

Émancipation des Femmes et Santé en Matière de Reproduction :

Leurs Rapports au long du Cycle de Vie

Table des matières

Introduction	2
L'agenda des droits	2
Que sont les droits en matière de reproduction et de sexualité?	2
Définition des concepts et des droits	3
La santé en matière de reproduction et le cycle de vie	3
La santé en matière de reproduction et les chances au début de la vie	4
Le handicap d'avoir une mère trop jeune	4
Faible espacement des naissances et mortalité infantile	5
La préférence pour les fils et la sélection en fonction du sexe	5
L'impact de la mortalité maternelle	5
Transmission du VIH/sida et d'autres MST de la mère à l'enfant	6
Les orphelins	6
Santé et éducation en matière de reproduction : leurs rapports mutuels	7
L'écart entre les sexes	8
L'éducation a pour effet de retarder le mariage, d'améliorer l'état de santé et de faire baisser le taux de fécondité	9
L'activité sexuelle précoce, la grossesse et la fin prématurée de l'éducation	9
Éducation à la santé en matière de reproduction et de sexualité	9
L'adolescence et la transition à l'âge adulte	10
Des restrictions sont imposées aux filles, un comportement agressif est permis aux garçons	11
Les jeunes sont les premières victimes des MST et du VIH/sida	11
Les sévices sexuels, le viol et l'exploitation	12
La grossesse et l'avortement	12
La mutilation génitale féminine	13
Besoin extrême d'informations et de services	14
Le mariage et la famille	14
Risques de santé liés à un mariage précoce	14
Les formes et les normes de la famille sont en train de changer	15
Planification familiale et contraception	15
Communication entre les époux	15
Les impacts d'une grossesse non désirée	16
La maternité sans danger	16
Santé sexuelle, MST et VIH/sida	17
Participation à la main-d'oeuvre et emploi	17
Travaux ménagers et soins aux jeunes enfants	17
L'emploi des femmes et les décisions en matière de reproduction	18
Les risques sur le lieu de travail	19
Santé en matière de reproduction et violence	19
La violence familiale	20
Les femmes victimes de la guerre et les situations d'urgence	21
Coûts additionnels	21
L'âge mûr	22
Notes	23

Introduction

L'agenda des droits

Une série d'accords internationaux conclus au cours des 10 dernières années ont affirmé qu'il est nécessaire de favoriser le plein épanouissement de la capacité de tous les habitants d'un pays pour assurer le développement national et la santé publique. L'émancipation des femmes est essentielle à cette fin.

De nombreuses conférences internationales, régionales et nationales ont reconnu dans l'émancipation des femmes un droit humain fondamental et aussi un impératif du développement national, de la stabilisation de la population et du bien-être collectif. La santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité sont essentiels à l'émancipation des femmes et à tous les problèmes relatifs à la qualité de la vie qui concernent la participation sociale, économique, politique et culturelle des femmes.

L'émancipation des femmes a été un objectif central tant de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, que de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995. Les deux conférences ont reconnu et réaffirmé que la santé en matière de reproduction est un aspect indispensable de l'émancipation des femmes.

L'émancipation des femmes est le processus par lequel des rapports de force inégaux sont transformés et les femmes accèdent à plus d'égalité avec les hommes. Au niveau gouvernemental, elle inclut l'extension aux femmes de tous les droits sociaux, économiques et politiques fondamentaux. Au niveau individuel, elle inclut des processus grâce auxquels les femmes acquièrent le pouvoir de défendre leurs droits et de gagner plus d'assurance et de contrôle sur leur propre vie, ainsi que sur leurs relations personnelles et sociales. La participation des hommes et l'acceptation du changement des rôles sont indispensables à l'émancipation des femmes.

L'importance de l'émancipation des femmes a aussi été mise en relief dans les accords résultant d'autres importantes conférences internationales, régionales et nationales tenues durant la dernière décennie, à savoir le Sommet mondial pour les enfants (1990), la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993), le Sommet

mondial pour le développement social (1995), le Sommet mondial de l'alimentation (1996), Habitat II (1996) et l'examen après cinq ans de l'application du Programme d'action de la CIPD (CIPD+5) (1999).

Le présent rapport, qui constitue une contribution à l'examen des progrès accomplis depuis la Conférence de Beijing ("Beijing+5"), met l'accent sur la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité, considérés comme une composante nécessaire et vitale de l'émancipation des femmes tout au long du cycle de vie.

Que sont les droits en matière de reproduction et de sexualité?

L'interprétation par la communauté internationale des droits en matière de reproduction et de sexualité s'est considérablement élargie ces dernières années. Le Programme d'action de la CIPD¹ et le Programme d'action de Beijing² reconnaissent dans les droits en matière de reproduction et de sexualité *une partie inaliénable, intégrale et indivisible des droits universels de la personne*.

Les droits en matière de reproduction et de sexualité sont aussi une pierre d'angle du développement. Pour atteindre les objectifs d'un développement durable et équitable, il faut que chacun soit en mesure d'exercer un contrôle sur sa propre vie en matière de reproduction et de sexualité. Les droits les plus importants en matière de reproduction et de sexualité sont³:

- *La santé en matière de reproduction et de sexualité*, en tant que composante de la santé en général, tout au long du cycle de vie, pour hommes et femmes;
- *La prise de décisions en matière de reproduction*, à savoir la liberté de choix du conjoint, la formation d'une famille et la détermination du nombre des enfants, du moment et de l'espacement de leur naissance; et le droit d'avoir accès à l'information et aux moyens nécessaires pour exercer un choix volontaire;
- *L'égalité et l'équité pour hommes et femmes*, afin de permettre aux individus de faire des choix libres et informés dans tous les domaines, à l'abri d'une discrimination fondée sur le sexe;
- *La sécurité en matière de reproduction et de sexualité*, à savoir notamment la protection contre la violence sexiste et la coercition sexuelle et le droit à la vie privée.

Quand la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité sont méconnus, il en résulte de nombreux problèmes dont la communauté internationale a compris qu'il est nécessaire de les résoudre sans délai. Il s'agit notamment des suivants : violence sexiste, VIH/sida, mortalité maternelle, grossesses des adolescentes, enfants abandonnés et rapide accroissement démographique. Le refus massif des droits de la personne est à l'origine de millions de décès chaque année; un bien plus grand nombre encore subissent des lésions ou des infections permanentes. La plupart de ces victimes vivent dans les pays en développement – et ce sont en majorité des femmes. Les droits et la santé en matière de sexualité ne sont pas uniquement une préoccupation individuelle. Bien plutôt, ils peuvent avoir un impact direct sur l'économie d'un pays – comme on le voit clairement dans les pays africains les plus durement frappés par la pandémie du sida.

Définition des concepts et des droits

Les conférences des Nations Unies tenues durant les années 90 sont parvenues à un accord sur les concepts et définitions clés ci-après :

- 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 maladie ou d'infirmité). (Programme d'action de la QCMF, par. 94; Programme d'action de la CIPD, par. 7.2)
- Par **santé en matière de sexualité**, on entend qu'hommes et femmes doivent pouvoir mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité. Les relations entre les sexes doivent être fondées sur l'égalité, la responsabilité et le respect mutuel. La santé en matière de sexualité recouvre des comportements de grande importance pour faire échec aux maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/sida. La santé en matière de sexualité vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et les services de santé ne doivent pas se limiter à dispenser des conseils et des soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. (Programme d'action de la QCMF, par. 94; Programme d'action de la CIPD, par. 7.2)
- Les **droits en matière de reproduction** comprennent "le droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de

façon responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et d'être informés des moyens de le faire. Ils recouvrent aussi le droit de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la contrainte ou à la violence, conformément aux textes relatifs aux droits de l'homme". (Programme d'action de la QCMF, par. 95).

- Les **droits en matière de sexualité** comprennent "le droit fondamental des femmes d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence". (Programme d'action de la QCMF, par. 96).

La santé en matière de reproduction et le cycle de vie

La santé en matière de reproduction n'est pas un problème limité à l'âge de procréation" dans la vie d'une femme, habituellement défini par la période entre 15 et 45 ans. Bien plutôt, la santé en matière de procréation est une préoccupation qui se pose aux femmes comme aux hommes durant toute leur vie, de la première enfance à la vieillesse.

Dans beaucoup de cultures, la discrimination contre les filles commence dès la première enfance et détermine le cours de leur vie. Les problèmes concernant l'éducation et les soins de santé appropriés se posent durant l'enfance et l'adolescence. Ces problèmes continuent de se poser durant l'âge de procréation, en même temps que la planification familiale, les MST et les infections de l'appareil génital, la qualité de la nutrition et des soins durant la grossesse, et la condition sociale des femmes. Dans la vieillesse, les problèmes sont notamment l'infection chronique et la peur croissante d'être atteinte du cancer du col de l'utérus ou du sein.

Les attitudes masculines à l'égard des rapports entre les sexes et des relations sexuelles se dessinent dès l'enfance et demeurent souvent fixées pour la vie. Il est nécessaire de socialiser les hommes de bonne heure, de les éveiller au concept de responsabilité sexuelle et d'éducation permanente, ainsi que de favoriser chez eux un comportement sain concernant la sexualité et la formation de la famille.

Femmes et hommes ont les uns et les autres besoin de soins de santé en matière de reproduction appropriés au moment du cycle de vie qu'ils traversent⁴.

La santé en matière de reproduction et les chances au début de la vie

Un bébé est né. Est-il désiré? Qui est la mère? Est-elle mariée? A-t-elle un partenaire ou une famille en mesure de prêter appui à elle-même et à son enfant? Quel âge a la mère? A-t-elle reçu une éducation? Sait-elle lire et écrire? Est-elle prête sur le plan affectif et assez mûre à tous égards pour donner à l'enfant les soins et la base qui lui sont nécessaires pour un bon départ dans la vie au milieu d'un monde de plus en plus complexe?

Les circonstances dans lesquelles un enfant naît déterminent dans une grande mesure non seulement s'il survivra, mais le cours entier de sa vie. Les choix des femmes en matière de procréation influent sensiblement tant sur leurs perspectives propres que sur celles

de leurs enfants. L'âge de la mère, l'espacement des naissances, les soins durant la grossesse et l'accouchement déterminent dans une large mesure si l'enfant survivra et comment il évoluera durant ses premières années.

Les enfants nés en dehors d'une union régulière et ceux nés quand leurs parents ont déjà le nombre d'enfants qu'ils désirent sont exposés à recevoir de leurs parents trop peu d'attention et de soutien.

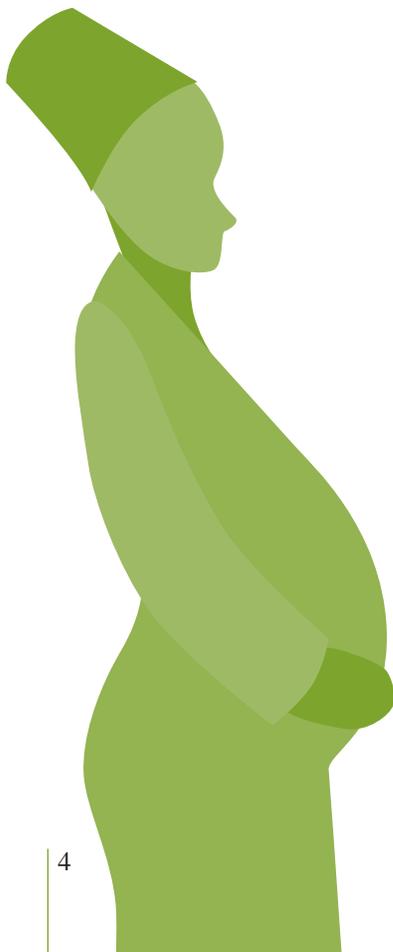
Le handicap d'avoir une mère trop jeune⁵

L'impact de la santé en matière de reproduction sur le nouveau-né est immédiat et peut être dramatique. Les enfants d'adolescentes sont généralement désavantagés, car la mère n'est pas mûre sur les plans physique et affectif et la naissance de l'enfant met souvent fin à ses études. Les risques sont particulièrement grands pour l'enfant si la mère est très jeune (de 12 à 16 ans), si elle n'est pas mariée, si elle est pauvre, ou si l'enfant n'est pas désiré. Le handicap d'avoir pour mère une adolescente est le plus marqué quand toutes ces caractéristiques sont réunies.

Environ la moitié de tous les décès des moins de 5 ans surviennent durant le premier mois de vie. Dans les pays en développement, le risque de décès durant la première année de vie est de 30 % plus élevé si la mère n'est pas encore adulte⁶. Même s'ils survivent, les enfants d'adolescentes courent un plus grand risque d'être prématurés et d'accuser une insuffisance pondérale à la naissance. Ces risques sont bien pires dans les pays en développement, compte tenu de la pauvreté ambiante, de la nutrition médiocre et de l'insuffisance des soins médicaux disponibles.

Les enfants d'adolescentes sont aussi en danger du fait d'une situation socioéconomique défavorable, qui est normalement plus marquée dans leur cas. Les adolescentes sont généralement moins en mesure de dispenser les soins compensatoires à un enfant prématuré ou accusant une insuffisance pondérale à la naissance. Dans les familles pauvres, les autres adultes sont souvent moins disponibles ou moins capables de fournir le soutien nécessaire.

- Les données en provenance du Nigéria font apparaître un contraste frappant dans les taux de mortalité des nourrissons selon que la mère est une



adolescente ou légèrement plus âgée. Si la mère a moins de 20 ans, le taux de mortalité infantile était de 121 décès pour 1 000 naissances vivantes, contre 79 décès pour les mères âgées de 20 à 29 ans.

- En de nombreux pays africains, les filles qui tombent enceintes sont contraintes de quitter l'école et risquent d'affronter une persécution d'ordre moral. Les données provenant du Rwanda, par exemple, montrent qu'environ 10 % des filles scolarisées qui tombent enceintes sont rejetées par leur famille. Cela peut les conduire à abandonner l'enfant, puis à se prostituer.

Quelle que soit la raison pour laquelle un enfant n'est pas désiré, il risque d'entrer dans la vie en position de désavantage. L'abandon est une pratique courante, ce qui explique entre autres raisons le nombre croissant d'enfants des rues dans les grandes villes, de Manille à Rio de Janeiro. Si la famille garde l'enfant, il se peut que la mère ne soit pas prête psychologiquement à assumer la responsabilité de son éducation, ou que les ressources de la famille ne suffisent pas à couvrir les besoins du bébé. L'enfant est aussi plus exposé à subir des mauvais traitements.

Faible espacement des naissances et mortalité infantile

Jeunes enfants et mères tirent également de grands avantages de l'espacement des naissances. Les enfants nés moins d'un an après la fin de la grossesse précédente de la mère sont bien plus exposés à la malnutrition et à la mort que si l'intervalle est plus grand. Le risque de décès lié à un faible intervalle persiste même après la première année de vie.

En outre, quand deux enfants sont nés à très peu d'intervalle, la santé de l'aîné peut aussi être en danger. Le mot "kwashiorkor" désigne au Ghana le type de malnutrition souvent constaté quand un enfant est sevré trop tôt parce que la mère est de nouveau enceinte. Les enfants sevrés trop tôt sont bien plus exposés à la malnutrition et aux infections.

Les taux de mortalité plus élevés constatés en cas de naissances rapprochées peuvent résulter en partie du fait que l'organisme maternel n'a pas eu le temps de récupérer complètement après la dernière grossesse, ce que l'on appelle parfois le "syndrome d'épuisement maternel". Cela peut s'appliquer en particulier aux

femmes qui pratiquent longtemps l'allaitement naturel et à celles qui souffrent de malnutrition ou accomplissent un travail physique pénible.

La préférence pour les fils et la sélection en fonction du sexe

Dans de nombreux pays, les filles pâtissent d'une préférence culturelle pour les fils profondément enracinée. Dans bien des communautés pauvres, les petites filles sont souvent négligées et ne reçoivent ni éducation ni soins médicaux. Sur tous les continents, les parents envoient souvent de préférence leurs fils à l'école et les y gardent plus longtemps que leurs filles.

La préférence marquée pour les enfants mâles a conduit dans certains pays à pratiquer l'avortement sélectif des fœtus féminins, voire l'infanticide des filles. La possibilité accrue de recourir à des techniques telles que l'amniocentèse et les ultrasons a rendu possible cette forme particulière de discrimination sexuelle, qui se traduit par des rapports de masculinité supérieurs à la normale, comme en Chine, en République de Corée et en Inde. La loi interdit désormais, en Inde et en Chine, de pratiquer les tests qui déterminent le sexe du fœtus. Néanmoins, en Asie seulement, au moins 60 millions de filles "manquent à l'appel" pour ces seules raisons⁷.

L'impact de la mortalité maternelle

Malheureusement, la mortalité maternelle ne demeure que trop commune dans les pays en développement, où plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse, y compris l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Cela revient à dire qu'environ une femme sur 50 meurt dans les pays en développement des complications de la grossesse et de l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, soit à peu près 35 fois plus que dans les pays développés. Le décès de la mère a des conséquences extrêmement graves, surtout pour un nourrisson ou un jeune enfant. Dans les pays en développement, si la mère meurt, ses enfants de moins de 5 ans sont fort exposés à mourir aussi; en certains endroits, cette probabilité atteint jusqu'à 50 %⁸. De nombreuses familles sont en mesure de fournir des soins adéquats aux enfants dont la mère est morte, mais beaucoup d'autres ne le peuvent pas.

Transmission du VIH/sida et d'autres MST de la mère à l'enfant⁹

Pour les enfants dont les mères sont infectées par le VIH, les chances de survie sont encore plus limitées dès leurs premières années. La transmission de mère à enfant est de loin la source la plus importante d'infection chez les enfants de moins de 15 ans. Dans un nombre croissant de pays, le sida est désormais la cause la plus importante de décès des enfants. Dans les centres urbains d'Afrique australe, des taux de séropositivité de 20 à 30 % sont courants chez les femmes enceintes testées dans les dispensaires de soins prénatals¹⁰.

En 1998, 10 % de tous les nouveaux sujets infectés étaient des enfants, dont la grande majorité avaient reçu le virus de mères infectées (le virus peut être transmis durant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement). L'Afrique abrite 90 % des enfants séropositifs du monde entier, en grande partie du fait de la combinaison de taux très élevés d'infection par le VIH chez les femmes et de taux élevés de fécondité. Le nombre d'enfants séropositifs semble augmenter rapidement en Inde et en Asie du Sud-Est.

- Là où des mesures préventives ne sont pas prises, les risques qu'un nourrisson reçoive le virus d'une mère infectée vont de 15 à 25 % dans les pays industrialisés et de 25 à 45 % dans les pays en développement.
- Près de 4,5 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans sont séropositifs et plus de 3 millions d'entre eux sont déjà morts du sida.
- Le sida menace de faire perdre le bénéfice d'années de progrès régulier en matière de survie des enfants, dû à des mesures telles que la promotion de l'allaitement naturel, de l'immunisation et de la réhydratation par voie orale. Le Programme com-

mun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) prévoit qu'en l'an 2010 le sida pourrait plus que doubler le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les régions les plus touchées par le virus¹¹.

- Les infections congénitales et périnatales transmises sexuellement peuvent aussi avoir de graves conséquences à long terme. Par exemple, la syphilis est un facteur de cécité, de surdité, de paralysie et de maladie des os, et la blennorragie, de cécité.

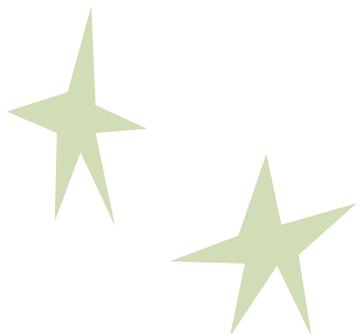
Un nouveau médicament, la nevirapine (Viramune), offre un espoir aux pays pauvres en ressources. Médicament antirétroviral qui ralentit la reproduction du virus de l'immunodéficience humaine, la nevirapine aurait fait baisser le taux d'infection de moitié, et elle est beaucoup moins coûteuse que les autres médicaments. Utilisée pour traiter les femmes enceintes séropositives en Ouganda, pays qui montre désormais la voie dans la lutte contre le VIH/sida, la nevirapine a également été approuvée par la Food and Drug Administration des États-Unis pour le traitement du VIH/sida chez les enfants¹².

Les orphelins

Les guerres, les luttes civiles et le sida font un nombre immense d'orphelins, dont beaucoup sont gravement traumatisés. C'est en Afrique que leur impact a été le plus marqué. Par exemple, les massacres de 1994 au Rwanda auraient fait environ 200 000 orphelins ou enfants séparés de leurs parents.

Bernadette Nakayima, 70 ans, vit en Ouganda, dans le district Masaka où un tiers des enfants sont orphelins. Elle-même a vu la totalité de ses 11 enfants mourir du sida. "Ils m'ont laissé à eux tous 35 petits-enfants dont je dois m'occuper", dit-elle. Selon un groupe local de femmes, une famille sur quatre s'occupe maintenant d'un orphelin du sida en Ouganda¹³.

Mais rien ne se compare avec les dommages infligés par le sida. Plus de 10 millions d'enfants africains de moins de 15 ans ont perdu leur mère ou leurs deux parents du fait de cette maladie. Dans les 23 pays les plus touchés, le nombre des "orphelins du sida" atteindra selon les prévisions 40 millions d'ici 2010. L'énorme augmentation prévue de la mortalité des



nourrissons et des jeunes enfants du fait du sida pourrait faire tomber l'espérance de vie, d'ici 2010, à 40 ans ou moins encore dans neuf pays.

Dans les pays où le sida a fait périr de nombreux adultes, plus de 10 % des enfants perdent un parent, sinon les deux. Les orphelins du sida risquent plus que les autres enfants du même âge de cesser d'aller à l'école. Ils risquent plus de devoir subvenir à leurs propres besoins et assumer des responsabilités d'adulte. Ils risquent plus de quitter leur foyer ou de le perdre et d'aller grossir le nombre croissant des enfants des rues.

Les orphelines peuvent se sentir davantage poussées à se marier, à chercher de "généreux protecteurs" ou à tomber dans la prostitution pour survivre, et pour beaucoup ce ne sera qu'une survie à court terme. La charge immense de subvenir aux besoins des orphelins du sida retombe sur les grands-parents ou d'autres membres de la famille étendue. Dans les pays où la maladie est le plus répandue, le tissu familial est soumis à une effroyable tension.

Les messages clefs :

- *Informar les filles et leur donner les moyens de ne pas commencer une grossesse avant d'avoir atteint leur plein développement physique et affectif.*
- *Inspirer aux jeunes garçons et aux hommes des sentiments tels qu'ils se comportent en partenaires responsables sur le plan sexuel et accordent une valeur non moindre à leurs filles qu'à leurs fils.*
- *Faire comprendre au public que, si une femme séropositive tombe enceinte, son bébé est très exposé à contracter la maladie de sa mère – et à mourir lui aussi.*
- *Les gouvernements doivent assumer la responsabilité de la catastrophe humaine que représentent les orphelins et autres enfants vivant dans les rues, en élaborant des programmes qui leur redonnent leur place d'êtres humains capables de contribuer à la société et en intensifiant les efforts pour prévenir les grossesses non désirées dont l'effet est d'augmenter le nombre des enfants des rues.*

Santé et éducation en matière de reproduction : leurs rapports mutuels

*L*a fillette atteint l'âge de 5 ans. Ira-t-elle à l'école comme son frère? Ou restera-t-elle à la maison pour aider sa mère à aller chercher de l'eau et prendre soin du nouveau bébé? Si elle commence l'école, son père va-t-il l'en retirer quand la famille aura besoin de bras supplémentaires dans les champs? Son frère restera-t-il à l'école? Quand elle grandira, saura-t-elle comment résister aux avances de garçons qui la trouvent séduisante? Qu'arrive-t-il si elle tombe enceinte? Sera-t-elle forcée de quitter l'école?

Dans le monde entier, il est jugé plus important de donner une éducation aux garçons qu'aux filles¹⁴. L'éducation des filles a des avantages indiscutables, mais tous les parents ne le comprennent pas. Il y a d'immenses écarts entre les sexes tant dans le taux de scolarisation que dans sa durée. Alors que presque tous les garçons commencent l'école primaire, c'est le cas de seulement trois filles sur quatre. Dans bien des pays en développement, moins de la moitié de tous les enfants abordent l'enseignement secondaire et les filles ont beaucoup moins de chance d'être du nombre que les garçons. Au Bangladesh, par exemple, le taux de scolarisation secondaire est de 25 % pour les garçons, mais de 13 % seulement pour les filles. Ce délaissement a des conséquences critiques pour l'émancipation des femmes aussi bien que pour leurs décisions en matière de procréation.

Le lien entre éducation et santé en matière de reproduction est à double sens. L'éducation des filles est étroitement liée aux améliorations de la santé familiale et à la baisse des taux de fécondité. En retour, les filles nées dans des familles moins nombreuses ont plus de chance d'être envoyées à l'école et d'y rester plus longtemps.

La société dans son ensemble bénéficie de l'éducation des femmes, qui a un impact plus marqué sur la pauvreté et le développement que celle des hommes. Elle est aussi le principal facteur d'amélioration de la santé des enfants et de la réduction de la mortalité infantile.

La CIPD et la QCMF ont affirmé le droit de chacun à l'éducation et prêté une attention spéciale aux femmes et aux fillettes, voyant dans l'éducation la pierre d'angle de l'émancipation des femmes parce qu'elle leur permet de tirer parti des possibilités offertes, de mettre en question leur rôle traditionnel et de changer leur vie. Le paragraphe 4.2 du Programme d'action de la CIPD affirme : "L'éducation est l'un des moyens majeurs par lesquels la femme peut acquérir les moyens d'action, les connaissances, le savoir-faire et la confiance en soi nécessaires pour se démarginaliser et participer pleinement au processus de développement."

Les deux conférences ont aussi souligné l'importance d'éliminer l'analphabétisme en tant que condition préalable au développement humain. Dans le monde entier, près de 600 millions de femmes sont encore illettrées aujourd'hui, contre 320 millions d'hommes environ.

L'écart entre les sexes

Il existe dans le monde de nombreux obstacles sociaux, culturels et économiques à la scolarisation des filles, qu'il s'agisse de les inscrire ou de les garder longtemps à l'école. Ce sont surtout les suivants :

- *Dans de nombreuses sociétés, les parents ne voient qu'un avantage économique limité à éduquer les filles.* Celles qui vont à l'école sont moins disponibles pour aider dans les tâches domestiques et prendre soin des frères et sœurs plus jeunes. Les normes culturelles veulent aussi que les fils prennent en charge les parents devenus âgés, tandis que les filles se marient et quittent leurs parents.
- *La pauvreté est un obstacle majeur.* Inscrire un enfant à l'école oblige ordinairement à dépenser des sommes importantes en droits de scolarité, livres, uniformes et frais de transport. Quand les ressources de la famille sont limitées, les parents donnent d'ordinaire priorité aux fils.
- *Les décisions relatives à la scolarisation des filles sont souvent influencées par les normes sociales concernant la sexualité et le mariage.* Dans les sociétés traditionnelles où la chasteté est mise à haut prix, les parents peuvent répugner à laisser les filles se déplacer de la maison à l'école, avoir des professeurs masculins et se trouver en étroit contact avec des garçons. Les parents attendent souvent des filles qu'elles se marient de bonne heure, sans avoir besoin d'éducation.

Les inégalités entre les taux initiaux de scolarisation pour filles et garçons sont encore plus grandes que celles des taux d'abandon scolaire, ce qui donne à penser que la principale difficulté est de faire en sorte que les filles entrent à l'école¹⁵.

Les parents reconnaissent de plus en plus la nécessité pour leurs enfants de recevoir une éducation afin d'améliorer leurs chances dans la vie, mais plus lentement concernant les filles. De plus en plus, de nombreux parents comprennent aussi que les besoins économiques de la famille à long terme seront mieux servis s'ils assurent une éducation et des soins de santé de meilleure qualité à moins d'enfants, au lieu de croire dans les vertus d'une famille nombreuse. Les parents qui espèrent que leurs filles recevront une meilleure éducation veulent généralement moins d'enfants, peut-être pour être en mesure de pourvoir plus complètement à leurs besoins.

L'éducation a pour effet de retarder le mariage, d'améliorer l'état de santé et de faire baisser le taux de fécondité

Dans presque toutes les sociétés, indépendamment de la région, de la culture ou du niveau de développement, les femmes plus instruites tendent généralement à :

- Se marier plus tard, recourir à la contraception, avoir moins d'enfants et élever des enfants en meilleure santé;
- Prendre de meilleures décisions pour elles-mêmes et leurs enfants;
- Apporter au ménage une contribution économique accrue.

L'une des corrélations statistiques les plus affirmées dans les pays en développement porte sur le niveau d'éducation des mères et la mortalité infantile : les enfants des femmes dont la scolarité a été plus longue ont bien plus de chance de dépasser la première enfance. Les femmes plus instruites tendent aussi à intervenir davantage dans les décisions concernant par exemple le moment de leur mariage et le choix de leur conjoint et à recourir à la planification familiale pour n'avoir pas plus d'enfants qu'elles n'ont de ressources pour en élever.

L'activité sexuelle précoce, la grossesse et la fin prématurée de l'éducation

Si la scolarisation a pour effet manifeste de retarder le mariage, on ne voit pas aussi clairement si elle retarde ou non l'activité sexuelle. La plupart des normes culturelles veulent que les filles ne soient pas sexuellement actives avant le mariage, mais la vérité est que beaucoup le sont dans le monde entier. La hausse du taux de fréquentation scolaire dans les pays en développement a souvent pour effet d'intensifier les contacts entre garçons et filles, même là où la norme veut que les écoles ne soient pas mixtes. Ces tendances, auxquelles s'ajoute l'abaissement de l'âge moyen des premières règles, expliquent que les filles ont en plus grand nombre l'occasion d'avoir une activité sexuelle avant le mariage¹⁶. N'ayant pas accès à l'éducation sexuelle ni à l'information et aux services de contraception, de nombreuses filles tombent enceintes.

Souvent, une grossesse entraîne la fin de l'enseignement de type classique. En de nombreux pays, les jeunes filles enceintes sont forcées de quitter l'école; au Kenya seulement, 10 000 environ le font chaque année. Beaucoup d'autres quittent l'école pour prendre soin des nouveau-nés et, si elles se marient, pour satisfaire aux besoins de leur époux.

Éducation à la santé en matière de reproduction et de sexualité

Les jeunes enfants et les adolescents s'instruisent des problèmes sexuels et de la procréation en observant le comportement des adultes, auprès de leurs compagnons d'âge et de frères et sœurs plus âgés, et de plus en plus grâce aux médias et, dans certaines familles, auprès de leurs parents. Toutefois, ces informations sont généralement limitées, fréquemment erronées et, dans le cas des médias, souvent parées d'une séduction induite¹⁷.

Au cours des 30 dernières années, avec l'assistance technique de l'UNESCO, le FNUAP a financé la mise au point et l'inclusion de l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires de 79 pays. Contrairement aux programmes antérieurs qui mettaient l'accent sur le lien entre population et développement, ceux d'aujourd'hui comportent souvent en outre les aspects suivants : santé en matière de reproduction et physiologie, information sur la planification familiale et formation à la procréation responsable (y compris la capacité de planifier et de prendre des décisions), encouragement à l'abstinence sexuelle, prévention des MST/VIH, et accoutumance à la notion d'égalité des sexes.

Ainsi, l'enseignement de type classique est une source importante d'informations exactes. Les programmes officiels d'éducation sexuelle sont bien plus rares dans les pays en développement que dans les pays développés et ne sont généralement pas appliqués au niveau national. En de nombreux cas, la période moyenne de scolarisation est trop courte pour autoriser cette possibilité. Même dans les pays où l'enseignement secondaire est presque universel, les adolescents les plus défavorisés sont nombreux à quitter l'école prématurément. Si importants que soient les programmes scolaires, il faut donc les compléter par divers programmes éducatifs à base communautaire.

Les milieux religieux et politiques s'opposent souvent avec fermeté à l'éducation sexuelle par crainte qu'elle n'encourage l'activité sexuelle. Pourtant, les données indiquent que l'éducation sexuelle n'encourage pas les jeunes à avoir des rapports sexuels. La plupart des études montrent que l'éducation relative à la santé en matière de reproduction et de sexualité contribue à retarder le début de l'activité sexuelle et, chez les adolescents sexuellement actifs, à encourager le recours à la contraception¹⁸.



Aujourd'hui surtout, alors que les adolescents sont de plus en plus exposés aux MST et au sida, il est essentiel que les gouvernements, les éducateurs, les parents et les animateurs de communautés reconnaissent ces risques et la réalité des rapports sexuels avant le mariage chez les jeunes. Il est impératif d'agir de concert pour offrir aux jeunes l'éducation sexuelle dont ils ont besoin pour se protéger. Cette éducation comprend, outre l'exposé des données biologiques, une information sur les rencontres à deux, les relations entre les sexes, le mariage et la contraception. Des programmes doivent aider les jeunes, garçons et filles, à reconnaître les mérites de la continence, à savoir comment résister à la pression des compagnons d'âge et aux avances sexuelles inappropriées, et à leur inculquer l'assurance nécessaire pour négocier le recours à la contraception avec leur partenaire.

Les messages clefs :

Les gouvernements et les programmes doivent :

- Adopter des politiques et prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer un accès égal des filles à l'éducation. Dispenser l'enseignement primaire à tous les enfants, filles et garçons, d'ici 2015.
- Encourager les parents à avoir moins d'enfants et à envoyer tous leurs enfants à l'école.
- Dispenser, renforcer et réorienter l'éducation sanitaire de manière à encourager les jeunes à différer l'activité sexuelle, mais aussi reconnaître qu'il est inévitable que beaucoup deviennent sexuellement actifs et fournir l'information dont ils ont besoin pour prévenir la grossesse et les MST, dont le VIH/sida.
- Offrir aux garçons un modèle différent de masculinité, fondé sur le partage des responsabilités et non plus sur la domination.

Les parents doivent :

- Faire en sorte que leurs filles aillent à l'école, y restent et acquièrent les savoir-faire qui leur sont nécessaires pour la conduite de leur vie.

L'adolescence et la transition à l'âge adulte

Elle a maintenant 14 ans. Certaines de ses amies qui ne vont pas à l'école sont déjà mariées. Elle a de la chance : elle est encore à l'école. Les garçons la trouvent très séduisante. Quelques hommes plus âgés qui ont de l'argent offrent de lui acheter de jolies choses que ses parents ne peuvent se permettre, mais ils s'intéressent aussi au sexe. De même son oncle, qui a tenté de l'importuner. À qui peut-elle parler en dehors de ses amies qui sont dans une situation similaire?

À peu près la moitié de la population mondiale est âgée de moins de 20 ans¹⁹. Les adolescents sont le groupe d'âge le plus exposé aux problèmes de santé en matière de reproduction et de sexualité. Plus de 15 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans mettent au jour chaque année. Beaucoup de ces grossesses ne sont pas désirées et beaucoup finissent par un avortement, et pourtant 17 % seulement des adolescents sexuellement actifs recourent à une forme quelconque de contraception.

On évalue à un sur 20 le nombre d'adolescents qui contractent chaque année une maladie sexuellement transmissible. En de nombreux pays en développement, plus de la moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans; parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans, les taux d'infection sont cinq ou six fois plus élevés que chez les garçons du même âge. Environ 5 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans subissent un avortement chaque année, dont 40 % sont effectués dans des conditions dangereuses, ce qui détermine des taux élevés de mortalité. Deux millions de filles subissent chaque année la mutilation génitale féminine, de nouveau avec des taux élevés de mortalité. Jeunes filles et jeunes femmes sont particulièrement vulnérables au viol, aux sévices sexuels, au harcèlement et à l'exploitation sexuelle²⁰.

L'adolescence, période de la vie qui se situe entre la maturité sexuelle et la prise en charge de rôles et de responsabilités d'adulte, est un concept récent. Dans les sociétés préindustrielles, le mariage et la grossesse précoces étaient la norme. Le plus souvent, les filles étaient mariées peu de temps après leurs premières règles, voire avant. Les maris étaient généralement

plus âgés que leurs jeunes épouses, avaient plus l'expérience du monde au-delà de la famille immédiate et la société les avait prédisposés à exiger et attendre une attitude déférente chez leurs compagnes. Les filles étaient préparées de bonne heure à leur futur rôle de mère.

Aujourd'hui, dans le monde entier, l'abaissement de l'âge de la maturité sexuelle, l'âge plus tardif du mariage et l'importance donnée à l'éducation ont contribué à faire reconnaître dans l'adolescence une phase distincte de la vie. Sous l'effet de ces trois mêmes facteurs, une période beaucoup plus longue s'écoule entre le début de la maturité sexuelle et le mariage. Plus se prolonge cette période, qui se mesure non plus en mois, mais en années, plus il est probable que les adolescents non mariés deviendront sexuellement actifs et que les filles non mariées seront enceintes.

Des restrictions sont imposées aux filles, un comportement agressif est permis aux garçons

Quand les enfants atteignent la puberté, les différences entre les sexes prennent une importance croissante. Partout, la société continue à concevoir différemment les rôles sexuels des garçons et des filles. On impose aux filles des normes plus sévères qu'aux garçons. Les deux sexes affrontent des risques, mais ils sont plus grands pour les filles.

Dès qu'une jeune fille est capable de porter des enfants, il peut arriver que sa mobilité et sa marge de liberté subissent des restrictions parce que la famille craint qu'elle ne soit victime de violences sexuelles ou qu'elle n'ait des rapports sexuels, ce qui serait une cause de déshonneur pour la famille. Dans certaines cultures règne la croyance que les femmes ont un attrait sexuel qui séduit et égare les hommes; ces cultures imposent aux filles et aux jeunes femmes de vivre à l'écart du monde ou de se soumettre à diverses autres limitations. Si presque toutes les sociétés asservissent les femmes d'une manière ou de l'autre, la mutilation génitale féminine est la mesure la plus radicale qui ait été prise pour contrôler leur sexualité et leur procréation.

Le mariage précoce est en partie un moyen de satisfaire à la responsabilité des parents de protéger des jeunes femmes parvenues à la maturité sexuelle, aussi

bien des autres que d'elles-mêmes. "Si une fille ne se marie pas de bonne heure, elle couchera avec beaucoup d'hommes. Plus tard, personne ne voudra l'épouser", a expliqué un père de Côte d'Ivoire pour défendre la pratique du mariage imposé aux filles dès la puberté²¹.

La société forme la plupart des garçons à croire qu'être homme, c'est en partie se comporter en maître à l'égard des jeunes filles et des femmes. Dépassant cette attitude, la prise de risques et un comportement sexuel agressif de la part des jeunes hommes recueillent souvent l'applaudissement de leurs compagnons d'âge et la société les leur pardonne.

Les jeunes sont les premières victimes des MST et du VIH/sida

Dans les pays en développement, le VIH/sida est transmis surtout par des rapports hétérosexuels. Les jeunes femmes en sont les principales victimes.

Les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, sont le plus répandues dans le groupe d'âge 15-24 ans. Dans tous les pays, ce sont les jeunes femmes qui sont exposées au risque le plus élevé d'infection par le VIH à la suite de contacts hétérosexuels. Biologiquement, les femmes sont plus réceptives que les hommes à l'infection et les adolescentes, plus réceptives que les femmes adultes.

Dans l'ouest du Kenya, près d'une jeune fille sur quatre dans le groupe d'âge 15-19 ans est séropositive, contre un garçon sur 25 dans le même groupe d'âge. En Zambie, dans le même groupe d'âge, 16 fois plus de filles que de garçons sont infectées. Dans les régions rurales de l'Ouganda, dans le groupe d'âge 20-24 ans, six jeunes femmes sont séropositives pour un jeune homme seulement²².

Le risque d'infection est accru si les jeunes femmes sont de basse condition, car elles peuvent être contraintes à avoir des rapports sexuels ou ne sont guère en mesure de négocier l'emploi de préservatifs avec leur partenaire. Les infections sexuellement transmissibles peuvent rendre une adolescente stérile et avoir un impact catastrophique sur sa vie.

Le risque de contracter les MST et le VIH/sida est particulièrement grand pour :

- Les jeunes qui deviennent sexuellement actifs de bonne heure et ont donc plus de chance d'avoir plusieurs partenaires sexuels;
- Les millions d'adolescents qui vivent ou travaillent dans les rues, dont beaucoup sont réduits à vendre leur corps pour subsister;
- Les femmes mariées dont les maris ont des relations extraconjugales.

En Afrique, en Asie et en Amérique latine, les millions d'enfants des rues, dans les villes en croissance rapide, courent un risque élevé de contracter des MST et le VIH. Au Brésil, qui compte environ 7 millions d'enfants des rues, des filles âgées de 9 ou 10 ans seulement sont contraintes de se prostituer pour survivre et beaucoup ont contracté des MST et le VIH²³.

Les sévices sexuels, le viol et l'exploitation

Certaines jeunes femmes ne s'engagent pas dans une relation sexuelle de leur plein gré, mais sous l'effet de la force, de la contrainte ou de la violence, y compris l'inceste. Bien que les jeunes des deux sexes, dans leur impuissance, puissent devenir victimes, les jeunes femmes sont les plus exposées à être sexuellement exploitées et, de ce fait, à affronter le risque d'infection et de grossesse non désirée. Risque et exploitation prennent de nombreuses formes :

- La pauvreté, la migration, les conflits et les autres bouleversements sociaux résultant de situations d'urgence aggravent le risque de s'engager dans des rapports fondés sur l'exploitation, y compris les sévices sexuels.
- L'urbanisation rapide, qui expose un grand nombre de jeunes sans qualification à subsister

péniblement et à ne maintenir qu'un contact ténu avec leur famille, a conduit beaucoup d'adolescents à se prostituer, d'autant que le marché du sexe est prêt à les absorber.

- Le phénomène des "généreux protecteurs" en Afrique est une variante de la prostitution, bien que les jeunes femmes ne le considèrent pas nécessairement sous cet angle. Les filles pauvres sont particulièrement vulnérables à l'intérêt que leur manifestent des hommes plus âgés, qui leur rendent des services sur le plan social et économique en échange de faveurs sexuelles. Au Kenya et au Nigéria, par exemple, on affirme que beaucoup d'étudiantes voient dans ces faveurs l'unique monnaie d'échange dont elles disposent afin d'obtenir les faibles montants qui leur sont nécessaires pour couvrir le prix des livres, de l'uniforme scolaire et des tickets d'autobus.
- La crainte du sida conduit bien des hommes à s'attaquer à des fillettes, parce qu'ils croient qu'ils ne seront pas infectés ou, ce qui est encore plus dangereux, dans l'espoir que leur propre infection sera guérie.
- Au Bangladesh, au Brésil, au Népal, aux Philippines et en Thaïlande, des rabatteurs alimentent la prostitution en promettant aux filles des emplois dans les restaurants ou dans le personnel de maison. En fait, elles ont été vendues à des patrons de maison close et traitées à peu près en esclaves. Au Népal et en Thaïlande, des parents sans ressources vendent leurs filles à des réseaux de prostitution pour procurer un revenu à la famille.
- Fillettes et jeunes femmes sont particulièrement exposées au viol. L'examen de données en provenance de divers pays a montré que 40 à 47 % des viols signalés avaient pour victimes des filles âgées de moins de 15 ans, et 18 %, de moins de 9 ans. Une organisation qui s'occupe des jeunes mères au Costa Rica a signalé que 95 % des filles enceintes de moins de 16 ans étaient victimes d'un inceste²⁴.

La grossesse et l'avortement

L'adolescente non mariée qui tombe enceinte se trouve devant trois choix. Elle peut épouser le père; si elle est encore à l'école, le plus probable est qu'elle abandonnera ses études. Le mariage aussi bien que la grossesse peuvent être non désirés et conduire bientôt à un divorce ou à un abandon. Le deuxième choix, de plus en plus fréquent, est de devenir mère célibataire, ce qui implique souvent la censure de la société et une situation économique difficile. Ou - troisième choix -

elle peut avoir un avortement, généralement illégal et pratiqué dans des conditions dangereuses. Si elle conduit la grossesse à terme, le risque de complications ou de décès lors de l'accouchement est beaucoup plus grand que si elle avait attendu d'être physiquement mûre pour commencer une grossesse. Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans courent un risque cinq fois plus grand de mourir durant la grossesse ou l'accouchement que les femmes âgées de 20 à 24 ans; pour les filles plus jeunes, le risque est encore plus élevé. Que la fille épouse ou non le père, ses perspectives d'avenir seront considérablement rétrécies.

Au Chili, au Mexique et dans les Caraïbes, les études indiquent que les adolescentes mères auront plus d'enfants que celles dont la première grossesse est plus tardive, et qu'elles vivront avec leurs parents ou d'autres membres de leur famille plus souvent et pour de plus longues périodes. Il est aussi plus rare que le père des enfants soit le chef de famille ou fournisse un soutien financier ou autre²⁵.

En République dominicaine, la grossesse est devenue la principale cause de décès parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Près d'une fille sur quatre, dans ce groupe d'âge, est enceinte ou a déjà mis au jour. Faisant appel à l'éducation et à la délivrance de conseils par les compagnons d'âge, un projet soutenu par le FNUAP vise à réduire la fréquence des grossesses d'adolescentes et les taux de transmission des MST et du sida en rendant les jeunes plus conscients des risques que comportent des rapports sexuels non protégés. Les adolescents sont encouragés à différer le moment de leurs premiers rapports sexuels ou à demeurer fidèles à un seul partenaire²⁶.

De nombreuses filles recourent à l'avortement. Il est généralement clandestin et pratiqué dans des conditions dangereuses, parce que dans la plupart des pays l'avortement n'est pas légal excepté dans certaines circonstances. Même là où l'avortement est légal, de nombreuses jeunes femmes recourent à un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses en raison de la honte sociale qui s'y attache et de l'impossibilité d'avoir accès aux services de santé. Si les données fiables sont rares, on évalue à 70 000 par an le nombre de décès résultant de 20 millions environ d'avortements pratiqués chaque année dans des conditions dangereuses. La plupart de ces décès frappent des adolescentes et des jeunes femmes²⁷.

La mutilation génitale féminine

Le souci de contrôler la sexualité des jeunes femmes peut conduire à leur causer un dommage physique. En particulier, la mutilation génitale féminine, ou excision, peut leur nuire gravement sur les plans physique et psychologique. La mutilation génitale féminine est une tradition enracinée dans les régions où on la pratique et elle se perpétue en raison d'impératifs culturels qui peuvent empêcher les femmes "non circoncises" de se marier, de préparer les repas ou d'être acceptées dans la société. Craignant cet ostracisme, ce sont souvent les mères, voire les filles elles-mêmes, qui demandent que la procédure soit appliquée. Dans certains pays (par exemple, le Yémen), la mutilation génitale féminine intervient dès la petite enfance. Dans la plupart des cultures, cependant, l'excision est un rituel qui se place entre les âges de 4 et 12 ans, à un moment où les fillettes peuvent être rendues conscientes du rôle social qu'elles devront jouer en tant que femme²⁸.

Chaque année, environ 2 millions de fillettes sont exposées au risque de mutilation génitale. Elle est généralement effectuée avec des instruments primitifs et non stérilisés, tandis que la fillette est tenue immobilisée. Les complications immédiates, très fréquentes, peuvent être de violentes douleurs, un état de choc, une hémorragie, une atteinte aux organes voisins, l'infection et la mort. Viennent plus tard des cicatrices permanentes, des règles douloureuses et prolongées, une infection périodique de l'appareil urinaire, des complications sexuelles, un traumatisme psychologique et des accouchements difficiles (travail prolongé, lacérations et fistules vésicovaginales et rectovaginales). Les complications sont plus graves dans le cas des fillettes qui subissent aussi l'infibulation (ablation du clitoris et des lèvres, puis couture des zones à vif).

- Chez une femme ayant subi l'infibulation, les rapports sexuels entraînent d'ordinaire déchirures et saignements, surtout dans les premières années, car l'ouverture doit toujours être forcée. Pour cette raison, les infections sont chose courante.
- La mutilation génitale féminine et l'infibulation peuvent contribuer à la diffusion du VIH, en raison de la déchirure du tissu vaginal scarifié. L'infibulation conduit certains maris à préférer les rapports anaux ou à prendre d'autres partenaires, en présence d'une pénétration vaginale difficile.

Besoin extrême d'informations et de services

Bien qu'ils aient grand besoin de recevoir des informations exactes, les adolescents du monde entier n'ont qu'un accès extrêmement limité aux services de santé en matière de reproduction. Même quand ces services sont disponibles, il leur est difficile d'y recourir. Au Zimbabwe, les jeunes citent, parmi les raisons de ce non-recours, le coût, l'ignorance du lieu où s'adresser et le sentiment que toute visite à un dispensaire suscite la désapprobation²⁹. Le manque général d'informations sur les MST chez les jeunes empêche beaucoup d'entre eux de se protéger ou de chercher de l'aide auprès des services de santé.

Le Programme d'action de la CIPD invite les pays, avec l'appui de la communauté internationale, à protéger et promouvoir les droits des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins de santé en matière de reproduction, et à s'efforcer de réduire les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses d'adolescentes. Il a également reconnu la nécessité d'habituer les jeunes hommes à respecter les femmes et leurs choix en matière de procréation, et à assumer leur part de responsabilité concernant la sexualité, l'utilisation des contraceptifs et la procréation.

Les messages clefs :

- Réorienter l'éducation et les services de santé de manière à répondre aux besoins des adolescents. L'éducation sexuelle et les services destinés aux jeunes doivent comprendre l'information en matière de planification familiale, la délivrance de conseils touchant les relations entre les sexes, les MST et le VIH/sida, les sévices sexuels et la santé en matière de reproduction.
- Veiller à ce que les programmes des soins de santé et les attitudes des dispensateurs de ces soins ne limitent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information qui leur sont nécessaires.
- Soutenir les efforts visant à éliminer l'excision, les sévices sexuels et l'exploitation des adolescents.
- Socialiser les garçons et les jeunes hommes et les amener à respecter les femmes et à faire preuve de responsabilité dans les relations sexuelles.

Le mariage et la famille

A 21 ans, elle est mariée depuis trois ans à un jeune homme qu'elle a rencontré juste après la fin de ses études secondaires. Il la traite bien. Elle a failli mourir à la naissance de leur premier enfant, un an après leur mariage; le deuxième enfant, né 18 mois plus tard, était aussi une fille. Dernièrement, elle et son mari ont de fréquentes querelles. Elle veut utiliser la contraception et s'inscrire à une école professionnelle pour y acquérir les savoir-faire qui permettront de grossir le revenu du ménage, mais la mère du mari tient à avoir des petits-fils.

Risques de santé liés à un mariage précoce

Le mariage précoce est encore la norme dans de nombreuses parties du monde. Il conduit ordinairement à la maternité précoce. Dans de nombreux pays en développement, au moins 20 % des femmes, dans certains pays, environ la moitié, mettent leur premier enfant au monde avant d'avoir 18 ans. Les parents, les beaux-parents et la société attendent de la jeune femme qu'elle ait un enfant aussitôt que possible après le mariage. Bien des jeunes épouses sentent qu'elles doivent porter des fils. Cela conduit habituellement à des grossesses trop rapprochées, qui en outre se placent trop tôt dans la vie de la jeune mère.

Dans les pays en développement, plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse. Ces décès s'expliquent par quatre raisons importantes. Les naissances sont "trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses ou trop tardives". Statistiquement, ce sont les jeunes femmes qui meurent le plus souvent en cours de grossesse.

Les femmes qui se marient à un jeune âge ont souvent des maris beaucoup plus âgés qu'elles, de non moins de 15 ans dans certains pays. Cette différence d'âge limite les chances que la femme puisse participer aux décisions relatives à la procréation ou négocier l'emploi de méthodes de régulation des naissances.

Les formes et les normes de la famille sont en train de changer

Partout, la famille est en transition³⁰. Le mariage et les autres formes d'union prennent des formes de plus en plus diverses :

- Dans de nombreux pays, on commence à moins attendre que le mariage conduise immédiatement à une grossesse et de nouveaux types de rapports deviennent courants.
- En Amérique latine et dans les Caraïbes, de nombreux couples vivent en union libre sans mariage légal.
- Dans les pays en développement, la proportion des jeunes encore célibataires à plus de 30 ans continue d'augmenter³¹.
- Partout, la proportion des ménages dirigés par une femme est en augmentation³².

Quelle que soit la forme que prend la famille, la tâche reste de donner aux enfants les meilleures chances possibles d'un avenir satisfaisant.

Planification familiale et contraception

L'un des choix les plus importants qu'une femme ou un couple puisse faire est la décision de recourir à la contraception. Même si un couple souhaite un enfant aussitôt que possible après le mariage, le recours à la contraception au-delà, pour "espacer" les naissances, est une décision raisonnable. Les données montrent que l'espacement optimal entre deux naissances consécutives est de trois à quatre ans au moins. La planification familiale permet aux parents de donner à l'enfant

la meilleure chance possible de recevoir tout ce dont il a besoin sur les plans matériel et affectif avant la naissance d'un autre enfant. Il importe aussi d'espacer les naissances pour la santé de la mère, ainsi que pour l'harmonie et l'équilibre financier de la cellule familiale. De même, c'est aussi une sage décision que de recourir à la contraception pour limiter le nombre d'enfants à ceux dont le couple peut réellement prendre soin. Pour de nombreux couples, le recours à la contraception contribue aussi à une relation sexuelle plus satisfaisante en réduisant ou éliminant la crainte d'une grossesse accidentelle et non désirée.

Il est essentiel au bien-être des enfants, des familles et des communautés que l'information et les services de planification familiale soient disponibles pour aider femmes et hommes à s'informer des méthodes de contraception et à les utiliser efficacement.

Communication entre les époux

L'idéal est que maris et femmes communiquent sans difficulté concernant l'espacement des naissances et le nombre des enfants qu'ils veulent avoir. Certaines femmes ont de la chance et peuvent prendre des décisions concernant la planification familiale et le nombre d'enfants en collaboration avec leur mari. D'autres, surtout les femmes jeunes et mariées de fraîche date, n'ont que peu ou pas de pouvoir de décision au foyer et leurs mari, parents et belle-mère décident à leur place. D'autres encore recourent en cachette à la contraception, craignant que leur mari ou la famille ne les désapprouvent.

Les femmes peuvent craindre de parler à leur mari de planification familiale, par pudeur ou par honte. Certaines disent qu'elles sont trop timides pour aborder un tel sujet; d'autres craignent la réaction de leur mari ou ont peur que leur connaissance des problèmes sexuels ne soit interprétée comme un signe de promiscuité ou d'infidélité. Des conflits s'élèvent sur divers points : le moment où avoir des rapports sexuels, l'opportunité de recourir ou non à la contraception, la méthode à utiliser, l'espacement des naissances, et la décision éventuelle de ne pas avoir davantage d'enfants. De nombreux hommes disent que, gagnant le pain de la famille, il leur appartient aussi de décider combien d'enfants la famille peut se permettre d'avoir. Mais le recours aux contraceptifs est généralement considéré comme relevant de la responsabilité de la femme.



Dans de nombreuses cultures, l'opinion régnante est que les hommes ont le droit de contrôler l'activité procréatrice de leur femme. C'est pourquoi, en de nombreux pays, la loi exige le consentement du mari si la femme veut être stérilisée.

À mesure que le niveau d'éducation s'élève, les couples sont généralement de plus en plus en mesure de communiquer concernant la planification familiale et le recours à la contraception afin d'espacer les naissances et de limiter le nombre d'enfants. Et, de plus en plus, les hommes adoptent de nouveaux modèles de masculinité qui englobent l'image d'un mari et père responsable et attentif.

Les impacts d'une grossesse non désirée

Dans tout pays, de nombreuses femmes, parfois plus de la moitié, disent que leur dernière grossesse ou leur dernier enfant n'étaient pas désirés ou sont arrivés au mauvais moment. Les grossesses et naissances non désirées peuvent avoir de nombreuses conséquences négatives, pour les enfants eux-mêmes, leurs frères et soeurs, leurs parents et la société dans son ensemble. Les femmes relativement âgées, ou celles qui ont déjà porté plusieurs enfants, affrontent un risque accru de complications et de décès lors de l'accouchement, surtout si elles sont pauvres et là où les centres de santé sont éloignés.

Au niveau mondial, plus d'une grossesse sur quatre finit chaque année par un avortement, souvent effectué en secret et dans des conditions dangereuses. Cette catégorie d'avortements est une cause majeure de décès maternels dans le monde entier et a un impact ruineux sur la santé publique si on le mesure en décès, maladies, lésions et coût des soins d'urgence. Plus de la moitié des femmes en quête d'un avortement sont mariées et ont des enfants, bien qu'en de nombreux pays la proportion des jeunes femmes célibataires qui subissent un avortement soit en train d'augmenter.

L'extension des services de planification familiale a pour effet de diminuer le nombre des avortements et aussi celui des femmes qui meurent à la suite d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Cela est particulièrement vrai quand un accès élargi à la contraception se combine avec une éducation sexuelle efficace³³.

La maternité sans danger

Un demi-million de femmes meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement; 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. L'élargissement de l'accès à la planification familiale peut réduire le taux de mortalité maternelle en réduisant le nombre de grossesses chez les femmes d'âge procréateur.

Le premier moyen de prévenir les décès maternels est de fournir un accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence, à savoir notamment le traitement de l'hémorragie, des infections, de l'hypertension et de l'arrêt du travail. Il importe aussi de veiller à ce que chaque accouchement se fasse en présence d'une personne ayant reçu une formation de sage-femme; dans les pays en développement, 51 % seulement de toutes les naissances bénéficient de cette présence³⁴. Les interventions qui sauvent des vies, comme le transport aux centres médicaux, l'usage d'antibiotiques et la chirurgie, ne sont pas accessibles à de nombreuses femmes, surtout dans les zones rurales. Il arrive que ces femmes n'aient pas l'argent nécessaire pour obtenir les soins de santé ou un moyen de transport, ou simplement que leur mari leur refuse la permission de quitter le village pour chercher des soins.

Santé sexuelle, MST et VIH/sida

La santé sexuelle et une relation sexuelle saine sont essentielles dans un mariage et pour assurer la cohésion de la famille. Malheureusement, les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le VIH/sida, sont une menace de plus en plus répandue à un mariage sain. Les relations extramaritales du mari comportent désormais le risque non seulement qu'il soit lui-même infecté, mais aussi qu'il introduise au foyer une infection qui peut également tuer sa femme. L'inverse est également vrai, quoique pas au même degré.

On évalue aujourd'hui à 33,6 millions le nombre de personnes infectées par le VIH/sida, dont environ 5,6 millions l'ont été en 1999³⁵. Plus de 90 % des sujets atteints vivent dans les pays en développement, où le VIH se répand en premier lieu par les rapports hétérosexuels³⁶. Le VIH/sida est devenu une pandémie mondiale, qui ignore les frontières nationales et pose des menaces que de nombreux pays n'ont pas encore

reconnues. Cette pandémie est une force profondément déstabilisante, qui détruit les familles et les communautés, sème la misère et la tragédie à grande échelle et retarde les perspectives de développement de pays entiers.

Deux fois sur trois, c'est l'homme qui infecte la femme. Les femmes sont biologiquement plus vulnérables à l'infection. En outre, de nombreuses femmes ne comprennent pas la nature de la transmission des MST/VIH et refusent de s'avouer que leur mari a des relations sexuelles extramaritales. Enfin, la plupart des femmes ne sont pas en position de refuser des rapports sexuels à leur mari ou partenaire ou d'insister pour qu'il utilise un préservatif.

La transmission du VIH est facilitée par la présence antérieure d'autres infections sexuellement transmissibles, en particulier les infections ulcéraives. Chaque

année, il y a 12 millions de nouveaux cas de syphilis, 89 millions de chlamydia, 62 millions de blennorragie et 170 millions de trichomonas. Ici, de nouveau, les femmes sont les plus exposées³⁷.

Participation à la main-d'oeuvre et emploi

*E*lle n'a pas été admise dans une école professionnelle, mais elle est allée travailler dans une usine textile. Les conditions de travail étaient déplorable : de longues journées, un éclairage trop faible, un bruit assourdissant, des fibres perpétuellement en suspension, des superviseurs qui promettaient des pauses plus longues en échange de faveurs sexuelles. N'ayant pas réussi à convaincre son mari de recourir à la contraception, elle est tombée de nouveau enceinte et perdit son emploi. C'était en fait un soulagement. Après la naissance de leur troisième fille, son mari a finalement accepté d'avoir une vasectomie. Il a fait venir une cousine de la campagne pour s'occuper des enfants et elle a réussi à aller à une école professionnelle où elle a appris la comptabilité, ce qui lui a permis d'obtenir un emploi dans une banque.

Dans toutes les sociétés et tous les ménages, les femmes apportent un soutien économique essentiel à leur famille, que ce soit dans l'agriculture ou en gagnant un salaire sur le marché du travail structuré ou non structuré. Les décisions en matière de reproduction et la santé sexuelle ont un grand impact sur la capacité des femmes de remplir un emploi productif et de contribuer au bien-être de la famille et à celui de la nation³⁸.

Travaux ménagers et soins aux jeunes enfants

Dans le monde entier, les soins aux enfants et les travaux ménagers continuent de relever en premier lieu des femmes. Ce travail non rémunéré demeure économiquement invisible, mais toute la vie économique, politique et sociale repose sur cette base.

Les messages clefs :

- Améliorer la communication entre hommes et femmes concernant les problèmes de sexualité et de santé en matière de reproduction, ainsi que la compréhension de leurs responsabilités communes, de telle sorte qu'ils soient des partenaires égaux dans la vie publique et dans la vie privée.
- Mettre les femmes en état d'exercer leur droit de contrôler leur propre fécondité et leur droit de prendre des décisions concernant la procréation, à l'abri de toute contrainte, discrimination et violence.
- Améliorer la qualité des services de santé en matière de reproduction, ainsi que la disponibilité de ces services, et éliminer les obstacles à l'accès. Respecter les engagements pris de limiter la tragédie qu'est la mortalité maternelle.
- Encourager les hommes à se sentir responsables de leur comportement sexuel et procréatif et les faire davantage participer à la planification familiale.
- Reconnaître que l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses constitue une préoccupation majeure de santé publique et formuler des politiques et programmes fondés sur la détermination d'assurer la santé des femmes.

En même temps, la grossesse et les soins aux jeunes enfants font obstacle pour les femmes à la possibilité d'exercer un emploi. Aujourd'hui, les femmes manquent de plus en plus souvent de l'appui traditionnel d'une famille étendue, où les autres membres de la famille participent aux soins aux enfants et où les enfants aident aux travaux agricoles et aux besoins domestiques. Les soins aux enfants constituent souvent un lourd fardeau pour les femmes qui travaillent hors du foyer afin d'entretenir la famille. La pauvreté aggrave considérablement ce problème.

Une enquête menée au Japon a établi que les femmes mariées qui exercent un emploi rémunéré passent en moyenne deux heures et 26 minutes par jour aux besoins ménagères, tandis que les hommes mariés n'y passent en moyenne que sept minutes. Le Japon ne fait pas exception à cet égard³⁹.

L'emploi des femmes et les décisions en matière de reproduction

Dans les pays en développement, la très grande majorité des femmes continuent de travailler dans l'agriculture, mais la plupart ne possèdent pas la terre sur laquelle elles peinent. Par exemple, en Asie du Sud-Est et dans le sous-continent indien, au moins 70 % de la main-d'oeuvre féminine travaillent dans l'agriculture. Pourtant, moins de 10 % des agricultrices possèdent aussi de la terre en Inde, au Népal et en Thaïlande.

Traditionnellement, les normes qui président au mariage, les lois sur l'héritage et la coutume sociale donnent à l'homme contrôle sur l'accès de la femme à une activité économique. Dans de nombreux pays d'Afrique et ailleurs, les femmes n'ont pas le droit d'hériter la terre; et, sans terre comme nantissement, elles ne peuvent avoir accès au crédit. Permettre aux femmes d'hériter la terre et d'avoir accès au crédit éveille en elles l'esprit d'entreprise et change leurs buts et leur statut, contribuant aussi à réduire le nombre de leurs enfants.

Quand les femmes travaillent pour un salaire, dans le monde entier, elles travaillent plus et sont moins payées que les hommes.

- Dans de nombreux pays en développement, la discrimination salariale est très marquée. En moyenne, les femmes ne gagnent que 60 à 70 % du salaire des hommes pour un travail similaire, et seulement 50 % dans certaines parties de l'Afrique et de l'Asie⁴⁰.
- Si l'on fait entrer en ligne de compte l'ensemble du travail des femmes, rétribué et non rétribué, leur contribution économique est généralement supérieure à celle des hommes.
- Les femmes travaillent plus d'heures par jour que les hommes. Dans les pays en développement, le nombre d'heures de travail des femmes dépasserait celui des hommes de 30 % environ⁴¹.

Les femmes occupent une place croissante parmi la main-d'oeuvre rétribuée du secteur structuré. Dans les pays en développement, elles représentent maintenant plus d'un tiers, dans certains pays d'Asie près de la moitié de la main-d'oeuvre des industries manufacturières⁴².

Pour les jeunes femmes en particulier, le travail salarié peut offrir non seulement une perspective économique, mais aussi la chance d'acquérir de nouveaux savoir-faire, d'élargir leurs contacts sociaux et d'avoir une expérience plus variée de la vie.

En Indonésie, à Singapour, en Corée du Sud, à Taiwan et en Thaïlande, où la contraception moderne a été largement acceptée, où de nombreuses filles reçoivent



Les messages clefs :

Les gouvernements doivent tenir les engagements pris au Caire, à Beijing et à Copenhague, à savoir :

- *Accroître l'égalité des sexes et l'égalité des chances offertes aux femmes dans tous les secteurs de l'emploi.*
- *Dispenser aux femmes une éducation et une formation qui leur permettent de rattraper les hommes et de s'adapter à l'évolution des conditions économiques et aux technologies nouvelles.*
- *Créer des politiques visant à harmoniser l'emploi et les responsabilités familiales pour les deux sexes et à promouvoir un partage égalitaire des responsabilités familiales et communautaires.*
- *Éliminer les pratiques discriminatoires suivies par les employeurs et prendre les mesures appropriées compte tenu des fonctions et rôles procréateurs de la femme.*
- *Adopter une législation et des réformes donnant aux femmes un accès égal aux ressources économiques, à savoir notamment la propriété et le contrôle du sol et d'autres formes d'avoirs, ainsi qu'au crédit et à l'héritage.*

une éducation et où le nombre d'enfants a considérablement diminué, le nombre de femmes qui exercent désormais des emplois professionnels, techniques et administratifs a très sensiblement augmenté depuis quelques dizaines d'années.

La même observation s'applique aussi à de nombreuses parties de l'Amérique latine et de l'Afrique, mais la proportion de femmes qui ont trouvé des emplois désirables reste faible. Pour les femmes encore pauvres qui occupent des emplois mal rémunérés, surtout dans le secteur manufacturier, les conditions de vie sont souvent médiocres, voire affreuses.

Le recours à la planification familiale augmente les chances d'une femme de trouver un emploi, ce qui peut améliorer à la fois sa situation économique et sa confiance en soi. Il leur permet aussi de rechercher un complément de formation et d'éducation, qui leur ouvre la porte d'un meilleur emploi. Avec un revenu, de nombreuses femmes célibataires ont plus de chance de se marier et, quand elles le font effectivement, de faire entendre leur voix au sein de la famille.

L'augmentation du revenu familial peut réduire les tensions dues à la pauvreté et limiter la violence familiale. Bien des femmes signalent qu'un emploi rémunéré leur donne le sentiment d'être les égales de leur mari, les met mieux en mesure de communiquer efficacement avec lui et leur donne le sentiment d'être moins exposées à des sévices⁴³.

Les groupes de femmes et les organisations non gouvernementales jouent un rôle important s'agissant d'offrir aux femmes des occasions d'acquérir connaissances, confiance en soi et savoir-faire pour trouver un meilleur emploi, tout en promouvant aussi la santé en matière de reproduction et de sexualité, y compris la contraception⁴⁴.

Les risques sur le lieu de travail

Pour le nombre croissant de femmes qui prennent des emplois dans le secteur industriel des pays en développement rapide, les risques sont nombreux en matière d'hygiène professionnelle. Beaucoup sont contraintes de travailler de longues heures pour une faible rémunération, dans des conditions dangereuses et des environnements malsains. La discrimination sexuelle et le harcèlement sexuel sont souvent à craindre, coïncidant en bien des endroits avec une hausse des taux de criminalité et de violence à l'égard des femmes. Les dangers liés à la procréation sont de plus en plus manifestes; les données font apparaître une augmentation des avortements spontanés, des fausses couches, du risque de cancer, des malformations congénitales, et des graves effets tératogéniques de l'exposition à des produits chimiques toxiques⁴⁵. Les femmes qui tombent enceintes sont souvent renvoyées sans aucune indemnité.

Santé en matière de reproduction et violence

Influencée par les épreuves de l'une de ses filles, elle travaille maintenant au sein du groupe local de femmes pour "briser le silence" qui entoure la violence familiale. Sa fille est mariée à un homme qui la bat et dont elle craint qu'il ne lui transmette le VIH; elle veut le quitter mais elle en est incapable faute des ressources nécessaires pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses deux enfants, et elle a peur qu'il ne la tue.

La violence sexiste est universelle, et son ampleur diffère seulement d'une société à l'autre⁴⁶. Les impacts négatifs et les horreurs de la violence infligée aux femmes en temps de guerre, sur la voie publique et au foyer s'appellent notamment le viol, la grossesse non désirée, les blessures et lésions, le dommage causé à une grossesse désirée, le VIH/sida, le défigement, la détresse psychologique et la mort. Dans les pays en développement, on estime que le viol et la violence familiale représentent 5 % des années de vie perdues par les femmes d'âge procréateur.

- Au Bangladesh et dans certaines parties d'Amérique latine, la projection d'acide, forme de violence que des hommes commettent de plus en plus souvent pour se venger d'une femme, défigure en permanence la victime⁴⁷.
- Aux États-Unis, les coups sont la cause la plus répandue de lésions chez les femmes et sont à l'origine de plus de dommages physiques que les accidents de voiture, les agressions et le viol combinés⁴⁸.
- Dans les sociétés où un grand prix est attaché à la virginité, le viol est parfois utilisé comme un moyen de revanche pour déshonorer une jeune femme ou sa famille.
- À Alexandrie (Égypte), une étude sur les meurtres de femmes a révélé que près de la moitié des femmes et des jeunes filles tuées l'avaient été par des parents qui cherchaient à laver le "déshonneur" qu'un membre de la famille ait été violée par un étranger⁴⁹.

Les dommages physiques résultant des violences vont des estafilades aux os brisés et à la mort. En outre, les femmes battues souffrent souvent de maux de tête chroniques, de douleurs abdominales, d'infections vaginales répétées, de troubles du sommeil et de la nutrition. Les femmes battues sont quatre à cinq fois plus exposées que les autres à avoir besoin d'un traitement psychiatrique, cinq fois plus exposées à tenter de se suicider. Environ un tiers des femmes battues souffrent de graves dépressions et certaines se mettent à consommer de l'alcool ou des drogues⁵⁰.

La violence familiale

Dans le monde entier, la violence familiale est souvent infligée aux jeunes filles et aux femmes par les maris, les pères et d'autres parents de sexe masculin.

- Selon des enquêtes menées dans des pays aussi divers que l'Égypte, les États-Unis et certaines parties du Nicaragua et du Zimbabwe, 20 à 50 % des femmes qui ont été mariées à un moment quelconque de leur vie signalent qu'elles ont été battues ou ont subi divers sévices physiques de la part de leur partenaire⁵¹.
- Au Bangladesh, les meurtres de femmes par leur mari représentent la moitié de tous les cas de meurtre. Au Canada, 62 % des femmes assassinées en 1987 sont mortes de la violence familiale. Et, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, près des trois quarts des femmes assassinées ont été tuées par leur mari.
- Dans les zones urbaines de l'État de Maharashtra et dans l'agglomération de Mumbai, sur cinq femmes tuées dans le groupe d'âge 15-45 ans, l'une est morte du fait de brûlures "accidentelles".
- Chez les familles indiennes de Fidji, la violence du conjoint est citée dans 41 % des cas comme la cause du suicide de leur bien-aimée.

Les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables. Certains maris deviennent plus violents durant la grossesse de la femme, allant jusqu'à leur donner au ventre des coups, même des coups de pied. Ces femmes sont deux fois plus exposées au risque de fausse couche et quatre fois à celui d'avoir un bébé accusant une insuffisance pondérale. La pré-éclampsie et le travail prématuré sont d'autres complications qui peuvent résulter d'actes de violence⁵².

- Dans une enquête menée sur 342 femmes aux environs de Mexico, 20 % des femmes battues ont déclaré avoir été frappées au ventre durant une grossesse.

La violence familiale tient souvent désir sexuel ou à la jalousie du partenaire masculin, ainsi qu'à sa volonté d'exercer son autorité sur la femme. Les femmes qui vivent avec des partenaires violents ou alcooliques courent partout un grand risque d'être contraintes à des rapports sexuels.

- Aux États-Unis, 10 à 14 % des femmes mariées signalent avoir été contraintes par la force à des rapports sexuels contre leur volonté; chez les femmes battues, le taux d'incidence de ces rapports forcés est de 40 % au moins.
- Des études menées au Guatemala, aux Philippines, au Pérou et à Sri Lanka font apparaître la fréquence de ces rapports forcés entre époux, surtout quand les hommes arrivent au foyer en état d'ivresse.

Les femmes victimes de la guerre et les situations d'urgence

En temps de guerre, le viol des femmes et des jeunes filles, souvent en présence de membres de la famille, peut constituer une attaque tant contre l'individu que contre sa famille et sa communauté. En période de conflit ethnique, le viol peut être à la fois une stratégie militaire et une politique nationaliste. En temps de guerre, le viol peut viser à mettre l'ennemi hors de combat en détruisant les liens familiaux et sociaux.

Les femmes qui ont été violées en temps de guerre non seulement souffrent l'horreur physique et psychique d'avoir été violées et de porter éventuellement un enfant de l'ennemi, mais peuvent avoir contracté des MST, dont le VIH/sida. Souvent, ces femmes s'efforcent de garder le viol secret, car elles en ressentent la honte et craignent d'être rejetées par leur mari ou partenaire, leur famille et leur communauté.

Environ 75 % des 18 millions de réfugiés du monde sont des femmes et des jeunes filles. Des viols répétés et souvent brutaux sont un aspect trop courant de l'expérience de la femme réfugiée. Les femmes réfugiées sont exposées à la violence sexuelle et à l'enlèvement à toutes les étapes de leur fuite, depuis la marche précipitée vers la frontière jusqu'à la vie dans les camps de réfugiés⁵³.

- Les données concernant les "réfugiés de la mer" vietnamiens indiquent que 39 % des femmes ont été enlevées et/ou violées par des pirates durant leur traversée.
- Les agents qui s'occupent de réfugiés observent un lien habituel entre le viol et la violence familiale exercée par la suite, surtout de la part des hommes dont l'épouse ou les filles ont été violées en leur présence.

Les réfugiés estiment souvent que leur expérience les place dans le rôle de victimes et qu'ils ont failli à leur obligation de protéger leur famille. Cette vulnérabilité, aggravée par la frustration d'être réinstallés ailleurs, les conduit souvent à recourir à la violence familiale pour rétablir leur autorité et leur contrôle⁵⁴.

Coûts additionnels

Au-delà des coûts supportés par les individus, la violence contre les femmes et les jeunes filles opère une ponction sur les ressources limitées de la plupart des systèmes nationaux de santé publique. La coutume de garder le silence sur les causes des lésions et des souffrances

que subissent trop de femmes et de jeunes filles entraîne une utilisation inefficace des services disponibles, car le traitement n'offre qu'un soulagement momentané si les causes profondes ne sont pas abordées directement.

Les enfants témoins d'actes de violence connaissent souvent les mêmes problèmes psychiques et de comportement que les enfants victimes de mauvais traitements. Ces problèmes sont la dépression, l'agressivité, la désobéissance, des cauchemars, des résultats scolaires médiocres et des malaises physiques. Les enfants qui sont témoins d'actes de violence ou qui les subissent risquent davantage de se livrer eux-mêmes à des actes de violence une fois adultes.

Les messages clefs :

Les gouvernements doivent :

- *Mettre au point ou renforcer les plans d'action nationaux existants, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, afin de promouvoir la protection des femmes, des jeunes et des enfants contre toute forme de violence.*
- *Offrir aux victimes de la violence des programmes de réadaptation et de soutien, y compris la délivrance de conseils confidentiels et des soins de santé mentale pour les jeunes filles et les femmes de tout âge qui ont subi une forme quelconque de violence, notamment les sévices sexuels, l'exploitation sexuelle, la prostitution et la traite des blanches.*
- *Élaborer des programmes tendant à éduquer, améliorer la prise de conscience et prévenir les actes de violence contre les femmes, notamment en soutenant les organisations non gouvernementales et les groupes de femmes qui agissent en ce sens.*
- *Condamner la violence contre les femmes et les jeunes filles et s'abstenir d'invoquer une coutume, tradition ou considération religieuse quelconque pour se dérober à l'obligation d'éliminer la violence.*
- *La communauté internationale doit donner l'exemple s'agissant d'en finir avec l'habitude répandue de pardonner le viol contre les jeunes filles et les femmes en temps de guerre. Des crimes de guerre tels que le viol et la violence à l'égard des femmes réfugiées de tout âge doivent être condamnés et punies.*

L'âge mûr

Elle est de celles qui ont eu de la chance. Bien que veuve, elle est en meilleure santé que la plupart, grâce au revenu supplémentaire qu'elle a apporté au ménage, à une bonne nutrition et au soutien qu'elle a trouvé auprès de son mari. Elle joue un rôle actif dans la communauté et au sein d'un groupe local de femmes, encourageant les jeunes parents à recourir à la planification familiale et à envoyer tous leurs enfants à l'école. Ses soeurs n'ont pas eu autant de chance. Sa jeune soeur est maintenant séropositive, résultat des infidélités de son mari. Sa soeur aînée est morte en donnant le jour au terme de sa septième grossesse.

Selon les prévisions, le nombre des femmes ménopausées dans le monde entier atteindrait 1,2 milliard en l'an 2030, dont 75 % vivront dans les pays en développement.

La santé et la situation des femmes d'âge mûr sont dans une grande mesure en rapport direct avec leur santé en matière de reproduction et de sexualité durant leur vie antérieure. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et, vers la fin de la vie, passent plus d'années en mauvaise santé⁵⁵. Deux scénarios se dégagent :

La plupart des femmes qui sont en bonne santé dans leur âge mûr, principalement dans les pays industrialisés, sont celles qui ont suivi au moins une scolarité élémentaire, qui ont eu peu d'enfants, un accès satisfaisant aux soins de santé en matière de reproduction et de prévention, une bonne nutrition, un mari ou partenaire aimant, et qui n'ont pas été soumises à une tension excessive ni souffert de dommages physiques durant leur vie professionnelle. Leurs problèmes de santé consistent principalement à suivre un traitement hormonal de substitution et à lutter contre diverses formes de dégénérescence, comme l'arthrite et l'ostéoporose.

Dans les pays en développement, beaucoup de femmes d'âge mûr souffrent de problèmes de santé chroniques dus à des années de négligence, de discrimination et de dur travail. Leur état de santé reflète un accès insuffisant aux services de base, à une alimentation et une nutrition correctes tout au long de leur vie, ainsi que les épreuves endurées durant la période procréatrice de leur vie, c'est-à-dire notamment des naissances trop précoces et trop rapprochées, une mauvaise

Les messages clefs :

- Réorienter et renforcer les services de soins de santé afin de mieux répondre aux besoins des femmes d'âge mûr.
- Soutenir l'action externe des ONG de femmes afin d'aider les femmes d'âge mûr appartenant à une communauté à mieux comprendre l'importance de l'éducation des filles, ainsi que de leurs santé et droits en matière de reproduction et de sexualité, pour qu'elles soient en mesure de transmettre efficacement ces connaissances.
- Élaborer des stratégies visant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées sur de nombreux plans (vivres, eau, logement, services sociaux et juridiques, soins de santé).

nutrition et l'anémie, de durs travaux physiques. Le fait d'avoir été exposées toute leur vie à des cuisines enfumées, à une eau polluée et aux pesticides peut aussi avoir nui à leur santé.

Après la ménopause, les problèmes de santé en matière de reproduction sont sensiblement influencés par la qualité des soins que les femmes reçoivent auparavant. La descente de matrice, l'incontinence d'urine et l'effet débilitant d'une fistule vésicovaginale sont, parmi d'autres, des problèmes de santé qui interviennent après la ménopause et résultent de l'absence ou de l'insuffisance des soins obstétricaux dans le passé.

La fin de la période procréatrice marque un changement important dans le statut social des femmes. Dans la plupart des sociétés traditionnelles, les femmes détiennent plus de pouvoir au sein de la famille en tant que belle-mère et que grand-mère qu'elles n'en avaient dans leur jeunesse. Elles ont l'autorité nécessaire pour perpétuer des normes culturelles désastreuses telles que le mariage précoce et la préférence pour les fils, ou promouvoir des normes nouvelles favorisant l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes.

Les Bamilike et d'autres groupes du nord-ouest du Cameroun croient que la fin des règles rend une femme aussi sage qu'un homme et que son statut social peut être élevé au point d'occuper un rang éminent.

Notes

1. Organisation des Nations Unies, 1994. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement* (Le Caire, 5-13 septembre 1994) (A/CONF.171/13), New York, Organisation des Nations Unies.
2. Organisation des Nations Unies, 1995, *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes* (Beijing, 4-15 septembre 1995) (A/CONF.177/20). New York, Organisation des Nations Unies.
3. Adapté de : FNUAP, 1997a. *L'état de la population mondiale, 1997 : Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*. New York, FNUAP.
4. Ibid.
5. Cette section est inspirée des travaux suivants : Judith Senderowitz, 1995, *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*, p. 18 et 19. Paper No 272. Washington, DC, Banque mondiale; Marge Koblinsky, Judith Timyan et Jill Gay, éd., 1993, *The Health of Women: A Global Perspective*, p. 153 à 155. Boulder (Colorado), Westview Press; et Banque mondiale, 1993. *Rapport sur le développement dans le monde, 1993 : Investir dans la santé*. New York, Oxford University Press.
6. Alan Guttmacher Institute, 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York.
7. FNUAP, 1997a.
8. Banque mondiale, 1993.
9. Sources de cette section : ONUSIDA, 1999a. *Questions and Answers: Mother-to-Child Transmission (MTCT) of HIV: Background Briefing*. Genève.
10. Ibid.
11. Ibid.
12. ONUSIDA, 1999b. *Technical Working Group Meeting to Review New Research Findings for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV*. Genève, 10-11 août 1999.
13. *Newsweek*, 17 janvier 2000, p. 43.
14. Sources de cette section : FNUAP, 1999. *L'état de la population mondiale, 1999 – 6 milliards : L'heure des choix*. New York; Amy O. Tsui, Judith N. Wasserheit et John G. Haaga, 1997. *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, p. 28, Washington, DC, National Academy Press; Shireen Jejeebhoy, 1995. *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour*. Oxford, Clarendon Press; FNUAP, 1998a. *L'état de la population mondiale, 1998 : Les générations nouvelles*. New York; FNUAP, 1997a; Barbara S. Mensch, Judith Bruce et Margaret E. Greene, 1998. *The Uncharted Passage: Girl's Adolescence in the Developing World*, p. 46 et 47. New York, The Population Council.
15. Population Action International, 1998. *1998 Report on Progress Towards World Population Stabilization*. Washington, DC.
16. Mensch, Bruce et Greene, 1998, p. 46 et 47.
17. A. Grunseit et S. Kippax, 1993. *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behavior*, p. 30, Genève, Programme mondial du sida, Organisation mondiale de la santé; et Alan Guttmacher Institute, 1998, p. 42.
18. Grunseit et Kippax, 1993, p. 30.
19. Sources de cette section : FNUAP, 1998a; FNUAP, 1999a. *La transition : Santé, sexualité et droits des jeunes en matière de reproduction*. New York; Senderowitz, 1995; et María José Alcalá, 1995. *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action*. New York, Family Care International.
20. Alcalá, 1995, p. 39.
21. FNUAP, 1998a, p. 24.
22. ONUSIDA, 1999a, p. 2 et 3.
23. Panos Institute, 1989. *AIDS and Children: A Family Disease*. Londres.
24. Lori Heise, 1993. "Violence Against Women: The Missing Agenda", dans Koblinsky, Timyan et Gay, 1993, p. 171 à 196.
25. FNUAP, 1998a, p. 29.
26. Ibid., p. 42.
27. Tsui, Wasserheit et Haaga, 1997, p. 96 à 99.
28. Nahid Toubia, 1995. *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*. New York, RAINBO.
29. E. Boohene, J. Tsodzai, K. Hardee-Cleveland, S. Weir et B. Janowitz, 1991. "Fertility and Contraceptive Use among Young Adults in Harare, Zimbabwe", *Studies in Family Planning* 22(4) : 264-271. Cité par Senderowitz, 1995.
30. Sources de cette section : Alcalá, 1995, p. 52; et Barbara Barnett, 1998. "Family Planning Use Often a Family Decision". *Network: Family Planning and Women's Lives*, 18(4) : 10-14. Research Triangle Park, Caroline du Nord (États-Unis), Family Health International.
31. FNUAP, 1998a, p. 25 et 26.
32. FNUAP, 1997b. *Espoirs et réalités : éliminer l'écart entre les aspirations des femmes et leurs expériences en matière de procréation*. New York.
33. Population Action International, 1993. *Expanding Access to Safe Abortion: Key Policy Issues*, p. 1. Washington, DC.
34. John Ross, John Stover et Amy Willard, 1999. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. Glastonbury, Connecticut (États-Unis). The Futures Group International.

35. ONUSIDA, 1999c. *AIDS Epidemic Update: December 1999*. Genève.
36. The Population Council, 1999. "Sexually Transmitted Infections". *Reproductive Tract Infections: A Set of Factsheets*. New York.
37. Ibid.
38. Sources : Mayra Buvinic, Catherine Gwin et Lisa Bates, 1996. *Investing in Women: Progress and Prospects for the World Bank*. Washington, DC, Overseas Development Council; Koblinsky, 1993, p. 11 et 12; et FNUAP, 1998a.
39. Kim Best, 1998. "Contraception Improves Employment Prospects". *Network: Family Planning and Women's Lives*, 18(4) : 19-22. Research Triangle Park, Caroline du Nord (États-Unis), Family Health International.
40. Koblinsky, Timyan et Gay, 1993, p. 14; et Département des affaires économiques et sociales internationales (ONU), 1991. *Les femmes dans le monde ; des chiffres et des idées, 1970-1990*. New York.
41. FNUAP, 1997b. *A New Role for Men: Partners in Women's Empowerment*, p. 12. New York.
42. Rekha Mehra et Sarah Gammage, 1997. *Employment and Poor Women: A Policy Brief on Trends and Strategies*. Washington, DC, International Center for Research on Women.
43. Mahmuda Rahman Khan, 1996. *Empowering Women Through Wage Employment: The Impact on Gender Relations in Bangladesh*, ICRW Report-in-Brief, p. 4; et Michèle Andina et Barbara Pillsbury, 1997. *Women's Empowerment and Family Planning: Lessons Learned from Evaluation with Women's NGOs*. Los Angeles, Californie (États-Unis), Pacific Institute for Women's Health.
44. Andina et Pillsbury, 1997.
45. Koblinsky, 1993, p. 14. On attribue aux *maquiladoras* le meurtre brutal de plus de 180 jeunes femmes à Ciudad Juarez; la fréquence de l'hépatite A, dans les villes frontalières, à un taux compris entre 78 et 400 % parce que l'eau de conduite est contaminée, et la fréquence de l'anencéphalie (enfants nés sans cerveau) et des défauts du tube médullaire. Corporate Watch, 2000. "Maquiladoras at a Glance: La Línea: Gender, Labor and Environmental Justice on the US-Mexico Border". Site Web : <http://www.corpwatch.org/trac/feature/border/factsheet.html#map>; et Linda Diebel, 23 mai 1999, "Murder Most Foul", *Toronto Star*.
46. Sources : FNUAP, 1997a; FNUAP, 1998b, p. 9 et 10; Carol Lynn Blaney, 1998. "Abused Women Have Special Needs". *Network: Family Planning & Women's Lives* 18(4) : 15-18. Research Triangle Park, Caroline du Nord (États-Unis), Family Health International; Amy Friedman, 1991. *Rape and Domestic Violence: The Experience of Refugee Women*. Washington, DC, Refugee Women in Development; Lori Heise, Jacqueline Pitanguy et Adrienne Germain, 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*, p. 18. Paper Number 225. Washington, DC, Banque mondiale; Heise, 1993, p. 178; Lori Heise, Mary Ellsberg et Megan Gottemoeller, 1999. "Ending Violence Against Women". *Population Reports*, 27(4); Koblinsky, Timyan et Gay, 1993, chap. 8, p. 172; et Organisation mondiale de la santé, *WHO Information Kit on Violence and Health (Violence and Injury Prevention, Violence and Health, Violence Against Women: Priority Health Issue)*.
47. Heise, Pitanguy et Germain, 1994, p. 18.
48. Koblinsky, Timyan et Gay, 1993, chap. 8, p. 172; et FNUAP, 1998b, p. 9.
49. FNUAP, 1998b, p. 11.
50. Koblinsky, Timyan et Gay, 1993, chap. 8, p. 172.
51. Blaney, 1998.
52. FNUAP, 1998b, p. 10.
53. Heise, 1993, p. 178.
54. Friedman, 1991.
55. Sources : FNUAP, 1998a; Sheldon Segal, 1997. "Women's Health: Issues Beyond the Reproductive Years". *South-to-South Newsletter*, 7 : 4-5; et Mamdouh Shaaban, 1997. "Menopause in the Context of Developing Countries", *South-to-South Newsletter*, 7 : 6-8.