1
Pakistan	87	61,2 / 60,9	500	84 / 62		29 / 19	47 / 71	50	28	20	0,2 / <0,1
Sri Lanka	20	69,9 / 75,9	92	111 / 110			5 / 10	22	66	44	0,0 / <0,1
ASIE OCCIDENTALE	44	67,1 / 71,3						47	47	28	
Arabie saoudite	21	71,1 / 73,7	23	68 / 66	94 / 94	73 / 65	16 / 31	38	32	29	
Émirats arabes unis	14	73,3 / 77,4	54	94 / 90	97 / 98	77 / 82	24 / 19	51	28	24	
Iraq	83	59,2 / 62,3	250					38	14	10	
Israël	6	77,1 / 81,0	17	114 / 113	100 / 99	95 / 94	3 / 7	17	68	52	
Jordanie	24	69,7 / 72,5	41	98 / 99		85 / 87	5 / 14	27	56	39	
Koweït	11	74,9 / 79,0	5	95 / 94	99 / 98	83 / 88	15 / 19	31	50	41	
Liban	17	71,9 / 75,1	150	105 / 101	92 / 96	74 / 81		25	61	37	0,2 / 0,0

Suivi des objectifs 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	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
Oman	20	71,0 / 74,4	87	84 / 82	96 / 96	79 / 78	18 / 35	66	24	18	0,2 / 0,1
République arabe syrienne	22	70,6 / 73,1	160	115 / 108	93 / 92	47 / 42	9 / 26	34	36	28	<0,1 / <0,1
Territoire palestinien occupé	21	70,8 / 74,0	100	104 / 105	97 / 98	82 / 88		94			
Turquie (10)	40	68,0 / 73,2	70	98 / 91		86 / 66	6 / 22	43	64	38	
Yémen	71	58,9 / 61,1	570	97 / 64	82 / 94	65 / 27	31 / 71	111	21	10	
ÉTATS ARABES (11)	53	63,9 / 67,1	252	96 / 88	93 / 94	68 / 62	26 / 48	48	40	34	0,43 / 0,55
EUROPE	9	70,1 / 78,2						20	67	49	
EUROPE ORIENTALE	14	64,0 / 74,4						29	61	36	
Bulgarie	15	67,4 / 74,6	32	103 / 100	95 / 95	94 / 91	1 / 2	41	42	25	
Hongrie	9	67,7 / 76,0	16	102 / 100	98 / 99	103 / 104		21	77	68	
Pologne	9	69,8 / 78,0	13	100 / 99	99 / 98	105 / 101		16	49	19	
République tchèque	6	72,1 / 78,7	9	104 / 103	96 / 97	95 / 97		17	72	63	0,1 / <0,1
Roumanie	20	67,0 / 74,2	49	100 / 98	94 / 95	82 / 83	2 / 4	37	64	30	
Slovaquie	8	69,8 / 77,6	3	102 / 101	98 / 99	89 / 90	0 / 0	24	74	41	
EUROPE SEPTENTRIONALE (12)	5	74,9 / 80,5						17	79	75	
Danemark	5	74,2 / 79,1	5	102 / 102	100 / 100			7	78	72	0,3 / 0,1
Estonie	9	66,5 / 76,8	63	105 / 101	100 / 99	109 / 111	0 / 0	26	70	56	1,4 / 0,7
Finlande	4	74,4 / 81,5	6	102 / 101	100 / 100	120 / 133		8	77	75	0,1 / <0,1
Irlande	6	74,4 / 79,6	5	104 / 104	98 / 99	100 / 109		15			0,2 / 0,1
Lettonie	14	65,6 / 76,2	42	99 / 98	98 / 98	92 / 93	0 / 0	24	48	39	0,8 / 0,4
Lituanie	9	67,5 / 77,6	13	105 / 104	100 / 98	99 / 98	0 / 0	26	47	31	0,1 / 0,0
Norvège	5	76,0 / 81,9	16	101 / 102		113 / 116		11	74	69	0,1 / 0,0
Royaume-Uni	5	75,7 / 80,7	13	101 / 101		146 / 170		20	84	81	0,2 / 0,0
Suède	3	77,6 / 82,6	2	109 / 112		132 / 160		7	78	72	0,1 / 0,0
EUROPE MÉRIDIONALE (13)	7	74,6 / 81,0						11	67	46	
Albanie	25	70,9 / 76,7	55	107 / 107	86 / 94	77 / 80	1 / 2	16	58	15	
Bosnie-Herzégovine	14	71,3 / 76,7	31				2 / 9	23	48	16	
Croatie	8	70,3 / 78,1	8	96 / 95	100 / 100	88 / 89	1 / 3	19			
Espagne	5	75,9 / 82,8	4	108 / 106		112 / 119		6	81	67	1,0 / 0,3
Grèce	6	75,7 / 80,9	9	97 / 96		95 / 97		10			0,3 / 0,1
Italie	5	75,5 / 81,9	5	101 / 100	96 / 97	97 / 95		6	60	39	0,7 / 0,3
Macedoine (ex-République yougoslave de)	16	71,4 / 75,8	23	99 / 99	96 / 97	86 / 83		34			
Portugal	6	72,6 / 79,6	5	122 / 120		111 / 117		17	66	33	0,7 / 0,2
Serbie et Monténégro	13	70,9 / 75,6	11	99 / 99		88 / 89		26	58	33	0,3 / 0,1
Slovénie	6	72,6 / 79,8	17	101 / 100		105 / 107	0 / 0	8	74	59	
EUROPE OCCIDENTALE (14)	5	75,3 / 81,7						10	74	71	
Allemagne	5	75,2 / 81,2	8	101 / 100	99 / 100	100 / 99		11	75	72	0,2 / 0,0
Autriche	5	75,4 / 81,5	4	104 / 103	93 / 95	100 / 97		12	51	47	0,4 / 0,1
Belgique	4	75,7 / 81,9	10	106 / 105		146 / 163		9	78	74	0,3 / 0,1
France	5	75,2 / 82,8	17	106 / 104		107 / 108		9	75	69	0,6 / 0,2
Pays-Bas	5	75,6 / 81,0	16	109 / 107	100 / 100	126 / 122		5	79	76	0,4 / 0,1
Suisse	5	75,9 / 82,3	7	108 / 107	100 / 99	103 / 96		5	82	78	0,5 / 0,2
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	32	67,1 / 73,9						72	71	62	
CARAÏBES (15)	35	64,9 / 69,0						71	61	57	
Cuba	7	74,8 / 78,7	33	102 / 98	95 / 96	90 / 89	3 / 3	65	73	72	0,1 / <0,1
Haïti	63	49,0 / 50,0	680				46 / 50	64	27	21	4,8 / 6,4

	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	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
Jamaïque	20	73,7 / 77,8	87	101 / 100	88 / 93	82 / 85	16 / 9	79	66	63	1,2 / 1,2
Porto Rico	10	71,2 / 80,1	25				6 / 6	63	78	68	
République dominicaine	36	64,4 / 69,2	150	125 / 127	54 / 80	60 / 75	16 / 16	93	65	63	2,5 / 0,9
Trinité-et-Tobago	14	68,4 / 74,4	160	106 / 104	97 / 100	69 / 73	1 / 2	36	38	33	3,2 / 3,2
AMÉRIQUE CENTRALE	30	69,5 / 75,4						76	64	55	
Costa Rica	10	75,8 / 80,6	43	108 / 108	93 / 95	66 / 68	4 / 4	78	75	65	0,8 / 0,4
El Salvador	26	67,7 / 73,7	150	114 / 109	65 / 70	56 / 56	18 / 23	87	60	54	0,9 / 0,5
Guatemala	41	63,0 / 68,9	240	107 / 99	57 / 54	34 / 32	23 / 38	111	38	31	1,3 / 1,0
Honduras	32	66,5 / 71,4	110	105 / 107			20 / 20	103	62	51	1,7 / 2,0
Mexique	28	70,4 / 76,4	83	111 / 110	90 / 91	73 / 78	7 / 11	64	67	58	0,3 / 0,2
Nicaragua	36	67,2 / 71,9	230	104 / 105	51 / 58	52 / 61	23 / 23	135	69	66	0,3 / 0,1
Panama	21	72,3 / 77,4	160	112 / 108	88 / 89	67 / 72	7 / 8	89	58	54	1,1 / 0,8
AMÉRIQUE DU SUD (16)	32	66,5 / 73,9						71	74	65	
Argentine	20	70,6 / 77,7	82	120 / 119	91 / 95	97 / 103	3 / 3	61			1,1 / 0,3
Bolivie	56	61,8 / 66,0	420	114 / 113	79 / 77	86 / 83	7 / 19	81	53	27	0,1 / 0,1
Brésil	38	64,0 / 72,6	260	153 / 144	76 / 84	102 / 113	14 / 13	73	77	70	0,8 / 0,5
Chili	12	73,0 / 79,0	31	101 / 99	100 / 100	88 / 90	4 / 4	44			0,4 / 0,2
Colombie	26	69,2 / 75,3	130	110 / 109	59 / 63	62 / 69	8 / 8	80	77	64	1,0 / 0,5
Équateur	41	68,3 / 73,5	130	117 / 117	77 / 79	59 / 59	8 / 10	66	66	50	0,4 / 0,2
Paraguay	37	68,6 / 73,1	170	114 / 110	76 / 78	63 / 64	7 / 10	75	57	48	0,7 / 0,3
Pérou	33	67,3 / 72,4	410	120 / 120	86 / 86	92 / 86	9 / 20	55	69	50	0,7 / 0,4
Uruguay	13	71,6 / 78,9	27	109 / 107	87 / 90	95 / 108	3 / 2	70			0,4 / 0,2
Venezuela	19	70,9 / 76,7	96	107 / 105	92 / 100	64 / 74	6 / 7	95			0,9 / 0,5
AMÉRIQUE DU NORD (17)	7	74,5 / 80,1						50	76	71	
Canada	5	76,7 / 81,9	6	99 / 100		107 / 106		16	75	73	0,5 / 0,2
États-Unis d'Amérique	7	74,3 / 79,9	17	98 / 99		94 / 92		53	76	71	1,0 / 0,3
OCÉANIE	26	71,8 / 76,6						32	62	57	
AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE	6	76,3 / 81,8						17	76	72	
Australie (18)	6	76,4 / 82,0	8	102 / 102		155 / 153		16	76	72	0,2 / <0,1
Mélanésie (19)	53	59,3 / 61,7						63			
Nouvelle-Zélande	6	75,8 / 80,7	7	99 / 99		109 / 118		27	75	72	0,1 / <0,1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	62	56,8 / 58,7	300	77 / 78	61 / 58	25 / 20		67	26	20	0,8 / 0,4
PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (20)											
Arménie	17	69,0 / 75,6	55	97 / 95		84 / 89	0 / 1	34	61	22	0,1 / 0,1
Azerbaïdjan	29	68,7 / 75,5	94	93 / 92	96 / 99	81 / 79		36	55	12	
Bélarus	11	64,9 / 75,3	35	111 / 109		82 / 86	0 / 0	27	50	42	
Fédération de Russie	16	60,8 / 73,1	67	114 / 113		92 / 92	0 / 1	30			1,5 / 0,8
Géorgie	18	69,5 / 77,6	32	92 / 92	94 / 94	76 / 82		33	41	20	0,3 / 0,1
Kazakhstan	52	60,9 / 71,9	210	100 / 99	95 / 95	90 / 88	0 / 1	45	66	53	0,2 / 0,1
Kirghizistan	37	64,8 / 72,3	110	102 / 99	91 / 91	86 / 87		33	60	49	0,1 / <0,1
Ouzbékistan	37	66,8 / 72,5	24	103 / 102		100 / 97	0 / 1	54	67	63	0,1 / 0,1
République de Moldova	18	65,5 / 72,2	36	86 / 85	90 / 91	71 / 73	0 / 1	43	62	43	
Tadjikistan	50	66,2 / 71,4	100	109 / 104	93 / 100	90 / 74	0 / 1	25	34	27	
Turkménistan	49	63,9 / 70,4	31				1 / 2	17	62	53	
Ukraine	14	64,7 / 74,7	35	91 / 90	30 / 30	97 / 97	0 / 0	38	68	38	1,8 / 0,9

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2004)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2002)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Total mondial	6 377,6	8 918,7	1,2	48	2,1		2,69					(2 521 000)	81 / 81		
Régions développées (*)	1 206,1	1 219,7	0,2	75	0,5		1,56						10 / 9		
Régions en développement (+)	5 171,5	7 699,1	1,5	42	2,8		2,92						89 / 89		
Pays les moins avancés (#)	735,6	1 674,5	2,4	27	4,3		5,13						165 / 156		
AFRIQUE (1)	869,2	1 803,3	2,2	39	3,6		4,91					605 466	154 / 143		
AFRIQUE ORIENTALE	276,2	614,5	2,2	26	4,3		5,61						171 / 156		
Burundi	7,1	19,5	3,1	10	6,5	4,6	6,80	25	610	11,6	2,1	2 255	198 / 178		78
Érythrée	4,3	10,5	3,7	20	5,8	5,9	5,43	28	950		3,7	6 774	108 / 104		46
Éthiopie	72,4	171,0	2,5	16	4,1	4,8	6,14	6	720		1,4	43 125	181 / 165	291	24
Kenya	32,4	44,0	1,5	39	4,4	4,5	4,00	41	990	0,9	1,7	38 134	125 / 110	500	57
Madagascar	17,9	46,3	2,8	27	3,6	3,4	5,70	46	720	10,7	1,2	10 208	150 / 144		47
Malawi	12,3	25,9	2,0	16	4,6	3,8	6,10	56	570		2,7	22 230	192 / 181		57
Maurice (2)	1,2	1,5	1,0	43	1,5	1,3	1,95	99	10 530	9,0	2,0	193	21 / 15		100
Mozambique	19,2	31,3	1,8	36	5,1	3,3	5,63	44			4,0	29 800	223 / 207	425	57
Ouganda	26,7	103,2	3,2	12	3,9	2,6	7,10	39	1 320		3,4	42 399	154 / 139		52
République-Unie de Tanzanie	37,7	69,1	1,9	35	4,9	5,6	5,11	36	550		2,0	31 019	170 / 153	404	68
Rwanda	8,5	17,0	2,2	18	11,6	5,6	5,74	31	1 210	6,9	3,1	14 044	189 / 168		41
Somalie	10,3	39,7	4,2	35	5,7	6,0	7,25	34			1,2		203 / 187		
Zambie	10,9	18,5	1,2	36	1,9	1,4	5,64	43	770		3,0	29 312	194 / 177	638	64
Zimbabwe	12,9	12,7	0,5	35	1,8	2,4	3,90	73	2 120	16,2	2,8	17 364	118 / 109	769	83
AFRIQUE CENTRALE (3)	103,4	266,3	2,7	37	4,1		6,28						218 / 196		
Angola	14,1	43,1	3,2	36	5,4	2,8	7,20	45	1 730		2,8	8 057	259 / 234	663	38
Cameroun	16,3	24,9	1,8	51	3,4	1,1	4,61	60	1 640	8,5	1,2	3 343	155 / 142	417	58
Gabon	1,4	2,5	1,8	84	2,7	0,9	3,99	86	5 320	4,7	1,7	3 069	97 / 87	1 322	86
République centrafricaine	3,9	6,6	1,3	43	2,5	1,3	4,92	44	1 190		2,3	982	189 / 157		70
République dém. du Congo (4)	54,4	151,6	2,9	32	4,4	4,0	6,70	61	580		1,5	8 783	230 / 208	300	45
République du Congo	3,8	10,6	2,6	54	3,4	6,4	6,29		700	0,4	1,4	928	137 / 113	262	51
Tchad	8,9	25,4	3,0	25	4,6	1,7	6,65	16	1 000	9,5	2,0	2 675	209 / 192		27
AFRIQUE DU NORD (5)	187,0	306,0	1,9	50	2,7		3,21					79 135	70 / 61		
Algérie	32,3	48,7	1,7	59	2,6	0,9	2,80	92	5 330		3,1	3 492	52 / 45	955	89
Égypte	73,4	127,4	2,0	42	2,1	7,5	3,29	61	3 710		1,9	58 689	52 / 44	737	97
Jamahiriya arabe libyenne	5,7	9,2	1,9	86	2,3	0,1	3,02	94			1,6	0	23 / 23	2 994	72
Maroc	31,1	47,1	1,6	58	2,8	1,1	2,75	40	3 690	17,9	2,0	9 699	58 / 46	377	80
Soudan	34,3	60,1	2,2	39	4,6	1,2	4,39		1 690		0,6	5 261	131 / 123	421	75
Tunisie	9,9	12,9	1,1	64	1,6	0,5	2,01	90	6 280	15,8	4,9	1 069	29 / 24	852	80
AFRIQUE AUSTRALE	51,9	46,6	0,6	54	1,5		2,79						93 / 83		
Afrique du Sud	45,2	40,2	0,6	57	1,4	0,4	2,61	84	9 870	14,3	3,6	29 267	85 / 75	2 404	86
Botswana	1,8	1,4	0,9	52	1,8	2,1	3,70	94	7 770	6,0	4,4	2 692	108 / 100		95
Lesotho	1,8	1,4	0,1	18	0,9	2,1	3,84	60	2 710	21,4	4,3	967	158 / 146		78
Namibie	2,0	2,7	1,4	32	3,0	1,1	4,56	78	6 650	22,1	4,7	4 080	113 / 102	596	77
Swaziland	1,1	0,9	0,8	24	1,4	1,9	4,54	70	4 530	10,4	2,3	635	155 / 138		
AFRIQUE DE L'OUEST (6)	250,6	569,9	2,6	42	4,2		5,56						153 / 148		
Bénin	6,9	15,6	2,6	45	4,4	1,5	5,66	66	1 020	10,1	2,1	7 766	166 / 146	318	63
Burkina Faso	13,4	42,4	3,0	18	5,0	2,8	6,68	31	1 010		1,5	6 691	165 / 155		42
Côte d'Ivoire	16,9	27,6	1,6	45	2,6	1,0	4,73	63	1 430	14,9	1,0	4 014	182 / 164	402	81
Gambie	1,5	2,9	2,7	26	2,6	4,2	4,70	55	1 680		3,2	690	140 / 128		62

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2004)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2002)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Ghana	21,4	39,5	2,2	45	3,2	1,9	4,11	44	2 000		2,8	21 753	99 / 88	410	73
Guinée	8,6	19,6	1,6	35	3,8	4,5	5,82	35	1 990	9,2	1,9	6 176	175 / 176		48
Guinée-Bissau	1,5	4,7	2,9	34	5,4	2,1	7,10	35	750		3,2	562	221 / 198		56
Libéria	3,5	9,8	4,0	47	5,3	3,5	6,80	51			3,3	1 626	238 / 221		
Mali	13,4	46,0	3,0	32	5,2	2,1	7,00	41	840	14,4	1,7	14 171	184 / 178		65
Mauritanie	3,0	7,5	3,0	62	5,1	2,9	5,79	57	1 740	14,0	2,6	2 061	163 / 150		37
Niger	12,4	53,0	3,6	22	6,1	2,2	8,00	16	770	16,8	1,4	3 979	207 / 213		59
Nigéria	127,1	258,5	2,5	47	4,4	1,2	5,42	35	780		0,8	35 933	133 / 133	735	62
Sénégal	10,3	21,6	2,4	50	3,9	2,8	4,97	58	1 510	13,8	2,8	17 082	116 / 108	325	78
Sierra Leone	5,2	10,3	3,8	39	5,6	5,0	6,50	42	490		2,6	889	321 / 293		57
Togo	5,0	10,0	2,3	35	4,0	1,1	5,33	49	1 430	11,0	1,5	2 695	145 / 128	305	54
ASIE	3 870,5	5 222,1	1,3	39	2,7		2,55					396 994	68 / 73		
ASIE ORIENTALE (7)	1 522,0	1 590,1	0,7	43	2,6		1,78						36 / 44		
Chine	1 313,3	1 395,2	0,7	39	3,2	5,5	1,83	76	4 390	6,6	2,0	22 176	39 / 47	896	75
Hong Kong, Chine (8)	7,1	9,4	1,1	100	1,1		1,00		26 810				5 / 5	2 421	
Japon	127,8	109,7	0,1	65	0,3	1,0	1,32	100	26 070	21,4	6,2 (115 346)		5 / 4	4 099	
Mongolie	2,6	3,8	1,3	57	1,4	0,5	2,42	97	1 650		4,6	3 989	88 / 83		60
République de Corée	48,0	46,4	0,6	80	0,9	2,1	1,41	100	16 480	18,4	2,6	0	8 / 6	4 114	92
République pop. dém. de Corée	22,8	25,0	0,5	61	1,0	2,4	2,02	97			1,9	1 198	61 / 55	914	100
ASIE DU SUD-EST	550,7	767,2	1,4	42	3,3		2,55						61 / 49		
Cambodge	14,5	29,6	2,4	19	5,5	2,5	4,77	32	1 590	7,4	1,7	24 787	115 / 99		30
Indonésie	222,6	293,8	1,3	46	3,9	2,8	2,35	66	2 990	3,7	0,6	34 244	59 / 46	729	78
Malaisie	24,9	39,6	1,9	64	3,0	0,5	2,90	97	8 280	17,0	2,0	156	15 / 11	2 168	
Myanmar	50,1	64,5	1,3	29	3,1	3,2	2,86	56		5,8	0,4	4 688	137 / 118	252	72
Philippines	81,4	127,0	1,8	61	3,1	2,8	3,18	58	4 280	11,8	1,5	46 523	40 / 30	538	86
République dém. pop. Lao	5,8	11,4	2,3	21	4,6	4,3	4,78	19	1 610	9,1	1,7	2 244	144 / 137		37
Singapour	4,3	4,5	1,7	100	1,7	5,9	1,36	100	23 090		1,3	0	4 / 4	7 058	100
Thaïlande	63,5	77,1	1,0	32	1,9	1,6	1,93	99	6 680	15,9	2,1	2 466	31 / 19	1 235	84
Viet Nam	82,5	117,7	1,3	26	3,2	6,3	2,30	85	2 240		1,5	16 392	52 / 37	495	77
ASIE DU SUD	1 588,8	2 463,9	1,7	30	2,5		3,25						89 / 98		
Afghanistan	24,9	69,5	3,9	23	6,0	1,8	6,80	12			2,7	1 491	278 / 283		13
Bangladesh	149,7	254,6	2,0	24	3,5	9,1	3,46	12	1 720	8,3	1,5	75 909	85 / 90	153	97
Bhoutan	2,3	5,3	3,0	9	6,3	12,1	5,02	24			3,6	632	82 / 78		62
Inde	1 081,2	1 531,4	1,5	28	2,3	3,2	3,01	43	2 570	13,7	0,9	57 199	78 / 90	515	84
Iran (République islamique d')	69,8	105,5	1,2	67	2,3	1,1	2,33	90	6 340	11,6	2,7	2 276	39 / 39	1 860	92
Népal	25,7	50,8	2,2	15	5,2	7,0	4,26	11	1 350	12,5	1,5	19 820	91 / 106	357	88
Pakistan	157,3	348,7	2,4	34	3,4	3,3	5,08	20	1 940		1,0	13 415	121 / 135	456	90
Sri Lanka	19,2	21,2	0,8	21	0,7	4,5	2,01	97	3 390	10,0	1,8	2 074	30 / 16	423	77
ASIE OCCIDENTALE	208,9	400,8	2,1	65	2,4		3,45					30 221	60 / 53		
Arabie saoudite	24,9	54,7	2,9	88	3,4	0,6	4,53	91		34,9	3,4	4	26 / 23	5 195	95
Émirats arabes unis	3,1	4,1	1,9	85	2,1	0,6	2,82	96		9,2	2,6	0	17 / 14	10 860	
Iraq	25,9	57,9	2,7	67	2,4	0,4	4,77	72			1,0	268	112 / 103	1 202	85
Israël	6,6	10,0	2,0	92	2,1	0,4	2,70			21,0	6,0	0	9 / 9	3 291	
Jordanie	5,6	10,2	2,7	79	2,8	1,4	3,57	100	4 070	16,0	4,5	14 233	28 / 26	1 017	96
Koweït	2,6	4,9	3,5	96	3,5	1,7	2,66	98			3,5	0	13 / 13	7 195	
Liban	3,7	4,9	1,6	88	1,9	0,4	2,18	89	4 470	8,3	2,2	1 885	22 / 17	1 239	100

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2004)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2002)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Oman	2,9	6,8	2,9	78	3,6	12,0	4,96	95	12 910	12,6	2,4	77	26 / 20	4 029	39
République arabe syrienne	18,2	34,2	2,4	50	2,5	0,9	3,32		3 250	12,8	1,7	3 063	28 / 25	841	80
Territoire palestinien occupé	3,7	11,1	3,6	71	4,1		5,57	97				2 385	27 / 21		86
Turquie (10)	72,3	97,8	1,4	66	2,2	0,8	2,43	81	6 120	11,6	4,4	2 650	56 / 43	1 057	82
Yémen	20,7	84,4	3,5	26	4,8	5,8	7,01	22	750		1,5	5 647	100 / 95	197	69
ÉTATS ARABES (11)	314,2	631,2	2,3	55	2,9	1,1	3,81	67	3 547	23,9	2,7	109 243	77 / 70	1 400	85
EUROPE	725,6	631,9	-0,1	73	0,1		1,38						12 / 10		
EASTERN EUROPE	298,8	221,7	-0,5	68	-0,4		1,18					35 259	20 / 16		
Bulgarie	7,8	5,3	-0,8	70	-0,3	0,1	1,10		6 840	14,8	3,9	155	21 / 17	2 428	100
Hongrie	9,8	7,6	-0,5	65	0,1	0,2	1,20		12 810	19,2	5,1	0	12 / 10	2 487	99
Pologne	38,6	33,0	-0,1	62	0,0	0,5	1,26		10 130	28,8	4,6	109	11 / 10	2 344	
République tchèque	10,2	8,6	-0,1	74	0,0	0,2	1,16	99	14 500	13,0	6,7	197	6 / 6	4 049	
Roumanie	22,3	18,1	-0,2	55	-0,2	0,3	1,32	98	6 290		5,2	4 414	28 / 22	1 644	58
Slovaquie	5,4	4,9	0,1	57	0,5	0,3	1,28		12 190	11,4	5,1	17	10 / 10	3 480	100
EUROPE SEPTENTRIONALE (12)	95,0	100,1	0,2	83	0,4		1,61						7 / 6		
Danemark	5,4	5,3	0,2	85	0,3	0,1	1,77		29 450	23,4	7,0	(48 852)	7 / 6	3 692	100
Estonie	1,3	0,7	-1,1	69	-1,0	0,2	1,22		11 120	23,6	4,3	50	13 / 9	3 444	
Finlande	5,2	4,9	0,2	61	0,1	0,1	1,73		25 440		5,3	(23 730)	5 / 4	6 518	100
Irlande	4,0	5,0	1,1	60	1,5	0,4	1,90	100	28 040		4,9	(6 255)	7 / 7	3 876	
Lettonie	2,3	1,3	-0,9	66	-1,2	0,1	1,10	100	8 940	23,1	3,4	93	19 / 16	1 822	
Lituanie	3,4	2,5	-0,6	67	-0,7	0,2	1,25		9 880		4,2	85	13 / 10	2 304	
Norvège	4,6	4,9	0,4	79	1,6	0,3	1,80		35 840	26,8	6,8	(42 960)	6 / 5	5 896	100
Royaume-Uni	59,4	66,2	0,3	89	0,4	0,2	1,60	99	25 870	13,6	6,3	(80 971)	7 / 6	3 982	100
Suède	8,9	8,7	0,1	83	0,1	0,1	1,64		25 080	24,3	7,4	(56 270)	5 / 4	5 740	100
EUROPE MÉRIDIONALE (13)	146,4	125,6	0,1	66	0,3		1,32						10 / 9		
Albanie	3,2	3,7	0,7	44	2,1	2,1	2,28	99	4 040		2,4	1 928	37 / 31	548	97
Bosnie-Herzégovine	4,2	3,6	1,1	44	2,2	0,2	1,30	100	5 800		2,8	175	17 / 14	1 074	
Croatie	4,4	3,6	-0,2	59	0,5	0,2	1,65	100	9 760		7,3	0	10 / 8	1 771	
Espagne	41,1	37,3	0,2	77	0,3	0,2	1,15		20 460		5,4	(14 380)	7 / 6	3 127	
Grèce	11,0	9,8	0,1	61	0,6	0,4	1,27		18 240		5,2		8 / 7	2 710	
Italie	57,3	44,9	-0,1	67	0,0	0,3	1,23		25 320		6,3	(25 038)	7 / 6	2 981	
Macedoine (ex-République yougoslave de)	2,1	2,2	0,5	60	0,6	0,4	1,90	97	6 210	16,6	5,8		19 / 18		
Portugal	10,1	9,0	0,1	55	1,1	0,5	1,45	100	17 350		6,3	(689)	9 / 8	2 435	
Serbie et Monténégro	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,5	1,65	99			6,5	1 780	17 / 14	1 508	98
Slovénie	2,0	1,6	-0,1	51	-0,1	0,2	1,14		17 690		6,3	0	8 / 7	3 459	100
EUROPE OCCIDENTALE (14)	185,3	184,5	0,2	81	0,5		1,58						6 / 6		
Allemagne	82,5	79,1	0,1	88	0,3	0,2	1,35		26 220		8,1	(108 660)	6 / 6	4 264	
Autriche	8,1	7,4	0,0	66	0,0	0,3	1,28		28 240		5,5	(979)	6 / 5	3 825	100
Belgique	10,3	10,2	0,2	97	0,2		1,66		27 350		6,4	(19 066)	6 / 6	5 735	
France	60,4	64,2	0,5	76	0,7	0,1	1,89		26 180		7,3	(8 242)	6 / 6	4 487	
Pays-Bas	16,2	17,0	0,5	66	1,3	0,6	1,72	100	27 470		5,7	(132 032)	7 / 6	4 814	100
Suisse	7,2	5,8	0,0	68	-0,1	1,0	1,41		31 250	22,8	6,4	(23 534)	7 / 5	3 875	100
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	550,8	767,7	1,4	77	1,9		2,53					188 603	45 / 36		
CARAÏBES (15)	39,0	45,8	0,9	64	1,3		2,39						62 / 53		
Cuba	11,3	10,1	0,3	76	0,5	0,4	1,55	100		32,7	6,2	1 469	12 / 8	1 216	91
Haïti	8,4	12,4	1,3	38	3,0	4,6	3,98	24	1 580		2,7	16 621	119 / 104	257	46

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2004)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2002)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Jamaïque	2,7	3,7	0,9	52	1,0	1,9	2,36	95	3 550	15,7	2,9	3 534	28 / 21	1 545	92
Porto Rico	3,9	3,7	0,5	97	1,1	1,3	1,89					0	14 / 11		
République dominicaine	8,9	11,9	1,5	59	2,1	0,9	2,71	98	5 870	6,6	2,2	8 135	58 / 48	921	86
Trinité-et-Tobago	1,3	1,2	0,3	75	0,9	0,9	1,55	96	8 680	14,2	1,7	530	21 / 16	6 708	90
AMÉRIQUE CENTRALE	144,6	211,8	1,7	69	2,0		2,76						41 / 34		
Costa Rica	4,3	6,5	1,9	61	2,8	1,6	2,28	98	8 260	14,6	4,9	344	14 / 11	899	95
El Salvador	6,6	9,8	1,6	60	2,1	2,2	2,88	90	4 570		3,7	7 760	38 / 31	677	77
Guatemala	12,7	26,2	2,6	46	3,4	3,0	4,41	41	3 880	7,7	2,3	12 474	58 / 51	626	92
Honduras	7,1	12,6	2,3	46	3,3	1,6	3,72	56	2 450		3,2	13 853	53 / 43	488	88
Mexique	104,9	140,2	1,5	76	1,8	0,8	2,50	86	8 540	11,8	2,7	9 849	37 / 31	1 532	88
Nicaragua	5,6	10,9	2,4	57	3,1	0,5	3,75	67		20,5	3,8	16 685	50 / 40	536	77
Panama	3,2	5,1	1,8	57	2,4	1,0	2,70	90	5 870	10,5	4,8	474	31 / 23	1 098	90
AMÉRIQUE DU SUD (16)	367,2	510,1	1,4	81	2,0		2,45						45 / 35		
Argentine	38,9	52,8	1,2	90	1,4	0,1	2,44	98	9 930	12,4	5,1	865	26 / 21	1 537	
Bolivie	9,0	15,7	1,9	63	2,7	1,2	3,82	69	2 300	12,0	3,5	25 576	77 / 67	496	83
Brésil	180,7	233,1	1,2	83	2,0	0,4	2,21	88	7 250	10,7	3,2	7 545	52 / 39	1 074	87
Chili	16,0	21,8	1,2	87	1,6	1,0	2,35	100	9 180	14,3	3,1	112	15 / 12	1 545	93
Colombie	44,9	67,5	1,6	77	2,2	2,0	2,62	86	5 870	16,4	3,6	1 427	35 / 30	680	91
Équateur	13,2	18,7	1,5	62	2,3	1,1	2,76	69	3 222		2,3	9 697	60 / 49	692	85
Paraguay	6,0	12,1	2,4	57	3,5	0,7	3,84	71	4 450	12,9	3,0	3 761	51 / 39	697	78
Pérou	27,6	41,1	1,5	74	2,0	1,9	2,86	59	4 800	7,5	2,6	23 635	57 / 47	460	80
Uruguay	3,4	4,1	0,7	93	0,9	0,3	2,30	100	12 010	7,2	5,1	193	18 / 13	809	98
Venezuela	26,2	41,7	1,9	88	2,1	0,7	2,72	94	5 080		3,7	879	25 / 20	2 227	83
AMÉRIQUE DU NORD (17)	328,9	447,9	1,0	80	1,4		2,05						8 / 8		
Canada	31,7	39,1	0,8	80	1,2	0,0	1,48	98	28 070		6,8	(12 689)	7 / 6	7 985	100
États-Unis d'Amérique	297,0	408,7	1,0	80	1,4	0,0	2,11	99	35 060	18,0	6,2	(951 012)	8 / 9	7 996	100
OCÉANIE	32,6	45,8	1,2	73	1,4		2,34						34 / 35		
AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE	23,8	30,1	0,9	91	1,3		1,75						8 / 6		
Australie (18)	19,9	25,6	1,0	92	1,4	0,0	1,70	100	26 960	16,0	6,2	(13 088)	8 / 6	5 956	100
Mélanésie (19)	7,6	14,0	2,1	20	2,5		3,91						70 / 75		
Nouvelle-Zélande	3,9	4,5	0,8	86	0,8	0,1	2,01	100	20 020	19,6	6,4	(2 150)	8 / 6	4 714	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,8	11,1	2,2	13	2,3	4,9	4,09	53	2 080	12,4	3,9	6 157	81 / 88		42
PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (20)															
Arménie	3,1	2,3	-0,5	64	-0,8	0,7	1,15	97	3 060		3,2	3 721	22 / 17	744	
Azerbaïdjan	8,4	10,9	0,9	50	0,6	1,1	2,10	84	2 920		0,7	1 887	41 / 38	1 428	78
Bélarus	9,9	7,5	-0,5	71	0,1	0,2	1,20	100	5 330		4,8	148	17 / 12	2 449	100
Fédération de Russie	142,4	101,5	-0,6	73	-0,6	0,1	1,14	99	7 820		3,7	12 226	23 / 18	4 293	99
Géorgie	5,1	3,5	-0,9	52	-1,4	1,0	1,40	96	2 210		1,4	2 991	25 / 18	462	79
Kazakhstan	15,4	13,9	-0,4	56	-0,3	0,1	1,95	99	5 480		1,9	6 169	68 / 48	2 705	91
Kirghizistan	5,2	7,2	1,4	34	1,0	0,9	2,64	98	1 520		1,9	2 593	50 / 42	451	77
Ouzbékistan	26,5	37,8	1,5	37	1,0	1,4	2,44	96	1 590		2,7	4 624	56 / 48	2 029	85
République de Moldova	4,3	3,6	-0,1	46	0,1	0,4	1,40	99	1 560		2,8	768	26 / 21	735	92
Tadjikistan	6,3	9,6	0,9	25	-0,4	1,9	3,06	71	900		1,0	805	78 / 67	487	60
Turkménistan	4,9	7,5	1,5	45	2,0	0,9	2,70	97	4 570		3,0	1 027	74 / 61	3 244	
Ukraine	48,2	31,7	-0,8	67	-0,7	0,2	1,15	100	4 650		2,9	4 658	20 / 15	2 884	98

Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés

Suivi des objectifs de la CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation		Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Chiffre total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M / F	Ratio de mortalité maternelle	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	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M / F
Antilles néerlandaises	13	73,3 / 79,2	20	104 / 104	69 / 77	44			
Bahamas	18	63,9 / 70,3	60	92 / 93	90 / 93	60	62	60	3,0 / 3,0
Bahreïn	14	72,5 / 75,9	28	98 / 98	91 / 99	18	62	31	0,1 / 0,2
Barbade	11	74,5 / 79,5	95	108 / 108	103 / 103	43	55	53	2,0 / 1,0
Belize	31	69,9 / 73,0	140	119 / 116	68 / 74	86	47	42	3,0 / 1,8
Brunéi Darussalam	6	74,2 / 78,9	37	107 / 106	85 / 91	26			<0,1 / <0,1
Cap-Vert	30	67,0 / 72,8	150	125 / 120	64 / 67	82	53	46	
Chypre	8	76,0 / 80,5	47	97 / 97	93 / 94	10			
Comores	67	59,4 / 62,2	480	98 / 81	30 / 25	59	26	19	
Djibouti	102	44,7 / 46,8	730	46 / 35	24 / 15	64			0,3 / 0,3
Fidji	18	68,1 / 71,5	75	109 / 109	78 / 83	54			0,2 / <0,1
Guadeloupe	7	74,8 / 81,7	5			19			
Guam	10	72,4 / 77,0	12			70			
Guinée équatoriale	101	47,8 / 50,5	880	132 / 120	38 / 22	192			
Guyana	51	60,1 / 66,3	170			67	37	36	2,2 / 2,8
Îles Salomon	21	67,9 / 70,7	130			52			
Islande	3	77,6 / 81,9	0	101 / 101	104 / 111	19			0,2 / 0,2
Luxembourg	5	75,1 / 81,4	28	101 / 100	93 / 99	9			
Maldives	38	67,8 / 67,0	110	125 / 124	64 / 68	53			
Malte	7	75,9 / 80,7	21	106 / 106	91 / 89	12			
Martinique	7	75,8 / 82,3	4			30			
Micronésie (26)	21	70,3 / 74,0				53			
Nouvelle-Calédonie	7	72,5 / 77,7	10			31			
Polynésie (27)	21	68,9 / 73,4				39			
Polynésie française	9	70,7 / 75,8	20			45			
Qatar	12	70,5 / 75,4	7	108 / 104	88 / 93	20	43	32	
Réunion	8	71,2 / 79,3	41			32	67	62	
Samoa	26	66,9 / 73,4	130	104 / 101	71 / 79	44			
Suriname	26	68,5 / 73,7	110	127 / 125	62 / 86	42	42	41	2,2 / 1,1
Timor-Leste (République démocratique du)	124	48,7 / 50,4	660			27			
Vanuatu	29	67,5 / 70,5	130	112 / 111	28 / 29	52			

Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en milliers) 2004	Population prévue (en milliers) 2050	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance de la population urbaine (2000-2005)	Pop. / ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant PPA en \$É-U (2002)	Mortalité des moins de 5 ans M / F
Antilles néerlandaises	223	249	69,7	1,1	0,1	2,05			17 / 11
Bahamas	317	395	89,5	1,5	0,9	2,29			27 / 21
Bahreïn	739	1 270	90,0	2,3	1,2	2,66	98		20 / 16
Barbade	271	258	51,7	1,5	0,6	1,50	91		13 / 11
Belize	261	421	48,3	2,3	0,7	3,15	83	5 340	43 / 42
Brunéi Darussalam	366	685	76,2	3,2	0,3	2,48	99		8 / 6
Cap-Vert	473	812	55,9	3,5	2,4	3,30	89	4 720	45 / 26
Chypre	808	892	69,2	1,0	0,6	1,90	100	18 040	8 / 8
Comores	790	1 816	35,0	4,6	4,0	4,90	62	1 640	96 / 87
Djibouti	712	1 395	83,7	2,1		5,70		2 070	185 / 168
Fidji	847	969	51,7	2,5	1,1	2,88	100	5 310	21 / 23
Guadeloupe	443	467	99,7	0,9	0,5	2,10			11 / 8
Guam	165	248	93,7	1,7		2,88			13 / 10
Guinée équatoriale	507	1 177	48,1	4,7	1,4	5,89	65	5 590	181 / 164
Guyana	767	507	37,6	1,4	0,3	2,31	86	3 780	81 / 60
Îles Salomon	491	1 071	16,5	4,5	4,4	4,42	85	1 520	31 / 30
Islande	292	330	92,8	0,9	3,3	1,95		28 590	5 / 4
Luxembourg	459	716	91,9	1,6		1,73		51 060	7 / 7
Maldives	328	819	28,8	4,5	8,7	5,33	70		41 / 56
Malte	396	402	91,7	0,7	0,6	1,77			9 / 8
Martinique	395	413	95,7	0,8	0,7	1,90			9 / 8
Micronésie (26)	535	863	69,1	2,6		3,40			26 / 25
Nouvelle-Calédonie	233	382	61,2	2,2		2,45			9 / 10
Polynésie (27)	643	912	43,6	1,7		3,16			26 / 26
Polynésie française	248	355	52,1	1,2		2,44			11 / 11
Qatar	619	874	92,0	1,7	0,3	3,22	98		17 / 13
Réunion	767	1 014	91,5	2,0	0,6	2,30			11 / 9
Samoa	180	254	22,3	1,3		4,12	100	5 350	34 / 29
Suriname	439	459	76,1	1,6	1,2	2,45	85		35 / 23
Timor-Leste (République démocratique du)	820	1 433	7,6	4,8	7,2	3,85	24		186 / 179
Vanuatu	217	435	22,8	4,1		4,13	89	2 770	32 / 39

Notes relatives aux indicateurs

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) Appelé antérieurement le Zaïre.
- (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 (SAR).
- (9) Ce pays est compris dans l'ensemble des pays développés, mais non dans les évaluations concernant la région géographique.
- (10) La Turquie est incluse dans l'Asie occidentale pour des raisons géographiques. Dans d'autres classifications, elle fait partie de l'Europe.
- (11) Comprennent les pays suivants: Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Comores, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Mauritanie, Oman, Qatar, Somalie, Soudan, Syrie, Territoire palestinien occupé, Tunisie et Yémen. Le total régional pour les indicateurs démographiques est indiqué par la Division de la population (ONU). Les totaux pour d'autres indicateurs sont des moyennes pondérées établies sur la base des pays pour lesquels des données sont disponibles.
- (12) Y compris les îles Anglo-normandes, les îles Féroé et l'île de Man.
- (13) Y compris l'Andorre, Gibraltar, le Saint-Siège et Saint-Marin.
- (14) Y compris le Liechtenstein et Monaco.
- (15) Y compris Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les îles Vierges britanniques, les îles Caïmanes, Dominique, Grenade, Montserrat, les Antilles néerlandaises, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, les îles Turques et Caïques, et les îles Vierges américaines.
- (16) Y compris les îles Falkland (Malvinas) et la Guyane française.
- (17) Y compris les Bermudes, le Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- (18) Y compris l'île Christmas, les îles Cocos (Keeling) et l'île Norfolk.
- (19) Y compris la Nouvelle-Calédonie et Vanuatu.
- (20) 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 centrale englobe le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan.
- (21) Total régional, à l'exclusion de la sous-région dont les données figurent séparément ci-après.
- (22) Ces sous-régions sont comprises dans la région "États arabes et Europe" de l'UNFPA.
- (23) Les évaluations sont fondées sur les rapports des années précédentes. On attend une mise à jour des données.
- (24) Le total de l'Europe orientale comprend quelques États balkaniques d'Europe méridionale et quelques États baltes d'Europe septentrionale.
- (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) Comprend les États fédérés de Micronésie, Guam, Kiribati, les îles Marshall, Nauru, les îles Mariannes septentrionales et les îles du Pacifique (Palaos).
- (27) Comprend 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 sur *L'État de la population mondiale* accordent une place spéciale aux indicateurs permettant de mesurer le progrès réalisé vers les objectifs quantitatifs et qualitatifs adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et vers les objectifs de développement pour le Millénaire (MDG) concernant la réduction de la mortalité, l'accès à l'éducation, l'accès aux services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, et la prévalence du VIH/sida parmi les jeunes. Plusieurs changements ont été apportés à d'autres indicateurs, comme on l'a noté ci-après. A mesure que le suivi de la CIPD et des MDG favorisera la mise au point de systèmes améliorés de surveillance, différentes mesures seront insérées, en fonction de leur disponibilité, dans les rapports ultérieurs. 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 et à la réalisation des MDG. 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 du Secrétariat de l'ONU. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York, ONU. Tableaux fournis par la Division de la population. 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. Les évaluations portent sur la période 2000-2005.

Ratio de mortalité maternelle: Source: OMS, UNICEF et UNFPA, 2003. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Genève: OMS. 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 régulièrement

révisées 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. En raison des changements intervenus dans les méthodes, les évaluations antérieures concernant les niveaux de 1995 peuvent n'être pas strictement comparables avec les présentes évaluations.

INDICATEURS D'ÉDUCATION

Taux bruts de scolarisation primaire des garçons et des filles, taux bruts de scolarisation secondaire des garçons et des filles. Source: Tableau fourni par l'Institut de statistique de l'UNESCO. Mars 2004. Les données relatives aux pays pour lesquels elles proviennent de la base de données de l'OCDE sont provisoires (voir détails à: www1.oecd.org/els/education/ei/eag/wei.htm, consulté pour la dernière fois le 1er juin 2004). Les données relatives à la population sont basées sur : Division de la population (ONU), *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Les taux bruts de scolarisation indiquent le nombre d'étudiants inscrits à un niveau donné du système éducatif pour 100 individus qui se trouvent dans le 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. Les données portent sur les années scolaires 2001/2002 ou 2000/2001 si des données plus récentes ne sont pas disponibles.

Alphabétisme chez les hommes et les femmes adultes. Source: Voir la section "Taux bruts de scolarisation primaire" ci-dessus pour la source; les données sont ajustées pour l'analphabétisme à partir de celles relatives à l'instruction primaire. 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 2002 Revision*. New York, ONU. Les données sont les évaluations pour l'année la plus récente de la période 2000-2004 pour laquelle elles soient disponibles.

Pourcentage des enfants scolarisés qui terminent la cinquième année de l'enseignement primaire. Source: Voir la section "Taux bruts de scolarisation primaire" ci-dessus pour la source. Les données sont les plus récentes qui soient disponibles pour les années scolaires commençant en 1999, 2000 ou 2001. Vingt-trois pays ont communiqué leurs données jusqu'à la quatrième année d'études (voir source initiale).

INDICATEURS DE SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Source: Tableurs fournis par la Division de la population (ONU). Il s'agit d'un indicateur de la charge de fécondité qui pèse sur les femmes pendant leur jeunesse. Etant 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 mortinatalité, ni des avortements spontanés ou provoqués.

Prévalence de la contraception. Source: Tableau "Percent Currently Using Contraception among Married or In-union Women of Reproductive Age", fourni par la Division de la population (ONU) à partir de "World Contraceptive Use 2003: Database Maintained by the United Nations Population Division of the United Nations Secretariat". Ces données, qui sont tirées d'enquêtes par sondage, évaluent 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 concernant l'époque à laquelle les enquêtes ont été menées et le détail des questions qui ont été posées. Contrairement à la pratique des années précédentes, toutes les données nationales et régionales se rapportent à des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées; elles vont de 1980 à 2002.

Taux de prévalence du VIH/sida, M/F (15-49 ans). Source : Données fournies par ONUSIDA. ONUSIDA, 2004. Genève: ONUSIDA. Ces données proviennent de rapports établis par les systèmes de surveillance et d'évaluations modèles. Les données fournies pour les hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans sont des évaluations ponctuelles pour chaque pays. L'année de référence est 2003. Les différences entre taux masculins et féminins traduisent la vulnérabilité physiologique et sociale de chaque sexe à la maladie et sont en partie fonction de la différence d'âge entre les partenaires sexuels.

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Population totale en 2003, population prévue en 2050, taux annuel moyen de croissance démographique pour la période 2000-2005.

Source: Tableurs fournis par la Division de la population (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 présent.

Pourcentage de la population urbaine, taux d'accroissement de la population urbaine. Source: Division de la population (ONU). 2004. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*. New York: ONU, disponible sur un disque compact-ROM (POP/DP/WUP/Rev.2003), et Division de la population (ONU). 2004. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision: Data Tables and Highlights* (ESA/P/WP.190). New York: ONU. Ces indicateurs reflètent la proportion de la population nationale vivant dans les zones urbaines et le taux d'accroissement prévu de cette population.

Population agricole par hectare de terre arable et cultivée en permanence. Source: Données fournies par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Division de statistique, à partir de données concernant la population agricole sur la base de la population totale communiquées par la Division de la population (ONU). 2003. *World Population Prospects: The 2002 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 valeurs élevées peuvent être liées 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 2001.

Taux total de fécondité (période 2000-2005). Source : Division de la population (ONU). 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. 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'âge pendant la période spécifiée. Les pays peuvent atteindre le niveau prévu à des moments différents de cette période.

Naissances avec assistance qualifiée. Source: Tableau fourni par l'UNICEF, avec des données provenant de *Situation des enfants dans le monde 2004*, et mises à jour sur le suivi des MDG datées de février 2004. Les données relatives aux pays développés ne sont pas disponibles. 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 données relatives aux pays développés traduisent le niveau plus élevé de leur performance sous ce rapport. Comme il est admis que les données couvrent l'ensemble du pays considéré, il se peut que les statistiques officielles ne tiennent pas pleinement compte de l'incomplétude des données (et de la couverture) concernant les groupes de population marginalisés, ainsi que de l'impact des retards dans le transport des patientes. Les données estimatives sont les plus récentes qui soient disponibles, en aucun cas antérieures à 1994.

Revenu national brut par habitant. Source: Chiffres les plus récents (2001 ou 2002) communiqués par la Banque mondiale. *World Development Indicators Online*. Site Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (par abonnement). Cet indicateur, antérieurement dénommé produit national brut (PNB) par habitant, 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 (PIB) 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 différents ajustements techniques, dont ceux ayant trait aux secteurs fluctuations 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 initiale.

Dépenses du gouvernement central en matière d'éducation et de santé. Source: Les plus récentes données portant sur les six dernières années et provenant de : Banque mondiale. 2003. *World Development Indicators Online*. Site Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (par abonnement). Ces indicateurs reflètent la priorité accordée aux secteurs de l'éducation et de la santé par un pays à travers la part des dépenses publiques qui y est affectée. 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 primaires, par rapport à d'autres niveaux des secteurs éducatif et sanitaire, différences qui peuvent être extrêmement marquées. Le fait que la répartition des responsabilités administratives et budgétaires entre gouvernement central et pouvoirs locaux, ainsi que le rôle des secteurs public et privé, varient selon les pays rend difficile une comparaison directe. Les évaluations communiquées s'entendent en pourcentage du PIB par habitant pour l'éducation et en pourcentage du PIB pour la santé. On ne saurait trop recommander une grande prudence dans les comparaisons entre pays, parce que le prix des intrants diffère selon les contextes et les secteurs.

Assistance extérieure en matière de population. Source: UNFPA. 2003. *Flux de ressources financières pour les activités en matière de population en 2001*. New York: UNFPA. Cet indicateur fournit le montant de l'assistance extérieure qui a été affecté en 2001 aux activités de population dans chaque pays. Les fonds d'origine étrangère 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 totaux régionaux indiqués comprennent les projets de pays et les activités régionales (qui ne figurent pas ailleurs dans le tableau).

Les données pour 2002 seront disponibles après la publication de ce rapport.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans. Source: Division de la population (ONU), tabulation spéciale fondée sur ONU. 2003. *World Population Prospects: The 2002 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 quatre 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 2000-2005.

Consommation d'énergie par habitant. Source: Banque mondiale. *World Development Indicators Online*. Site Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (par abonnement). Cet indicateur reflète la consommation annuelle d'énergie primaire marchande (charbon, lignite, pétrole, gaz naturel et hydroélectricité, électricité nucléaire et électricité géothermique) en kilogrammes d'équivalent-pétrole par habitant. Il reflète aussi 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 intervenus dans les modes d'utilisation plus ou moins efficaces de l'énergie (y compris l'augmentation ou la diminution des gaspillages). Les données estimatives portent sur 2001.

Accès à l'eau salubre. Source: UNICEF, 2003. *Situation des enfants dans le monde 2004*. New York, UNICEF. Tableau 3: Santé. Cet indicateur donne le pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau potable de meilleure qualité fournissant une quantité suffisante d'eau salubre et située à une distance raisonnable de l'habitation de l'utilisateur. Les mots en italique renvoient aux définitions retenues par chaque pays. L'indicateur est à mettre en relation avec le degré d'exposition aux risques de santé, notamment ceux qui sont imputables à un assainissement insuffisant. Les données correspondent aux évaluations pour l'année 2000.

Équipe de rédaction

L'état de la population mondiale 2004

Directeur de la publication : William A. Ryan

Directeur de la recherche/Conseiller : Stan Bernstein

Assistante de rédaction : Phyllis Brachman

Collaborateurs : David Del Vecchio, Lucille Pilling de Lucena, Patrick Friel, Margaret E. Greene, Karen Hardee, Marianne Haslegrave, Erin Hasselberg, Don Hinrichsen, Mia MacDonald, Alex Marshall, Kourtoom Nacro, Danielle Nierenberg, Rabbi Royan, Gita Sen, Michael Vlassoff

Stagiaire : Katherine McCarthy

Production : Prographics, Inc., Annapolis, Maryland, USA

Photos (auteurs et légendes)

Couverture

© Ron Giling/Still Pictures
Mères et enfants au Ghana.

Chapitre premier

© Dominic Sansoni/Panos Pictures
Une famille rurale en Inde.

Chapitre 2

© Mark Edwards/Still Pictures
Une famille de migrants aux Philippines.

Chapitre 3

© Mark Edwards/Still Pictures
À Wollo, en Éthiopie, des travailleurs détournent une rivière pour irriguer la terre dans le cadre d'un projet Concern Food for Work.

Chapitre 4

© Hans Blossey/Still Pictures
À Hong Kong SAR, en Chine, passants et véhicules remplissent Nathan Road.

Chapitre 5

© Roger LeMoyné/UNICEF
À Kaboul, en Afghanistan, des enseignantes assistent à une séance de formation organisée par le Ministère de l'éducation.

Chapitre 6

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Au Bangladesh, un agent sanitaire de communauté enseigne la planification familiale à une femme rurale.

Chapitre 7

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Un examen prénatal en Inde.

Chapitre 8

© Mark Edwards/Still Pictures
À Bangkok, en Thaïlande, un agent externe distribue des préservatifs à des prostituées.

Chapitre 9

© Jorgen Schytte/Still Pictures
Une jeune mère et son bébé, au Guatemala.

Chapitre 10

© Mark Edwards/Still Pictures
Un père et son enfant, en Inde.

Chapitre 11

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Une mère et sa fille, au Bangladesh.

Page 20

© Mark Edwards/Still Pictures
À Java, en Indonésie, une famille de migrants travaille à convertir des parcelles de forêt humide en terre où pratiquer la culture de subsistance.

Page 59

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures
Au Cap-Vert, une infirmière examine une femme enceinte dans un dispensaire.

Page 66

© Marie Dorigny
Une malade du sida reçoit des soins à l'hôpital de Bukoba, en Tanzanie.



Fonds des Nations Unies pour la population

220 East 42nd Street, 23rd Floor

New York, NY 10017

États-Unis d'Amérique

www.unfpa.org



Fonds des Nations Unies pour la population
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017
États-Unis d'Amérique
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-721-9
F/8,000/2004 Numéro de vente F.04.III.H.1

Imprimé sur papier recyclé.

