

Conférence internationale
sur la population
et le développement

Progrès réalisés
au niveau
national
dans la mise
en oeuvre du
Programme
d'action
de la CIPD
1994 - 2004

Investir dans la population



Conférence internationale sur la
population et le développement

Investir dans la population

Progrès réalisés au niveau national
dans la mise en œuvre du
Programme d'action de la CIPD
1994 - 2004



Préface

Imaginez que toutes les populations du monde disposent d'informations et de moyens pour se protéger du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles et pour choisir le moment d'avoir des enfants, leur nombre ainsi que leur espacement. Imaginez que chaque femme puisse contrôler sa fécondité et bénéficier de services de santé adéquats tout le long de sa vie. Il y aurait alors moins de décès prématurés et inutiles de femmes, de nourrissons et d'enfants.

Imaginez un monde où les interrelations entre la population, les ressources, l'environnement et le développement sont pleinement reconnues, bien gérées et équilibrées, et où les gouvernements s'emploient à la réalisation du développement durable et à l'amélioration de la qualité de vie de toutes les populations.

Imaginez que les femmes et les hommes soient considérés au sein du ménage et devant la loi comme égaux eu égard à leur dignité et à leurs droits et que la violence physique, le viol et les autres formes de violence faite aux femmes soient considérés comme des comportements inacceptables, systématiquement condamnés et que leurs auteurs soient traduits en justice.

Imaginez que tous les enfants, filles et garçons, aillent à l'école et reçoivent un enseignement de qualité leur permettant de s'épanouir pleinement. Imaginez l'établissement de partenariats visant à bâtir un monde équitable et durable dans lequel le respect des droits de l'homme, y compris les droits de la femme, la satisfaction des besoins des générations actuelles et futures et la garantie de l'accès de tous à l'éducation et à la santé, notamment la santé sexuelle et de la reproduction, soient considérés comme des priorités à gérer d'urgence.

Imaginez à présent que les dirigeants du monde approuvent cette vision, et vous comprendrez l'essence même de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire du 5 au 13 septembre 1994. La Conférence du Caire a enregistré un franc succès, en axant la politique de population non plus sur les chiffres mais sur la vie des individus et leurs droits humains.

Au Caire, les dirigeants de 179 nations et les participants de la société civile sont parvenus à un consensus sur un ensemble de buts et d'objectifs importants et complémentaires en matière de population et développement. Parmi ces buts et objectifs figurent : la croissance économique soutenue dans le contexte d'un développement durable, l'éducation, en particulier celle des filles, l'égalité et l'équité entre les sexes, la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle et l'accès de tous aux services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale et la santé sexuelle.

Dix ans après l'historique Conférence du Caire, l'UNFPA a le plaisir de publier le présent rapport sur les progrès réalisés et les défis qu'il reste à relever dans le cadre la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD. La conclusion majeure à laquelle l'on est parvenu, c'est le fait que la décennie qui a suivi l'adoption du Programme d'action a été une décennie de progrès sensibles. Cependant, ces progrès n'ont pas été constants et les contraintes, en particulier le manque de financement, demeurent une préoccupation majeure à mi-parcours du programme sur 20 ans.

Ce rapport est basé sur l'Enquête mondiale menée en 2003 par l'UNFPA en vue d'évaluer les expériences nationales. L'Enquête a sollicité les réponses de pays en développement, de pays en transition et de pays donateurs. Nous exprimons particulièrement notre reconnaissance aux gouvernements et partenaires de la société civile qui ont participé à cette enquête à hauteur de 92 % au niveau des pays en développement et des pays en transition, et de 82 % au niveau des pays donateurs.

L'Enquête mondiale fait partie intégrante du processus d'évaluation de la CIPD+10, financé par les gouvernements d'Australie, du Canada, de la Suède et du Royaume-Uni. Nous leur en sommes reconnaissants ainsi qu'au Gouvernement de la Suisse dont l'assistance comprend également un soutien aux activités relatives à l'Enquête. Nous exprimons aussi notre gratitude aux nombreux membres du personnel de l'UNFPA, sur le terrain comme au siège, qui ont œuvré dans cette louable entreprise.

Nous avons le ferme espoir que les conclusions de cette Enquête mondiale accéléreront la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, ce qui contribuera directement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en vue de réduire de manière drastique la pauvreté, la faim, les problèmes de santé, le VIH/sida et l'inégalité des sexes d'ici l'an 2015.



Thoraya Ahmed Obaid

Directrice exécutive

Fonds des Nations Unies pour la population

Remerciements

Le présent rapport a pu voir le jour grâce aux nombreuses contributions des pays ayant répondu à l'Enquête mondiale, à l'appui précieux et au travail de suivi des bureaux de pays et des Equipes d'appui techniques de l'UNFPA, ainsi qu'à celui des nombreuses personnes travaillant au siège de l'UNFPA. Leur engagement et leurs efforts conjugués ont mené à un taux de réponses élevé aussi bien des pays en développement et des pays en transition que des pays donateurs. L'équipe exprime également sa gratitude à Richard Leete, qui a dirigé le projet à ses débuts.

Auteurs et collaborateurs

L'équipe remercie les auteurs et ceux qui ont contribué à l'élaboration des divers chapitres du rapport, notamment Sethuramiah Rao, Rene Desiderio, Israel Sembajwe et Christian Fuersich qui ont rédigé plusieurs chapitres et garanti la qualité générale du rapport. Nous reconnaissons aussi les efforts de Marianne Haselgrave, Trinidad Osteria et Amy Babchek, qui ont élaboré les versions préliminaires de certains des chapitres pour examen par les services techniques concernés. Nos remerciements vont également à nos collègues du service technique pour leur révision des chapitres au fond, plus particulièrement à Delia Barcelona, Laura Laski, Kebedech Nigussie, Sahir Abdul Hadi, Elizabeth Benomar, Linda Demers, France Donnay et Lindsay Edouard.

Groupe de rédaction

Le rapport a bénéficié des conseils et orientations du Groupe de rédaction qui a lu tous les chapitres plus d'une fois et apporté des commentaires, suggestions et idées en vue de leur amélioration. Nos remerciements vont à Bjorn Andersson, Hedia Belhadj-El Ghouayel, Stan Bernstein, Linda Demers, Rene Desiderio, Nicholas Dodd, Arthur Erken, Jose Ferraris, Lalan Mubiala, Bill Musoke, Jaime Nadal-Roig et Sethuramiah Rao.

Groupe de travail interdivisions

L'Equipe est particulièrement reconnaissante au Groupe de travail interdivisions sur la CIPD+10, présidé par Linda Demers, pour son étroite collaboration. Outre plusieurs collègues déjà mentionnés, le groupe de travail compte les membres suivants : María José Alcalá, Sylvie Cohen, Kristin Hetle, Nicola Jones, Luisa Kislinger, Satish Mehra, Suman Mehta, Kwabena Osei-Danquah, Daniel Sala-Diakanda et Francesca Taylor. Le Groupe a fourni des conseils et des orientations sur l'Enquête mondiale pendant toutes ses phases.

Lecteurs et réviseurs internes

Les sections de la Division d'appui technique de l'UNFPA ont particulièrement contribué à la révision des principaux chapitres et à l'apport d'idées pour les actions à entreprendre. Si l'ensemble du personnel de toutes les sections mérite des remerciements, il convient de faire mention tout particulièrement de Lindsay Edouard, Delia Barcelona, Laura Laski, Eva Weissman et France Donnay (Chef) de la section Santé en matière de reproduction ; Ann Pawliczko, Rabbi Royan, Kourtoum Nacro et François Farah (Chef) de la section Population et développement ; Elizabeth Benomar, Kebedech Nigussie, Julitta Onabanjo, Suman Mehta (ancien Chef) et Steve Krauss (Chef) de la section VIH/sida ; et Sahir Abdel-Hadi et Talat Jafri (Chef p.i.) de la section Genre, culture et droits

humains. Les contributions de Jagdish Upadhyay et Shana Ward de la section Partenariat interrégional sont également reconnues. Les contributions précieuses du personnel de l'IERD, en particulier Stan Bernstein, Richard Snyder, Antonie de Jong, William Ryan et Joyce Bratich-Cherif, ont également été très appréciées. Nos remerciements vont aussi à Ann Erb Leoncavallo et Alex Marshall pour leur expertise et leurs conseils.

Soutien à la rédaction, à l'administration et à la recherche

Flavia Perea et Kate Washburn ont apporté leur appui au cours des premières phases du projet. Victorina Evelyn Guthwin, Jayalakshmi Santosh, Madeleine Sacco, Suleman Chaudhary et Sharyn Sohlberg ont fourni leur soutien administratif à l'élaboration du rapport. Nos remerciements particuliers vont à Hylla Rebello, Phyllis Brachman et Mirey Chaljub pour nous avoir guidés pendant toutes les étapes du processus d'impression. Enfin et surtout, nos remerciements à Valerie Havas qui a entrepris le laborieux travail d'édition de l'ensemble du manuscrit et apporté des suggestions perspicaces pour son amélioration. L'Equipe est reconnaissante à toutes ces personnes.

Direction politique et exécutive

En tant que Directeur exécutif adjoint du Programme, Kunio Waki a donné des directives politiques à l'équipe. Les directeurs des Divisions géographiques de l'Afrique, des Etats arabes et de l'Europe, de l'Asie et du Pacifique, de l'Amérique latine et des Caraïbes ont facilité le travail de l'Equipe de l'Enquête mondiale en proposant des directives politiques et une coordination efficace avec les pays ayant répondu à l'enquête et le personnel des bureaux de pays de l'UNFPA. Enfin, l'Equipe est particulièrement reconnaissante à Thoraya Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA, pour son leadership et sa vision. Tout en restant reconnaissants à tous ceux qui nous ont apporté leur assistance, les auteurs assument l'entière responsabilité des opinions exprimées dans le présent rapport.

Mari Simonen
Chef de l'Equipe de l'Enquête mondiale et
Directrice de la Division d'appui technique

EQUIPE DE L'ENQUETE MONDIALE SUR LA CIPD+10

Mari Simonen

Chef d'Equipe

Sethuramiah L. Rao

Conseiller technique spécial

Linda Demers

Coordonnatrice de la CIPD+10

Rene Desiderio

Directeur du Projet

Israel Sembajwe

Directeur de la base de données

Christian M. Fuersich

Associé de recherche principal

Amy Babchek

Assistante de recherche

Assistants de recherche

Table des matières

Préface	
Remerciements	
Sigles et acronymes	
Résumé des conclusions	
1. Introduction	
1.1 La CIPD et les autres conférences mondiales des Nations Unies	
1.2 Liens entre les objectifs de la CIPD et les Objectifs du Millénaire pour le développement	
1.3 Objectifs du Rapport	
1.4 Méthodologie de l'Enquête mondiale	
1.5 Forces et faiblesses du Rapport	
1.6 Plan du Rapport	
2. Population et développement	
2.1 Introduction	
2.2 Actions entreprises pour intégrer les questions de population dans les stratégies de développement	
2.3 Population et planification dans le contexte de la décentralisation	
2.4 Les questions de population dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté	
2.5 Interactions entre la population et l'environnement	
2.6 Mesures visant à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées	
2.7 Mesures visant à influencer sur les migrations internes	
2.8 Mesures visant à influencer sur les migrations internationales	
2.9 Renforcement des capacités en matière de collecte de données, de recherche, de suivi et d'évaluation	
2.10 Conclusion	
3. Egalité des sexes, équité et autonomisation des femmes	
3.1 Introduction	
3.2 Protection des droits des filles et des femmes	
3.3 Autonomisation des femmes	
3.4 Violence faite aux femmes	
3.5 Réduction des inégalités entre les sexes dans l'éducation	
3.6 Renforcement du soutien des hommes en faveur des droits et de l'autonomisation des femmes	
3.7 Considérations culturelles	
3.8 Conclusion	
4. Droits et santé en matière de reproduction	
4.1 Introduction	
4.2 Application des droits en matière de reproduction dans la pratique	
4.3 Suivi des droits en matière de reproduction et fourniture de rapports	
4.4 Intégration de la santé de la reproduction dans le système de soins de santé primaires	
4.5 Santé de la reproduction et réforme du secteur de la santé	
4.6 Accès à des services de santé de la reproduction de qualité	
4.7 Planification familiale	
4.8 Sécurisation des produits de la santé de la reproduction	
4.9 Réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles	
4.10 Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles	
4.11 Gestion des complications des avortements à risques	
4.12 Implication des bénéficiaires de la santé de la reproduction par le biais de partenariats	
4.13 Principales difficultés liées à la mise en œuvre de l'approche santé de la reproduction	
4.14 Conclusion	
5. Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	
5.1 Introduction	
5.2 Prise en compte des droits des adolescents à l'information, à l'éducation et aux services relatifs à la santé de la reproduction	
5.3 Education à la santé, notamment de préparation à la vie quotidienne, dans l'enseignement et hors de l'enseignement	
5.4 Accès des adolescents à l'information sur la santé de la reproduction	
5.5 Accès aux services de santé de la reproduction	
5.6 Moyens d'existence des adolescents et des jeunes	
5.7 Participation des adolescents et des jeunes à l'élaboration des politiques et des programmes	
5.8 La culture en tant que facteur favorisant et obstacle à la promotion de la santé de la reproduction des adolescents	
5.9 Conclusion	
6. VIH/sida	
6.1 Introduction	
6.2 La pandémie du VIH/sida et les stratégies visant à l'aborder	

TABLE DES MATIÈRES (continued)

6.3	Mesures programmatiques visant à la mise en œuvre de stratégies.....
6.4	Approches visant à la participation des populations vulnérables et difficiles à atteindre.....
6.5	Rôle des facteurs culturels dans la riposte à la pandémie du VIH/sida.....
6.6	Conclusion.....
7.	Plaidoyer, éducation et communication pour le changement de comportement.....
7.1	Introduction.....
7.2	Plaidoyer.....
7.3	Information, éducation et communication pour le changement de comportement.....
7.4	Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour élargir l'accès à l'information.....
7.5	Conclusion.....
8.	Partenariats et ressources.....
8.1	Introduction.....
8.2	Partenariats avec la société civile.....
8.3	Partenariats avec le secteur privé.....
8.4	Mobilisation des ressources.....
8.5	Conclusion.....
9.	Perspectives des pays donateurs.....
9.1	Introduction.....
9.2	Questions et problèmes liés à la population.....
9.3	Egalité des sexes et autonomisation des femmes.....
9.4	Santé de la reproduction et VIH/sida.....
9.5	Mesures prises par les pays en développement et les pays donateurs en matière de population, de santé de la reproduction, de VIH/sida et d'égalité des sexes.....
9.6	Points de vue des pays donateurs concernant la mise en œuvre du PA-CIPD dans les pays en développement.....
9.7	Partenariats et ressources.....
9.8	Conclusion.....
10.	Aperçu des progrès réalisés et perspectives.....
10.1	Aperçu des progrès réalisés.....
10.2	Actions à entreprendre par grand domaine de programmes.....
10.3	Perspectives concernant les questions opérationnelles.....
10.4	Conclusion.....

Références choisies.....

Annexe : Pays ayant répondu au Questionnaire de l'Enquête mondiale (selon les groupes régionaux de l'UNFPA).....

TABLEAUX

1.1	Objectifs de la CIPD, Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles.....
2.1	Mesures prises par les pays pour intégrer les questions de population dans le développement.....
2.2	Mesures prises par les pays pour traiter de l'intégration des questions de population dans le cadre de la décentralisation.....
2.3	Mesures prises par les pays pour intégrer les questions de population dans les stratégies de réduction de la pauvreté.....
2.4	Mesures prises par les pays pour tenir compte des liens entre la population et l'environnement.....
2.5	Mesures prises par les pays pour traiter de la question du vieillissement de la population.....
2.6	Mesures prises par les pays pour influencer sur les migrations internes.....
2.7	Mesures prises par les pays pour influencer sur les migrations internationales.....
3.1	Mesures prises par les pays pour protéger les droits des filles et des femmes.....
3.2	Mesures prises par les pays pour autonomiser les femmes.....
3.3	Mesures prises par les pays pour traiter de la question de la violence faite aux femmes.....
3.4	Mesures prises par les pays pour améliorer l'accès à l'éducation primaire et secondaire.....
3.5	Mesures prises par les pays pour permettre aux hommes de soutenir les droits et l'autonomisation des femmes.....
4.1	Principales mesures prises par les pays pour assurer le respect des droits en matière de reproduction.....
4.2	Mesures spécifiques prises par les pays pour intégrer les droits et la santé en matière de reproduction dans le suivi du respect des droits de la personne.....
4.3	Mesures spécifiques prises par les pays pour intégrer les droits et la santé en matière de reproduction dans les rapports relatifs au suivi des traités sur les droits de la personne.....
4.4	Mesures spécifiques prises par les pays pour intégrer les droits et la santé en matière de reproduction dans les soins de santé primaires.....
4.5	Mesures principales prises par les pays pour améliorer l'accès à des services de santé de la reproduction de qualité.....
4.6	Mesures principales prises par les pays pour élargir les choix en matière de contraception.....
4.7	Mesures principales prises par les pays pour garantir la sécurisation des produits de santé de la reproduction.....
4.8	Mesures prises par les pays pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles.....
4.9	Mesures principales prises par les pays pour réduire la propagation des IST et les prendre en charge.....

4.10	Mesures principales prises par les pays pour prévenir les complications liées aux avortements à risques et les prendre en charge
4.11	Mesures principales prises par les pays pour impliquer les bénéficiaires dans la fourniture des services de santé de la reproduction
5.1	Mesures spécifiques prises par les pays pour prendre en compte les besoins et les droits des adolescents en matière de reproduction et de santé de la reproduction
5.2	Mesures programmatiques et stratégiques spécifiques prises par les pays pour prendre en compte les besoins et les droits des adolescents en matière de reproduction et de santé de la reproduction
5.3	Mesures spécifiques prises par les pays pour introduire l'éducation à la santé de la reproduction dans l'enseignement formel ou hors de l'enseignement formel.....
5.4	Mesures spécifiques prises par les pays pour faciliter l'accès à l'information sur la santé de la reproduction, notamment sur les connaissances pratiques.....
5.5	Mesures spécifiques prises par les pays pour permettre l'accès des adolescents aux services de santé de la reproduction
5.6	Mesures spécifiques prises par les pays pour soutenir l'évolution des moyens d'existence et les connaissances pratiques des jeunes
5.7	Mesures spécifiques prises par les pays pour favoriser la participation des adolescents et des jeunes à l'élaboration de politiques et de programmes.....
5.8	Entraves culturelles au traitement de la question de la santé de la reproduction des adolescents
6.1	Stratégies adoptées par les pays pour prendre en compte la question du VIH/sida
6.2	Mesures prises par les pays eu égard à la prévention du VIH
6.3	Groupes ciblés par les programmes de prévention du VIH/sida.....
6.4	Mesures prises par les pays concernant la prévention du VIH en vue d'impliquer les groupes difficiles à atteindre
7.1	Mesures prises par les pays pour promouvoir des comportements sains et responsables dans le domaine de la santé de la reproduction
7.2	Difficultés rencontrées par les pays dans la promotion de comportements sains et responsables dans le domaine de la santé de la reproduction
7.3	Mesures prises par les pays pour étendre la couverture médiatique des questions relatives à la santé et aux droits en matière de reproduction
7.4	Mesures prises par les pays pour utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication en vue d'élargir l'accès à l'information
8.1	Mesures prises par les pays pour impliquer la société civile dans les activités relatives à la population et à la santé de la reproduction
8.2	Mesures prises par les pays pour impliquer le secteur privé dans les activités relatives à la population et à la santé de la reproduction
9.1	Mesures prises par les donateurs pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées

9.2	Mesures prises par les donateurs concernant l'accès à la santé de la reproduction
9.3	Domaines de partenariat entre les gouvernements donateurs et les ONG.....

ENCADRES

2.1	Liens entre population et pauvreté.....
2.2	Liens entre population et environnement.....
2.3	Le vieillissement de la population et les personnes âgées
2.4	Les migrations internationales.....
2.5	Capacités nationales en matière de données
3.1	Promotion de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes
3.2	Mesures visant à résoudre le problème de la violence faite aux femmes
4.1	Approche sectorielle au Mozambique.....
4.2	Sécurisation des produits dans la région du Pacifique
4.3	Vers la durabilité dans le domaine de la sécurisation des produits.....
4.4	Atteindre les zones difficiles d'accès
5.1	Expériences des pays concernant l'amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes à des services conviviaux
5.2	Mesures visant à renforcer les compétences des jeunes quant aux moyens d'existence
6.1	Thaïlande - La focalisation sur les succès antérieurs cache-t-elle une résurgence possible du VIH/sida ?
6.2	Mexique - Agir pour prévenir le VIH/sida.....
6.3	Initiatives impliquant les forces armées et la police nationale en Amérique latine et aux Caraïbes
7.1	Stratégies de plaidoyer efficaces.....
7.2	Utilisation des nouvelles technologies pour élargir l'accès à l'information sur la santé de la reproduction
8.1	Efforts de partenariat Sud-Sud.....
8.2	Partenariats avec les parlementaires
9.1	Liens entre l'agenda de la CIPD et les cadres de développement international
9.2	Appui de la poursuite de la mise en œuvre du PA-CIDP

MATRICE

5.1	Importantes mesures prises au niveau des régions et sous-régions dans le domaine de la santé de la reproduction des adolescents
-----	---

CARTE

Carte 1 :	Mesures prises par les pays pour renforcer l'accès à des services de santé de la reproduction de qualité
-----------	--

Sigles et acronymes

ACDI	Agence canadienne de développement international
APD	Aide publique au développement
ARV	Antirétroviraux
BCC	Communication pour le changement de comportement
CAD	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CEDAW	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CEI	Communauté des Etats indépendants
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CIPD+5	Examen quinquennal de la CIPD
DFID	Département pour le développement international (Royaume-Uni)
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infection sexuellement transmissible
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PA-CIPD	Programme d'action de la CIPD
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquis
SIG	Système d'information géographique
SIG	Système d'information de gestion
SWAp	Approche sectorielle
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TME	Transmission de la mère à l'enfant
UDI	Utilisateur de drogues injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé des conclusions

HISTORIQUE

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue en 1994, propose une nouvelle vision audacieuse sur les relations entre la population, le développement et le bien-être des individus. Au Caire, 179 pays ont adopté un Programme d'action (PA-CIPD) de 20 ans qui se base sur le succès enregistré par les programmes de population, de santé maternelle et de planification familiale au cours des décennies précédentes, tout en abordant sous une nouvelle optique les besoins exprimés au cours des premières années du XXI^e siècle.

Alors que la CIPD est à mi-parcours en 2004, il est opportun que les pays fassent le point sur les progrès enregistrés à ce jour eu égard à la réalisation des objectifs du Caire. L'UNFPA est chargé d'assister les pays dans l'évaluation des expériences opérationnelles concernant la mise en œuvre du PA-CIPD et, à cette fin, il a mené en 2003 une Enquête mondiale visant à évaluer les expériences nationales dix ans après le Caire. Un taux de réponses global de 92 % a été obtenu pour les pays en développement et les pays en transition. Pour les pays donateurs, le taux de réponses était de 82 %.

Les objectifs visés par ce rapport sont les suivants: a) décrire, d'un point de vue opérationnel, les progrès réalisés et les difficultés rencontrées par les pays dans leurs efforts d'exécution des actions spécifiques du PA-CIPD et des OMD ; b) exposer les mesures prises en insistant sur certaines mesures régionales ; et c) résumer les principales conclusions de l'Enquête mondiale de 2003 et évaluer les perspectives. Les divers chapitres du rapport présentent les résultats et les conclusions émanant de l'analyse de l'Enquête.

CONCLUSIONS

La présente section a été incluse dans le rapport aux fins de donner aux lecteurs un bref aperçu des principales conclusions de l'Enquête. Elle présente un résumé des conclusions soulignant les résultats importants de chaque domaine couvert par l'Enquête. Des références figurent dans chaque résumé pour orienter le lecteur vers la section de chapitre requise pour chaque thème couvert. Un traitement global de chaque thème est proposé dans les différents chapitres du rapport. Les implications de ces conclusions et d'autres conclusions pour les actions à entreprendre sont présentées dans le dernier chapitre.

A. POPULATION ET DEVELOPPEMENT

Ce chapitre traite en détail des progrès réalisés et des actions entreprises pour intégrer les questions de population dans certaines composantes du processus de développement, notamment les stratégies de développement, la planification décentralisée, les stratégies de réduction de la pauvreté et la planification environnementale. Il expose également en détail les initiatives d'orientation sur les questions relatives à la migration interne, à la migration internationale et au vieillissement de la population.

En ce qui concerne les actions entreprises en vue d'intégrer les questions de population dans les stratégies de développement, l'Enquête mondiale a révélé que 79 % des pays interrogés avaient adopté plusieurs mesures (Section 2.2). Ceci représente d'énormes progrès par rapport à l'enquête de 1994 où seulement 52 % des pays en développement avaient déclaré avoir entrepris des actions comparables.

S'agissant de la décentralisation et de l'intégration des facteurs démographiques dans les plans de développement locaux et les structures locales, 79 % des pays ont signalé avoir pris des mesures (Section 2.3). Outre l'introduction des facteurs démographiques dans les plans socioéconomiques locaux et à un degré moindre, dans les plans environnementaux, 52 % des pays ont créé des structures locales de gouvernance. Parmi les actions permanentes entreprises dans ce domaine, on compte le renforcement des capacités institutionnelles et en ressources humaines des structures locales et l'encouragement des pays qui n'ont pas encore intégré les questions de population dans le cadre de la décentralisation à le faire.

Concernant l'intégration des facteurs démographiques dans les stratégies de réduction de la pauvreté, 57 % des pays ont déclaré avoir adopté diverses mesures à cet égard (Section 2.4). C'est là un changement remarquable par rapport à 1994 où -seulement 13 % des pays en développement avaient signalé l'adoption de telles mesures. L'analyse a révélé que les pays dont le niveau de pauvreté est le plus élevé (plus de 40 %) mais aussi dont le taux de croissance démographique est le plus élevé ($\geq 1,47$ %), avaient un pourcentage de mesures plus élevé (65 %), par rapport aux 40 % des pays ayant les seuils de pauvreté les plus bas (< 20 %) et le taux de croissance démographique le plus bas ($< 1,47$ %). Ces conclusions soulignent qu'une plus grande priorité est accordée à l'action nationale dans les pays confrontés à des problèmes plus nombreux.

Résumé

Cinquante pour cent des pays ont déclaré avoir pris d'importantes mesures pour aborder les questions de population et d'environnement, la plupart ayant élaboré des programmes, politiques et/ou lois sur ces questions (Section 2.5). Un examen de la répartition des pays ayant adopté au moins deux mesures spécifiques pour traiter des questions démographique et environnementale est révélateur. Lorsque le niveau de pauvreté et le taux de croissance démographique sont pris en compte, il

est évident que les pays ayant un taux de pauvreté élevé ou un taux de croissance démographique élevé sont plus susceptibles d'avoir adopté plusieurs mesures. Cependant, les effets combinés d'un taux de pauvreté élevé doublé d'une croissance démographique rapide sont encore plus significatifs : seuls 33 % des pays à faible taux de pauvreté (<20 %) et à faible taux de croissance démographique (<1,47 %) avaient adopté plusieurs mesures alors que cette proportion pour le groupe de pays à taux de pauvreté et à croissance démographique élevés était de 60 % environ – soit presque deux fois plus élevée. Cela reflète la haute priorité accordée à l'action nationale dans ce domaine par les pays les plus affectés.

Concernant la question relative aux besoins spécifiques des personnes âgées, qui est de plus en plus importante dans tous les pays, 39 % des pays enquêtés ont déclaré avoir entrepris des actions importantes contre 21 % en 1994 (Section 2.6). Une analyse plus détaillée des réponses des pays en développement indique que les pays ayant des taux de vieillissement de la population élevés (≥ 7 % - moyenne de tous les pays en développement) avaient pratiquement deux fois plus de chances de prendre des initiatives majeures (58 %) que les pays à faibles niveaux de vieillissement (30 %). Il faut en conclure que non seulement le niveau de vieillissement d'un pays est un facteur important eu égard aux mesures à prendre par rapport à la question des personnes âgées, mais aussi que de nombreux pays, même s'ils ont des taux de vieillissement relativement faibles, ont initié des actions.

Pour la question de la migration interne, les résultats de l'Enquête mondiale ont montré que 64 % des pays ont déclaré avoir pris des mesures contre 41 % en 1994 (Section 2.7). Un nombre total de 39 pays avait adopté plusieurs mesures sur la migration interne. 52 % des pays avaient adopté des plans de migration, 51 % avaient établi des plans de répartition des activités politiques et socioéconomiques pour influencer sur la répartition géographique de la population, 15 % avaient initié

des programmes de fourniture d'assistance et de services aux personnes déplacées et 10 % avaient créé des institutions spécialisées sur la migration. Les gouvernements ont essentiellement élaboré des plans de promotion des projets de réinstallation, de répartition de la population en créant de nouveaux centres de croissance économique, et de décentralisation de la planification sociale et économique ainsi que des activités politiques. Ils ont également formulé des programmes et stratégies visant à réinstaller et à réintégrer les personnes déplacées, selon qu'il est approprié.

D'après les conclusions de l'Enquête mondiale, 73 % des pays ont pris des mesures visant à traiter des questions de migration internationale, soit des progrès considérables réalisés, dans la mesure où seuls 18 % des

pays avaient pris des mesures similaires en 1994 (Section 2.8). La mesure la plus communément adoptée était la formulation de stratégies, plans ou programmes relatifs aux migrants internationaux et/ou réfugiés (45 %), suivie de l'adoption de mesures législatives sur les migrants et les travailleurs migrants internationaux (37 %), de l'adoption d'une politique de migration (33 %), d'efforts visant à renforcer les conventions internationales sur les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants (11 %) et de l'adoption de mesures législatives sur le trafic des êtres humains, en particulier des femmes et des enfants (10 %). Par ailleurs, un nombre croissant de pays a créé divers mécanismes de coordination – coordination entre

Sur la question de l'intégration des facteurs démographiques dans les stratégies de réduction de la pauvreté, 57 % des pays ont déclaré avoir pris diverses mesures. Soit un changement notable par rapport à 1994 où seuls 13 % des pays en développement avaient déclaré avoir pris des mesures.

Investir dans la population

les agences gouvernementales, entre les gouvernements et entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales (ONG) et les bailleurs de fonds internationaux et autres.

Le PA-CIPD a mis l'accent sur le fait que des données valables, fiables, opportunes, ventilées par sexe, tenant compte des différences culturelles, et comparables au niveau international, devraient constituer la base de toutes les étapes de l'action politique et programmatique. A la question de savoir quelles mesures ont été prises pour renforcer les capacités nationales en matière de données démographiques, 96 % des pays ont déclaré avoir pris des mesures (Section 2.9). Au niveau mondial, les mesures adoptées visaient : le renforcement des capacités des institutions pour la collecte de données, leur traitement, leur analyse et leur utilisation (93 pays), l'appui au développement de bases de données nationales et de systèmes d'information de gestion (75 pays), la formation du personnel en matière de gestion de base de données (61 pays), et la création/le renforcement d'un service national de statistiques (61 pays).

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de cadres de développement international, y compris le PA-CIPD et les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), sont essentiels à l'évaluation des progrès enregistrés dans la réalisation des cibles de développement et l'identification des meilleures pratiques et des contraintes.

Les conclusions de l'Enquête mondiale indiquent que les gouvernements ont commencé à prendre des mesures visant à créer et à renforcer les mécanismes de suivi et d'évaluation des progrès réalisés eu égard aux objectifs de la CIPD et des OMD (Section 2.9). Par exemple, concernant la question des mécanismes mis au point pour le suivi et l'évaluation des progrès

réalisés par rapport aux objectifs de la CIPD, 131 pays (87 %) sur 151 ont répondu à la question, et 82 pays (54 %) ont fourni des informations sur les mécanismes utilisés. Par rapport à l'Enquête de 1998 où 43 pays avaient déclaré avoir pris des mesures significatives pour créer des mécanismes de suivi permettant d'évaluer les réalisations des objectifs de la CIPD, l'on se rend compte que des progrès manifestes ont été enregistrés dans ce domaine.

Au niveau mondial, 99 % des pays enquêtés ont déclaré avoir adopté des mesures pour protéger les droits des filles et des femmes.

Les difficultés les plus fréquemment mentionnées et qui affectent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de population ainsi que les stratégies de développement sont : l'absence de ressources financières, le manque de personnel qualifié ou compétent, l'insuffisance des capacités institutionnelles, la méconnaissance et la non compréhension des questions, l'absence de données, et le peu de coordination entre les institutions et les ministères. Parmi les autres difficultés figurent l'opposition religieuse et l'absence de volonté politique dans certains cas.

A la question de savoir quelles étaient les nouveaux problèmes rencontrés dans le domaine de la population et du développement, les pays ont identifié le vieillissement de la population, la réduction de la pauvreté, la migration interne et externe, l'amélioration de la situation des réfugiés/personnes déplacées, et la nécessité de renforcer la collecte de données démographiques, en particulier les recensements, et d'améliorer la qualité des données.

B. EGALITE DES SEXES, EQUITE ET AUTONOMISATION DES FEMMES

Le PA-CIPD a défini un ensemble d'objectifs stratégiques et expliqué clairement les mesures correspondantes à prendre par les gouvernements, la communauté internationale, les organisations non gouvernementales et le secteur privé, en vue d'éliminer les obstacles à l'égalité entre les sexes et d'améliorer les conditions de vie des femmes et des filles. L'Enquête mondiale a posé un certain nombre de questions relatives au genre en vue de suivre les progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre du volet genre du Programme d'action. Les réponses concernent les

mesures prises dans cinq domaines spécifiques: a) la protection des droits des filles et des femmes, b) l'autonomisation des femmes, c) la violence faite aux femmes, d) les disparités fondées sur le sexe dans l'éducation, et e) l'appui des hommes aux droits et à l'autonomisation des femmes. Des considérations culturelles sont également signalées par les pays.

A la question de savoir si les gouvernements avaient pris des mesures politiques, législatives ou administratives pour

Résumé

protéger les droits des filles et des femmes, 99 % des pays ayant participé à l'Enquête mondiale ont déclaré l'avoir fait (Section 3.2). La mesure la plus courante concernait la législation et la formulation de lois nationales sur les droits des filles et des femmes (71 %), suivie de la ratification des conventions des Nations Unies et de la mise en œuvre du PA-CIPD (45 %). Plus d'un tiers des pays (41 %) ont déclaré avoir formulé des politiques pour lutter contre la discrimination sexuelle et moins d'un tiers (29 %) ont assuré la protection constitutionnelle des filles et des femmes.

Le PA-CIPD a souligné que l'autonomisation et l'habilitation des femmes ainsi que l'amélioration de leurs conditions politiques, sociales, économiques et sanitaires étaient extrêmement importantes. L'Enquête mondiale a donc recherché des informations sur les progrès réalisés par les pays en vue de promouvoir l'autonomisation des femmes par des mesures politiques, législatives ou administratives (Section 3.3). Quarante-vingt-dix-neuf pour cent des pays ont déclaré avoir pris des mesures visant à autonomiser les femmes. Parmi les mesures les plus courantes, on peut noter : le renforcement de la participation des femmes à l'exercice des pouvoirs (51 %), la fourniture d'opportunités économiques aux femmes (46 %), la fourniture d'une éducation et d'une formation aux femmes (38 %), l'adoption de mesures législatives pour l'autonomisation des femmes (34 %), et l'accroissement de la participation des femmes au processus politique (20 %).

Le PA-CIPD, la Déclaration et la Plate-forme d'action de Beijing, ainsi que d'autres conférences et instruments internationaux ont reconnu la violence faite aux femmes comme une question majeure de l'agenda international des droits de la personne. Les réponses des pays montrent qu'au niveau mondial, 98 % d'entre eux ont répondu avoir pris des mesures pour traiter de la question de la violence faite aux femmes (Section 3.4). La mesure la plus communément prise au plan juridique et législatif a été l'adoption de mesures de répression de la violence faite aux femmes (66 % des pays). Par ailleurs, 16 % des pays ont encouragé l'application des mesures en vigueur. S'agissant des mesures programmatiques et administratives, les pays ont déclaré avoir fourni des services d'assistance aux victimes (40 %), mené des campagnes d'IEC et de plaidoyer sur la violence faite aux femmes (37 %), créé des commissions nationales sur la violence faite aux femmes (37 %), et formé des prestataires de services et des fonctionnaires gouvernementaux

sur la gestion des cas de violence faite aux femmes (24 %). Une autre mesure signalée a été la mise en place de mécanismes institutionnels de suivi et d'alerte sur les cas de violence faite aux femmes (24 %).

Le PA-CIPD demande que l'enseignement primaire pour tous devienne une réalité dans tous les pays avant l'an 2015. L'Enquête révèle que 93 % des pays ont enregistré des progrès dans la réduction du fossé entre les sexes dans l'éducation (Section 3.5). Sur les 129 pays enquêtés qui ont indiqué avoir accompli certains progrès, 22 % ont indiqué que le ratio filles/garçons au niveau du primaire augmentait. Au niveau du secondaire, 16 % des pays ont déclaré que le ratio filles/garçons augmentait. Les mesures initiées par les gouvernements pour réduire le fossé entre les sexes dans l'éducation concernaient : des mesures incitatives pour amener les familles pauvres à envoyer leurs filles à l'école (21 %), des campagnes d'IEC et de plaidoyer sur l'égalité entre les sexes dans l'éducation (21 %) ; l'adoption de mesures législatives pour l'égalité des filles et des garçons dans l'éducation (18 %), l'introduction des questions de genre dans les programmes scolaires (17 %), et la création d'un nombre supplémentaire d'écoles secondaires de jeunes filles (12 %).

Les résultats obtenus concernant l'accès à l'enseignement primaire et secondaire montrent qu'au niveau mondial, 96 % des pays ont pris des mesures visant à améliorer cet accès. La mesure la plus communément prise concernait la gratuité de l'éducation (40 %), suivie de l'accroissement du budget de l'éducation (41 %) et de la déclaration de l'enseignement primaire obligatoire pour les filles et les garçons (32 %). D'autres mesures ont également été prises : l'encouragement des familles pauvres à envoyer leurs enfants à l'école (20 %) et la gratuité de l'enseignement secondaire (19 %).

Le PA-CIPD souligne que les changements dans les connaissances, attitudes et comportements des hommes et des femmes sont des conditions nécessaires à la réalisation d'un partenariat harmonieux entre les deux sexes. Les réponses à une question de l'Enquête mondiale indiquent que certains progrès ont été réalisés dans ce domaine. Quarante-vingt-deux pour cent des pays enquêtés ont déclaré avoir adopté des mesures pertinentes visant à garantir que des attitudes respectueuses envers les femmes et les filles soient inculquées aux garçons (Section 3.6). Plus de la moitié (54 %) des pays ont mentionné l'élaboration, l'examen et la révision de manuels et programmes scolaires en vue d'y introduire les questions d'égalité des sexes,

Investir dans la population

environ un tiers des pays (37 %) ont déclaré avoir mené des campagnes d'IEC/de plaidoyer sur l'égalité des sexes, 26 % ont prôné l'égalité des sexes au sein des organisations, et 15 % ont élaboré des plans et programmes d'éducation à la santé de la reproduction destinés aux adolescents et aux jeunes.

En ce qui concerne les mesures prises pour permettre aux hommes de soutenir les droits et l'autonomisation des femmes, 70 % des pays enquêtés ont déclaré avoir adopté de telles mesures parmi lesquelles on peut noter : les campagnes d'IEC/plaidoyer sur l'appui des hommes aux femmes (54 %), et la formulation de plans et programmes pour promouvoir le rôle des hommes dans le domaine de la santé de la reproduction (42 %).

Dans l'Enquête mondiale, à la question de savoir si le contexte culturel du pays contribuait à la promotion de l'égalité et l'équité des sexes et de l'autonomisation des femmes ou s'y opposait, 17 % des pays ont déclaré que le contexte culturel soutenait l'autonomisation des femmes et 8 % ont signalé que les femmes étaient respectées en tant que mères et que les enfants étaient traités de manière égale, sans distinction de sexe. Vingt-six pour cent des pays ont mentionné une discrimination sexuelle dans la répartition du travail.

C. DROITS ET SANTE EN MATIERE DE REPRODUCTION

L'un des objectifs majeurs du PA-CIPD vise à garantir un accès facile pour tous à un large éventail de services et d'informations en matière de soins de santé de la reproduction d'ici l'an 2015. Le Programme d'action et les *Principales mesures* de la CIPD+5 ont décrit un cadre de fourniture de soins de santé de la reproduction dans les systèmes sanitaires, qui reconnaît l'importance de l'intégration de la planification familiale, des soins maternels et des services de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida. Ce chapitre propose une évaluation des progrès réalisés dans le domaine de la santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction, tels qu'indiqués par les pays dans l'Enquête mondiale de 2003.

Sur les 151 pays interrogés, 145 ont répondu à la question sur l'application des droits en matière de reproduction et 131 d'entre eux ont déclaré avoir adopté des mesures stratégiques et apporté des changements législatifs ou institutionnels au niveau national, en vue d'assurer le respect des droits en matière de reproduction (Section 4.2). De nombreux pays ont déclaré avoir formulé de nouvelles politiques, de nouveaux plans, programmes et stratégies nationaux ou avoir adopté une nouvelle législation pour assurer le respect des droits en matière de

reproduction. C'est là un pas important dans la mise en œuvre du PA-CIPD. Peu de pays ont signalé avoir adopté des stratégies d'IEC ou de plaidoyer, ou apporté des changements institutionnels, notamment la formation du personnel de santé de la reproduction, qui sont essentiels pour garantir la pleine jouissance des droits en la matière. Bien que les résultats relatifs aux droits en matière de reproduction des Enquêtes mondiales de 1998 et de 2003 ne soient pas exactement comparables, il semble qu'il y ait eu, depuis 1998, des progrès sensibles dans ce domaine.

Les pays ont déclaré utiliser divers mécanismes de suivi des services de santé de la reproduction et du respect des droits en matière de reproduction (Section 4.3). Certains pays ont créé des institutions nationales des droits de la personne, y compris des commissions nationales pour assurer le suivi du respect des droits de la personne. D'autres pays ont désigné des médiateurs des droits de l'homme, et beaucoup comptent sur les procédures de suivi des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme ayant force exécutoire et qui ont été ratifiés par leurs gouvernements. De nombreux pays ont déclaré que les droits en matière de reproduction sont inclus dans leurs rapports nationaux soumis au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et au Comité de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Le PA-CIPD reconnaît que les soins de santé primaires devraient inclure le minimum indispensable de services de planification familiale et de santé maternelle, de prévention et de gestion des IST, y compris le VIH/sida. Sur les 151 pays enquêtés,

L'Enquête mondiale de 2003, particulièrement par rapport aux enquêtes de 1993 et de 1998 montre que les pays réalisent des progrès dans les domaines de l'information, des services de santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction.

Résumé

136 ont déclaré avoir pris des mesures visant à intégrer des volets du service de santé de la reproduction dans le système de soins de santé primaires, y compris 93 pays ayant déclaré avoir pris diverses mesures (Section 4.4). Des progrès considérables ont été réalisés dans l'intégration de la santé de la reproduction dans les services de soins de santé primaires au cours des 10 dernières années. Sur les 136 pays ayant fait état de telles mesures, 81 ont indiqué avoir commencé à les prendre après la CIPD.

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays ont entrepris une réforme du secteur de la santé en vue de renforcer l'efficacité, la capacité financière, la qualité et la capacité de réaction des clients. Sur les 120 pays qui appliquent une réforme du secteur de la santé, 106 ont déclaré avoir inclus des aspects de la santé de la reproduction dans le minimum indispensable (Section 4.5). Certains pays ont déclaré que leur minimum indispensable tenait compte des besoins d'une clientèle spécifique comme les adolescents et les jeunes (73 pays), les femmes, en particulier les femmes enceintes (58 pays), ou les femmes, les hommes et les jeunes (44 pays). Un certain nombre de pays (20) ont déclaré que leur minimum indispensable comprenait l'information, l'éducation et la communication en matière de santé de la reproduction et de droits en matière de reproduction. Deux pays ont déclaré que l'inclusion de la santé de la reproduction dans le minimum indispensable leur a permis d'augmenter les affectations budgétaires concernant les droits en matière de reproduction et la santé de la reproduction.

Le Programme d'action reconnaît l'importance de l'accès à un ensemble de services et informations intégrés en matière de santé de la reproduction. Au cours de l'Enquête mondiale, des questions ont été posées sur les mesures clés prises par les gouvernements pour renforcer l'accès à des services de santé de la reproduction de qualité (Section 4.6). Sur les 151 pays interrogés, 149 ont répondu à la question et 143 ont indiqué les mesures clés prises pour renforcer l'accès aux services de santé

de la reproduction, 115 d'entre eux ayant adopté plusieurs mesures. Les pays ont souligné la nécessité de remédier au manque de personnel qualifié, en particulier de sages-femmes et de personnel de soins obstétricaux de base. Un certain nombre de pays ont introduit des protocoles de standardisation des prestations de services de qualité et plusieurs pays ont déployé des efforts d'amélioration de leurs structures de santé de la reproduction.

Concernant les mesures principales prises par les pays en vue d'élargir le choix des produits contraceptifs, 143 pays sur les 151 interrogés au cours de l'Enquête mondiale de 2003 ont répondu à la question, 126 ayant indiqué avoir pris des mesures clés et 88 ayant déclaré avoir adopté plusieurs mesures (Section 4.7). Les progrès réalisés depuis 1994 et depuis la

CIPD+5 sont significatifs, tant par le nombre de pays ayant pris des mesures importantes que par la diversité des mesures prises pour accroître l'information sur la contraception et l'accès aux produits contraceptifs, ou encore pour élargir le choix des produits contraceptifs.

Le Programme d'action et les *Principales mesures* de la CIPD ont souligné la nécessité de rendre les services de qualité accessibles et abordables pour tous ceux qui en ont besoin et souhaitent en bénéficier, notamment par la fourniture fiable et adéquate d'un éventail de méthodes contraceptives et d'autres produits de santé de la reproduction. Dans leurs

réponses à l'Enquête mondiale de 2003, 119 pays ont déclaré avoir pris une ou plusieurs mesures visant à améliorer la sécurisation des produits de la santé de la reproduction et 56 ont signalé avoir adopté plusieurs mesures, soit une amélioration considérable par rapport à l'Enquête de 1998 (Section 4.8).

La CIPD a reconnu les complications liées à la grossesse et à l'accouchement comme l'une des principales causes de mortalité des femmes en âge de procréer dans de nombreux pays en développement. Au cours de l'Enquête mondiale, il a été demandé aux pays de mentionner les mesures clés prises pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Sur 151 pays interrogés, 146 ont répondu, 144 ont fait état de mesures spéci-

Lors de l'Enquête mondiale de 2003, 119 pays ont déclaré avoir pris une ou plusieurs mesures visant à améliorer la sécurisation des produits de la santé de la reproduction, soit une amélioration considérable par rapport à l'Enquête de 1998.

Investir dans la population

fiques et un grand nombre (113) a indiqué avoir adopté plusieurs mesures (Section 4.9). Parmi ces mesures figurent la formation des agents de santé, l'offre de meilleurs services de santé pré-natale et postnatale, la création d'un réseau de centres de santé de la reproduction/planification familiale, l'amélioration de la collecte et du stockage de données, et la fourniture de services de santé maternelle pour les groupes vulnérables et vivant dans des zones difficiles d'accès.

Dans le PA-CIPD, la recherche, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles font partie des actions liées à la santé de la reproduction. Presque tous les pays ayant répondu à l'enquête ont déclaré avoir pris des mesures visant à prévenir et à prendre en charge les infections sexuellement transmissibles et 135 ont indiqué avoir adopté plusieurs mesures (Section 4.10) dont : l'offre de services de prévention, de traitement et de prise en charge des IST, les campagnes d'IEC/plaidoyer sur la prévention et le traitement des IST, la création de commissions/organismes/ministères/bureaux par le gouvernement, le suivi des systèmes de surveillance, des initiatives éducatives qui ciblent les populations vulnérables et le marketing social des préservatifs et des médicaments d'IST.

Le PA-CIPD a encouragé les pays à accorder une attention particulière à l'impact sanitaire des avortements à risques en tant que problème majeur de santé publique, y compris la prise en charge des complications. Sur les 151 pays ayant répondu à l'Enquête mondiale, 117 ont déclaré avoir pris des mesures clés visant à prévenir et à prendre en charge les complications des avortements clandestins (Section 4.11). Certains pays ont indiqué que le renforcement de leurs services de planification familiale était une mesure clé de prévention des avortements clandestins. D'autres pays ont déclaré avoir adopté d'autres mesures (directives, formation, infrastructures) pour améliorer l'accès aux services après avortement en vue de gérer les complications et de prévenir d'autres avortements à risques.

Donner davantage la parole aux clients, en particulier aux femmes, mais aussi encourager des partenariats plus solides entre les bénéficiaires, les prestataires de services et les autorités locales sont autant d'éléments qui occupent une place centrale au sein du programme de la CIPD. En réponse à la question sur les mesures clés visant à faire participer les bénéficiaires des services de santé de la reproduction, 124 pays sur 137 ont indiqué avoir pris des mesures dans ce sens et 48 ont signalé avoir pris plusieurs mesures (Section 4.12). Certains

pays ont pris des mesures en vue d'évaluer les besoins et opinions de la population par des enquêtes auprès du public ou des consommateurs, ou en impliquant la communauté et la société civile dans la formulation de politiques et/ou de programmes. Les pays ont également établi des groupes d'action au niveau local, formé des travailleurs communautaires en matière de santé de la reproduction aux fins d'impliquer les bénéficiaires et de répondre à leurs besoins, et mené des activités de plaidoyer et de diffusion d'informations visant à informer et à impliquer les bénéficiaires.

Les réponses à l'Enquête mondiale de 2003 montrent, particulièrement par rapport aux enquêtes de 1993 et 1998, que les pays réalisent des progrès de plus en plus sensibles dans le domaine des services et des informations en matière de santé de la reproduction et concernant les questions des droits en matière de reproduction. Les résultats de l'Enquête soulignent également les difficultés relatives à l'intégration des services de santé de la reproduction dans le système des soins de santé primaires, en particulier dans le cadre de la réforme du secteur de la santé (Section 4.13). Parmi les contraintes communes à toutes les régions, on peut noter l'insuffisance des ressources financières et la non durabilité (64 pays) ; l'absence d'agents de santé qualifiés (38 pays) ; le manque d'équipement et d'infrastructures (33 pays) ; les difficultés liées à l'accès aux services, en particulier dans les zones difficile d'accès, souvent dues à une décentralisation insuffisante (22 pays) ; et les mauvaises communications (19 pays). Les pays ont également fait état de l'inégalité entre les sexes et des problèmes rencontrés dans l'offre de services aux hommes et aux adolescents.

D. SANTÉ DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Près de la moitié de la population mondiale, la plus importante génération des jeunes de notre histoire, à moins de 25 ans. Depuis 1994, les pays sont devenus plus conscients de l'importance de la mise en place effective de politiques pour : aborder la question du droit à la santé et répondre aux besoins des adolescents en santé de la reproduction, introduire l'éducation à la santé, y compris les connaissances pratiques, pour les jeunes en milieu scolaire formel ou non scolarisés, et offrir l'accès à l'information, à l'éducation et aux services relatifs à la santé de la reproduction.

Quatre-vingt-douze pour cent des pays interrogés ont déclaré avoir pris au moins une mesure pour traiter de la question de la

Résumé

santé et des droits des adolescents en matière de reproduction, concernant notamment l'accès à l'information sur les droits en matière de reproduction et la santé de la reproduction (Section 5.2). En terme de mesures législatives et de politique, 34 % des pays ont élaboré et appliqué des politiques relatives à la santé de la reproduction des adolescents : 27 % des pays ont élaboré et appliqué des mesures législatives sur les droits en matière de reproduction et les besoins de santé de la reproduction des adolescents et 9 % ont ratifié les conventions des Nations Unies. Parmi les mesures programmatiques et stratégiques signalées par les pays, on peut noter : la formulation de plans et programmes nationaux (62 %), notamment sur les droits et les besoins de santé des adolescents en matière de reproduction, les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) et de plaidoyer sur les questions intéressant les adolescents (33 %), l'intégration de l'éducation à la santé de la reproduction dans les programmes scolaires (26 %), et la création d'une commission nationale sur les adolescents et les jeunes (22 %).

Pour mettre en œuvre les dispositions du PA-CIPD relatives à la promotion du bien-être des adolescents, au renforcement de l'égalité et de l'équité des sexes, et à la promotion de la responsabilité dans les comportements sexuels, une attention croissante est accordée à l'éducation formelle et non formelle concernant les questions de population et de santé (Section 5.3). Les résultats de l'Enquête mondiale de 2003 indiquent que 140 pays (93 %) sur 151 ont pris au moins une mesure visant à introduire l'éducation à la santé, notamment les connaissances de base, dans les programmes scolaires et les programmes pour les jeunes non scolarisés. Les mesures les plus courantes sont : a) l'intégration de la santé de la reproduction et des connaissances de base dans les programmes scolaires (89 %), b) la création de centres et programmes pour les non scolarisés (39 %), c) la formation en matière de santé de la reproduction destinée aux enseignants et autre personnel des écoles (26 %), et d) les programmes d'éducation par les pairs (19 %).

Depuis la CIPD en général, et depuis la CIPD+5 en particulier, des progrès notoires ont été enregistrés dans la mise à disposition des informations sur la santé de la reproduction aux adolescents et aux jeunes ainsi que dans leur accès aux services de santé de la reproduction (Section 5.4). Sur les 151 pays ayant répondu à l'Enquête mondiale de 2003, 133 (88 %) ont déclaré avoir pris des mesures en vue d'accroître l'accès des adolescents aux informations en matière de santé de la reproduction, notamment : a) l'IEC/plaidoyer (54 %), b) la formulation et la mise en œuvre de stratégies, programmes et plans nationaux d'éducation (35 %), c) la mise en œuvre de programmes d'éducation par les pairs (29 %) , et d) l'utilisation des médias comme la télévision et la radio pour communiquer des informations sur la santé de la reproduction (28 %).

Le PA-CIPD fait des recommandations claires aux pays pour qu'ils facilitent aux jeunes l'accès à des services de santé de la reproduction abordables, confidentiels, adapté aux besoins spécifiques des sexes et conviviaux. Sur les 151 pays ayant répondu à l'Enquête mondiale, 136 (90 %) sont en train de prendre des mesures pour faciliter aux adolescents et aux jeunes l'accès aux services de santé de la

reproduction (Section 5.5). Parmi ceux-ci, 78 (57 %) ont fait état de la création de services pour les jeunes. D'autres mesures importantes ont été signalées : des plans et programmes de prestation de services de santé de la reproduction aux adolescents (34 %), les conseils aux adolescents en matière de santé de la reproduction (27 %), et l'IEC/plaidoyer sur les services de santé de la reproduction pour les adolescents (27 %).

Les pays ont également pris des mesures pour dispenser une formation en connaissances pratiques aux adolescents et aux jeunes. 130 pays (86 %) sur 151 prennent des mesures pour appuyer le développement global des jeunes (Section 5.6). Parmi les mesures prises, on note : a) la mise en place d'un système pertinent de formation professionnelle et à la gestion des entreprises (61 % des pays ont pris au moins une mesure), b) la fourniture d'une formation professionnelle et à la gestion

Depuis la CIPD et plus particulièrement depuis la CIPD+5, de grands progrès ont été enregistrés dans la diffusion d'informations sur la santé de la reproduction aux adolescents et dans l'accès des adolescents et des jeunes aux services.

Investir dans la population

d'entreprises aux jeunes non scolarisés (55 %), c) la création d'emplois pour les jeunes par le gouvernement (33 %), et d) la fourniture d'une formation en matière d'entrepreneuriat aux jeunes par les ONG (18 %).

La participation des jeunes à la formulation de politiques et programmes a été encouragée depuis la Conférence du Caire. Le PA-CIPD préconise l'implication des jeunes dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de développement qui ont un impact direct sur leur vie quotidienne, en particulier les activités relatives à la santé de la reproduction, notamment la prévention des grossesses précoces, la prévention du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Sur les 151 pays ayant répondu à l'Enquête mondiale 118 (78 %) prennent des mesures en vue d'assurer la participation des jeunes à l'élaboration de politiques et programmes (Section 5.7). Parmi les mesures prises à cet égard, on compte : a) la participation des adolescents et des jeunes à la formulation et à la mise en œuvre de projets (64 % des pays ont adopté au moins une mesure), b) la participation des adolescents et des jeunes à l'élaboration de politiques (47 %), c) la création d'un forum des jeunes pour faciliter l'accès à l'information (28 %), et d) la promotion d'organisations et d'associations des jeunes pour favoriser leur participation (19 %).

A la question de savoir de quelle manière le contexte culturel du pays a contribué à la promotion de la santé de l'adolescent, 70 pays (46 %) sur 151 ont répondu (Section 5.9). La religion a été signalée comme un facteur contribuant à la promotion de la santé de la reproduction de l'adolescent dans certains pays. Dans certaines religions, l'information sur la santé de la reproduction est fournie dans le cadre de l'éducation religieuse. A la question de savoir de quelle manière le contexte culturel a entravé la promotion de la santé de la reproduction de l'adolescent dans le pays, 120 pays sur 151 ont répondu (79 %). De nombreux pays ont fait état du manque d'informations disponibles pour les jeunes et déclaré que des discussions ouvertes sur le comportement sexuel et les questions relatives à la santé de la reproduction avec les adolescents et les jeunes

sont considérées comme inopportunes ou n'ont pas été tenues (43 %). Par ailleurs, il a été signalé que l'opposition religieuse peut parfois empêcher aux jeunes de s'adresser aux services de santé de la reproduction (23 %).

E. VIH/SIDA

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime que dans l'année 2003 seulement, trois millions de personnes sont mortes du sida ; dans la même année, le nombre d'orphelins du sida a atteint 14 millions, dont les 11 millions vivent en Afrique subsaharienne. Les indications montrent que les infections à VIH ne se stabilisent pas. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida continue de s'accroître

sensiblement en Afrique subsaharienne, mais la pandémie continue également de se propager en Asie, dans le Pacifique, en Europe de l'Est et en Asie centrale. En 2003, plus de cinq millions de personnes ont été nouvellement infectées - la moitié sont des jeunes entre 15 et 24 ans - et constituent aujourd'hui une partie des 40 millions de personnes vivant avec le VIH/sida de par le monde. Vu que le VIH/sida est un élément clé de la santé de la reproduction et un facteur très important qui influe sur la réalisation des objectifs de la CIPD et des OMD, l'Enquête mondiale de 2003 a

tenté d'obtenir des informations sur les mesures prises par les pays pour aborder le problème de la pandémie.

Au cours de l'Enquête mondiale de 2003, il a été demandé aux pays de décrire les stratégies efficaces adoptées pour aborder le problème de la pandémie du VIH/sida (Section 6.2). Les résultats se répartissent en trois groupes distincts : a) la formulation de plans, politiques et stratégies, b) l'adoption d'approches préventives, et c) les activités de soutien. Sur les pays ayant répondu à l'Enquête, 74 % ont déclaré avoir adopté une nouvelle stratégie nationale sur le VIH/sida, 36 % ont indiqué avoir adopté des stratégies visant les groupes vulnérables et à haut risque, 18 % ont déclaré avoir adopté une politique spécifique sur le VIH/sida, et 16 % ont indiqué avoir promulgué des lois ou législations pour appuyer les initiatives de lutte contre le VIH/sida.

Les résultats de l'Enquête mondiale de 2003 indiquent également qu'un nombre croissant de pays a adopté une approche plus multisectorielle de la lutte contre le VIH/sida en impliquant divers ministères et ONG.

Résumé

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays en développement ont créé des commissions nationales sur le sida et ont formulé des politiques et programmes visant à traiter l'impact de la pandémie. En outre, il existe plusieurs exemples dans les pays en développement où les chefs d'Etat participent directement et au premier rang dans la lutte contre la pandémie. Les conclusions de l'Enquête mondiale de 2003 ont également indiqué qu'un nombre croissant de pays a adopté une approche plus multisectorielle de la lutte contre le VIH/sida, avec la participation d'un large éventail de ministres complétée par celle de plus en plus importante d'ONG.

Les statistiques mondiales ne rendent pas compte de toute l'ampleur de la pandémie du VIH/sida. La dynamique épidémiologique peut varier considérablement entre les régions et même au sein des régions ou des communautés. Il est donc essentiel que l'élaboration de stratégies et de programmes relatifs au VIH/sida tienne compte des facteurs moteurs spécifiques et des entraves à la prévention, aux soins et au traitement de la maladie pour garantir une action plus efficace.

Si la majorité des personnes infectées par le VIH/sida vit en Afrique, la pandémie affecte les habitants de toutes les régions du monde. Les Caraïbes connaissent actuellement le deuxième taux régional d'infection le plus élevé du monde et le VIH/sida s'est déjà complètement installé en Amérique latine. Dans la communauté des Etats indépendants (CEI) et la région de l'Europe centrale et de l'Est, le nombre de nouvelles infections est monte en flèche. Alors qu'il existe actuellement des taux de prévalence relativement faibles dans les pays de l'Asie, du Pacifique et dans les Etats arabes, le nombre de personnes infectées risque de ne plus être maîtrisé. Même les pays qui connaissent actuellement un taux d'infection très faible pourraient subitement faire face à un grave problème.

Sur la base des réponses recueillies par l'Enquête mondiale, il ressort qu'un grand pourcentage de pays s'emploie à résoudre la question de la prévention dans le cadre de leur riposte face au VIH/sida (Section 6.3). Parmi les mesures programmatiques signalées on note : l'information, l'éducation et la communica-

tion, la sécurisation du sang, les conseils et le dépistage volontaires, la prévention et le traitement du VIH/sida et des autres IST, la promotion de l'utilisation du préservatif, la surveillance (épidémiologique et comportementale), la réduction des effets néfastes, les soins, le traitement et l'assistance des personnes infectées et affectées, le renforcement des capacités combiné à l'amélioration des infrastructures de santé, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, l'implication accrue des personnes vivant avec le VIH/sida, le plaidoyer et d'autres mesures d'appui, et le suivi et l'évaluation.

Il est devenu de plus en plus évident que, compte tenu des ressources limitées de la plupart des pays affectés par la pandémie du VIH/sida, les interventions devraient cibler les pays où le

risque d'infection est le plus élevé (Section 6.4). L'Enquête mondiale a essayé d'obtenir des informations sur le ciblage des groupes vulnérables et à haut risque dans les stratégies nationales de prévention. Au total, 131 pays ont fait état d'interventions ciblées visant des groupes à haut risque, des groupes vulnérables et d'autres groupes à risque d'infection.

Concernant les groupes à haut risque, la majorité des pays ont déclaré avoir pris des mesures ciblant les travailleurs du sexe (73 %), suivies de mesures ciblant les utilisateurs de drogues injectables (31 %) et les routiers

(24 %). Parmi les groupes vulnérables, le pourcentage de mesures signalées est plus élevé chez les adolescents et les jeunes (62 %), suivi des femmes enceintes et de leurs époux (28 %), des femmes (14 %) et des enfants de la rue (5 %). Parmi les autres groupes vulnérables et à risque, les soldats et le personnel en tenue sont ciblés par 18 % des pays et les travailleurs migrants par 12 % des pays.

Les résultats de l'Enquête mondiale de 2003 révèlent que les pratiques culturelles et d'autres spécificités au niveau de chaque pays peuvent faciliter ou ralentir le traitement de la pandémie du VIH/sida (Section 6.5). Au total 73 pays (48 %) ont indiqué que la culture a joué un rôle facilitant dans le cadre des efforts visant à prendre en compte les divers aspects du VIH/sida : 23 % ont déclaré que les attitudes sociales et

Il est devenu de plus en plus évident que, compte tenu des ressources limitées des nombreux pays affectés par la pandémie du VIH/sida, les interventions devraient cibler les pays où le risque d'infection est le plus élevé.

Investir dans la population

culturelles ont favorisé la participation communautaire, 16 % ont déclaré que les croyances religieuses avaient la capacité de réduire les comportements à risque au sein de la population, 14 % ont jugé que la culture favorisait le début tardif de l'activité sexuelle de leurs jeunes, et 8 % ont déclaré que le système de la famille élargie de leur culture aidait à la prise en charge et au soutien des séropositifs au sein de leur population.

Cent vingt et un pays (80 %) ont déclaré que les facteurs sociaux et culturels avaient une influence restrictive sur le traitement de la pandémie du VIH/sida ; 32 % des pays ont indiqué que, du fait des contraintes culturelles, il y a eu une absence de discussion ouverte et de dialogue sur les questions relatives au VIH ; 28 % ont déclaré que, du fait de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes vivant avec le VIH/sida, il était souvent difficile d'atteindre les personnes affectées ; 23 % ont déclaré que le risque du VIH/sida n'avait pas été perçu chez eux ; 19 % ont estimé que les pratiques traditionnelles sociales et culturelles constituaient une entrave ; et 13 % ont mentionné le statut inférieur de la femme dans leur pays comme étant un obstacle.

F. PLAIDOYER, EDUCATION ET COMMUNICATION POUR LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT

Ce chapitre traite des stratégies adoptées par les pays pour créer un environnement qui permette aux populations d'opérer des choix de manière saine, responsable et volontaire concernant leur santé sexuelle et génésique. Les principales mesures identifiées dans l'Enquête mondiale concernent, entre autres, les efforts visant à influencer sur le programme national de développement pour qu'une plus grande attention soit accordée aux questions relatives à la population, à la santé sexuelle et de la reproduction, au VIH/sida et au genre, mais aussi à favoriser l'engagement politique en faveur de changements de politiques et de programmes, l'affectation de ressources et la mise en œuvre de programmes.

Quatre-vingt-douze pour cent des pays ont déclaré avoir adopté une ou plusieurs stratégies efficaces ainsi que d'autres

mesures visant à promouvoir des comportements sains et responsables en matière de santé de la reproduction, en particulier parmi les groupes à haut risque (Section 7.1). Parmi ces mesures, on compte : les campagnes de plaidoyer, d'IEC et de communication pour le changement de comportement (68 %), les activités ciblant les groupes vulnérables de jeunes, de femmes et d'hommes (32 %), et les campagnes médiatiques ayant pour support la radio et la télévision (23 %).

Dans de nombreux cas, ces stratégies étaient complétées par des efforts éducatifs tels que l'éducation par les pairs sur les questions de santé de la reproduction (23 %), et l'introduction de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires (22 %).

Lorsqu'on leur demande de décrire les stratégies de plaidoyer spécifiquement liées à la mise en œuvre du PA-CIPD, les pays citent la plupart du temps le lobbying en faveur de changements législatifs et de l'adoption de nouvelles lois relatives au PA-CIPD (60 pays), la création d'organes de plaidoyer

locaux (45 pays), et la formulation de stratégies nationales et régionales de plaidoyer (37 pays).

S'agissant de l'élargissement de la couverture médiatique des questions liées aux droits et à la santé en matière de reproduction et le changement d'attitude et de comportement, la majorité des pays a déclaré utiliser les médias électroniques (radio, télévision et Internet) pour favoriser la prise en compte de la santé de la reproduction (81 %), suivi de l'usage de supports de la presse écrite tels que les journaux, magazines, affiches et fiches de renseignements (59 %). Les messages étaient également transmis par des moyens de communication tels que les concerts, le théâtre populaire, les pièces de théâtre classiques, les séminaires locaux (32 %), et la célébration de journées nationales de sensibilisation (13 %). Un nombre important de pays (30 %) a signalé la formation locale et nationale des journalistes concernant les questions de santé de la reproduction.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont de plus en plus utilisées pour renforcer l'accès à l'information et fournir des informations sensibles sur les droits et la santé en matière de reproduction de manière décentralisée

Quatre-vingt douze pour cent des pays ont déclaré avoir adopté des stratégies de plaidoyer efficaces ainsi que d'autres mesures visant à promouvoir des comportements responsables en matière de santé de la reproduction.

Résumé

et interactive. La plupart des pays ont signalé avoir créé des services d'aide téléphonique sur les questions de santé de la reproduction (59 %), organisé des émissions interactives à la radio ou des débats télévisés (58 %). De nombreux pays ont également créé des sites web pour permettre aux individus d'accéder à l'information sur des thèmes liés à la santé de la reproduction (47 %). La création de télécentres au niveau des villages mentionnée par 14 % des pays a permis à plusieurs personnes d'accéder à l'information sur les questions de santé de la reproduction, y compris le VIH/sida. Les technologies de la communication ont également favorisé la diffusion des informations sur les questions relatives à la santé de la reproduction lors des journées nationales de sensibilisation et ont été utilisées pour mettre en place des systèmes d'information de gestion visant à soutenir les programmes de santé de la reproduction et l'autonomisation des femmes et des jeunes.

Environ 45 pays ont fait état des défis qu'ils doivent relever pour influencer sur les attitudes, comportements, et changements. La contrainte rencontrée par la grande majorité des pays est l'insuffisance des ressources financières (36 %), suivie d'autres contraintes comme : les attitudes socioculturelles (33 %), l'absence de volonté politique (20 %), l'opposition religieuse (18 %), le manque de ressources humaines (18 %), l'absence de mécanismes de suivi et d'évaluation (13 %), l'absence de coordination entre les organismes (11 %), et le manque d'équipement et de formation (7 %).

G. PARTENARIATS ET RESSOURCES

Ce chapitre met l'accent sur les initiatives prises au niveau national pour faire participer la société civile et le secteur privé à la réalisation des objectifs et actions définis dans le PA-CIPD et les *Principales mesures*. Il présente également les tendances à la mobilisation des ressources en vue de la réalisation de ces objectifs. Étant donné que l'établissement de partenariats entre les gouvernements et la société civile constitue également une stratégie et une cible clés des objectifs du Millénaire pour le développement, les efforts visant à réaliser les objectifs du PA-CIPD contribuent également à la réalisation des OMD.

Il a été demandé aux pays, dans l'Enquête mondiale de 2003, de décrire au moins une initiative spécifique efficace prise pour faire participer la société civile aux programmes de population et de santé de la reproduction. Il leur a également été demandé de citer les mécanismes éventuellement mis en place pour coordonner les initiatives des gouvernements et celles des ONG et des autres membres de la société civile, dans le cadre des programmes de population et de santé de la reproduction. Quarante-et-un pour cent des pays ayant répondu (143 pays sur 151) ont indiqué avoir entrepris au moins une initiative spécifique heureuse visant à renforcer le partenariat

avec les organisations de la société civile dans la mise en œuvre du PA-CIPD (Section 8.2).

Parmi les efforts de partenariat ayant entraîné des mesures programmatiques et politiques, on peut citer : la formulation de plans et programmes de population et de santé de la reproduction (38 %), le renforcement des capacités et la formation en matière de population et de santé de la reproduction (22 %), la création de commissions parlementaires (21 %),

l'adoption de lois et mesures législatives sur les droits en matière de reproduction et sur la santé de la reproduction (13 %), et l'élaboration de politiques de population (11 %). La collaboration dans le domaine de la production de données de recensement et de recherche en matière de population a également été citée par les pays (3 %). Les mécanismes de coordination mis en place par la majorité de pays pour favoriser les efforts de partenariat étaient : le partenariat entre les commissions nationales de la population et les ONG (39 %), les forums nationaux des ONG (17 %), et les partenariats entre les administrations locales et les ONG communautaires (15 %).

Une analyse régionale des conclusions montre les grands efforts de partenariat déployés par les gouvernements et ONG concernant les questions de population et de santé de la reproduction. Plus de 90 % des pays enquêtés dans chaque région ont déclaré avoir pris des initiatives de partenariat, soit un accroissement remarquable par rapport à l'évaluation de la CIPD+5 de 1999 où 49 pays sur les 114 (43 %) interrogés avaient pris des mesures pour faire participer la société civile.

Quatre-vingt-quinze pour cent des pays ont déclaré avoir entrepris au moins une initiative efficace pour renforcer les partenariats avec la société civile dans la mise en œuvre du PA-CIPD.

Investir dans la population

L'un des aspects le plus souvent évoqué concernant le partenariat entre les gouvernements et la société civile est la participation des ONG à la conception et à la mise en œuvre de plans et programmes de population et de santé de la reproduction. L'un des mécanismes de coordination les plus cités pour les partenariats dans la conception de plans et programmes est la représentation des ONG au niveau des commissions nationales de la population, des bureaux ou des ministères (39 %). En outre, pour orienter la représentation des ONG au sein des organes consultatifs du gouvernement, 17 % des pays ont déclaré avoir fait participer la société civile à la formulation de plans et programmes de population à travers de forums nationaux et d'associations d'ONG. Les gouvernements ont également signalé avoir fait participer les ONG communautaires au niveau des organes décisionnels locaux (15 %).

Les pays ayant répondu à l'Enquête mondiale ont également déclaré avoir établi de nombreux partenariats efficaces avec les ONG dans la formulation de politiques, lois et mesures législatives en matière de population et de santé de la reproduction. Au niveau mondial, presque un quart (24 %) des pays enquêtés ont indiqué avoir établi des partenariats avec la société civile

dans le cadre de la formulation et de l'adoption de politiques ou de lois nationales sur la population. De nombreux pays ont également déclaré avoir créé des partenariats avec les groupes parlementaires et les institutions du système des Nations Unies.

Les partenariats entre le gouvernement et les organisations de la société civile couvrent un large éventail de questions de fond, notamment : le traitement des besoins spécifiques des personnes âgées, des migrants internes et internationaux, la protection des droits des filles et des femmes, le suivi du respect des droits humains, le renforcement de l'accès à des informations, services et produits de qualité sur la santé de la reproduction, la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, la prévention du VIH/sida, et le suivi des progrès réalisés par les pays eu égard à la CIPD et aux OMD. Les pays ont également signalé des partenariats avec les ONG dans le domaine de l'IEC, de la formation et du renforcement des capacités de sensibilisation et de la sécurisation des produits.

Outre l'établissement de partenariats avec la société civile, les gouvernements ont renforcé activement leur collaboration avec le secteur privé qui peut jouer un rôle important dans les domaines comme la sécurisation des produits de la santé de la reproduction, la prestation des services, le marketing social des produits contraceptifs, et la promotion des droits et de la santé en matière de reproduction des jeunes, des femmes et d'autres groupes.

Dans l'Enquête mondiale de 2003, il a été demandé aux pays d'indiquer les mesures prises pour inclure le secteur privé dans les activités de population et de santé de la reproduction. Sur 151 pays, 113 (75 %) ont répondu avoir pris des mesures pour faire participer le secteur privé (Section 8.3). Ce chiffre

met en évidence le développement rapide de partenariats entre les gouvernements et ce secteur au cours des cinq dernières années, particulièrement lorsque l'on fait la comparaison avec les résultats de l'enquête de 1999 qui indiquent que 8 % des pays seulement avaient déclaré avoir pris des mesures importantes dans ce but.

Les initiatives de partenariat avec le secteur privé les plus signalées concernent : la fourniture de contraceptifs et de services de santé de la

reproduction (49 %), le financement par le secteur privé des campagnes de marketing social et des programmes de sensibilisation du public (47 %), le financement par le secteur privé des activités d'IEC et de plaidoyer concernant les questions de santé de la reproduction (42 %), et la représentation du secteur privé au niveau des organes de coordination gouvernementaux concernant les questions de population et de santé de la reproduction (30 %). Certains pays ont également fait état de l'assistance financière apportée par le secteur privé dans le cadre des activités de santé de la reproduction (12 %).

La mobilisation de ressources est un volet important du programme du Caire. Au cours de l'Enquête mondiale, il a été demandé aux gouvernements de citer les ressources nationales et internationales disponibles dans leur pays pour les programmes de population et de santé de la reproduction et de voir si les ressources étaient suffisantes pour satisfaire leurs besoins nationaux en matière de santé de la reproduction. Il leur a

Au niveau mondial, plus de 80 % des pays ont déclaré que les ressources disponibles ne suffisaient pas à répondre à leurs besoins en matière de santé de la reproduction.

Résumé

également été demandé d'indiquer les approches de recouvrement des coûts, la maximisation de la capacité d'absorption et d'autres moyens d'utiliser pleinement les ressources disponibles. Les principales contraintes relatives à l'exploitation maximale des ressources disponibles ont également été signalées par les pays.

Au niveau mondial, plus de 80 % des pays ont déclaré que les ressources disponibles ne suffisaient pas à répondre à leurs besoins en santé de la reproduction. Ils ont également indiqué que souvent, leurs capacités d'absorption n'étaient pas en mesure d'exploiter au maximum les ressources disponibles.

En dépit de ces tendances, 82 % des pays en développement et en transition ont déclaré avoir pris des mesures pour accroître les ressources nationales destinées aux programmes de population et de santé de la reproduction, en soulignant leur volonté de réaliser le PA-CIPD. Cependant, la plupart des pays ont déclaré ne pouvoir procéder qu'à des accroissements progressifs du financement, en raison de leur situation économique.

Face à l'insuffisance des ressources, de nombreux pays cherchent de nouvelles stratégies en vue d'exploiter au maximum et d'accroître les ressources disponibles, notamment le renforcement des efforts de partenariat et la mise en œuvre des stratégies de recouvrement et de partage des coûts.

Quatre-vingt-quatre pour cent des pays ont répondu à l'Enquête mondiale en faisant état de la mobilisation d'une assistance internationale en vue de l'exécution des programmes de population et de santé de la reproduction. Plusieurs pays ont déclaré avoir déployé des efforts visant à exploiter au maximum les ressources grâce à des partenariats avec les agences internationales (y compris les membres du système des Nations Unies), les banques de développement, les accords gouvernementaux bilatéraux, et les organisations de développement des pays donateurs.

Au cours de l'Enquête mondiale de 2003 il a également été demandé aux pays de signaler les difficultés auxquelles ils se heurtent pour maximiser l'impact des ressources disponibles pour les programmes de population et de santé de la reproduction. Plus de 67 pays ont fait état de facteurs contraignants,

notamment : l'absence de ressources financières (44 pays), le manque de ressources humaines et de formation professionnelle (28 pays), et le manque de documentation, d'équipement ou d'infrastructures (13 pays).

H. EXPERIENCES DES DONATEURS

Comme dans l'Enquête mondiale de 1998, un questionnaire distinct et plus concis avait été élaboré à l'intention des pays développés membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement

économiques (OCDE), dits « pays donateurs » dans le présent rapport. L'Enquête vise à recueillir les points de vue et expériences des pays sur la mise en œuvre du PA-CIPD, notamment les défis auxquels ils ont été confrontés et les engagements pris en vue d'une mise en œuvre plus poussée.

Les réponses des 18 pays donateurs concernent les questions et problèmes de population auxquels ils sont confrontés depuis la CIPD, ainsi que les mesures prises pour les aborder, les mesures prises concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, les mesures prises pour renforcer l'accès aux services de santé de la reproduction, notamment en vue de réduire la propagation du VIH/sida, et les partenariats entre les pays donateurs et les organisations de la société civile, ainsi que les questions relatives à l'assistance internationale, y compris les problèmes et défis auxquels les pays font face dans la mobilisation des ressources pour appuyer la mise en œuvre du PA-CIPD. L'Enquête décrit également la manière dont les pays donateurs relient les objectifs de la CIPD aux cadres et processus de développement international. De nombreux pays donateurs ont déclaré utiliser les OMD comme base de formulation de politiques et de programmes en faveur du PA-CIPD.

Presque tous les pays donateurs ayant répondu à l'Enquête (16 sur 18) ont mentionné le vieillissement de la population comme une question importante à laquelle ils sont confrontés (Section 9.2). Ils reconnaissent qu'un problème auquel ils font face constamment concerne l'élaboration de politiques, programmes et stratégies efficaces visant à satisfaire les besoins spécifiques des personnes âgées. Depuis 1994, un certain

De nombreux pays donateurs ont déclaré utiliser les OMD comme base de formulation de politiques et de programmes en faveur du programme d'action de la CIPD.

Investir dans la population

nombre d'initiatives majeures ont été prises par les pays donateurs en vue de trouver une solution à cette question, notamment la formulation de politiques, le renforcement des institutions, le renforcement des capacités dans les domaines de la formation et de l'éducation permanente, l'appui à la recherche et l'exécution de projets novateurs, en particulier ceux qui encouragent des conditions de logement alternatives.

En ce qui concerne la migration internationale, les pays interrogés ont évoqué un certain nombre de questions et problèmes, notamment l'intégration sociale et économique des migrants, la réunification de la famille, et les questions relatives au trafic des personnes, à l'immigration illégale, aux réfugiés et aux demandeurs d'asile (Section 9.2). Plusieurs pays ont mentionné l'importance de l'intégration des immigrants dans la société d'accueil. Parmi les mesures adoptées, on compte celles visant la promotion de l'égalité des chances dans l'accès à l'emploi, au logement, à la santé et à l'éducation, ainsi qu'aux autres services sociaux et commodités. Aussi, depuis la CIPD, un certain nombre de pays donateurs ont introduit des changements dans leurs politiques de regroupement familial. Les pays développés ont commencé récemment à considérer la migration comme une réponse à l'insuffisance de main-d'œuvre à moyen terme. Les initiatives ont également été presque exclusivement axées sur les immigrants hautement qualifiés, reflétant ainsi un accroissement de la demande de main-d'œuvre qualifiée du fait de changements démographiques et du processus de mondialisation croissante.

L'intensification du trafic des êtres humains constitue un défi majeur de gestion de la migration mentionné par les pays donateurs. Presque tous les pays ont promulgué des lois et mesures législatives pour lutter contre ce trafic et plusieurs d'entre eux ont ratifié les traités internationaux. La moitié des pays enquêtés ont déclaré avoir conçu des programmes spécialement destinés à combattre ce trafic. Plusieurs pays ont examiné les causes profondes du trafic afin de mieux prendre en charge le problème. 50 % des pays ayant répondu à l'Enquête ont proposé une aide internationale pour lutter contre le trafic des femmes et des enfants, mais presque tous ont offert des services aux victimes.

Bien que la plupart des pays d'accueil reconnaissent les contributions positives de la migration au développement économique, social et culturel des pays d'accueil et d'envoi de migrants, le nombre croissant d'immigrants clandestins et le flux continu de réfugiés et de demandeurs d'asile demeure une grande préoccupation. Plusieurs pays donateurs réalisent qu'une coopération internationale plus développée est nécessaire pour gérer plus efficacement la migration.

S'agissant de l'équité et de l'égalité des sexes, les pays donateurs ont fait état d'efforts déployés depuis la conférence du Caire pour protéger les droits des filles et des femmes et renforcer leur autonomie (Section 9.3). 12 pays ont adopté des lois et mesures législatives pour la protection des droits des filles et des femmes axées sur le trafic et l'exploitation des

femmes, la garantie de l'égalité des sexes dans la société (notamment dans l'éducation et la représentation parlementaire), le renforcement de l'égalité des sexes sur le lieu de travail (notamment le congé parental et le salaire égal), et des lois contre le harcèlement sexuel. Certains pays ont également créé des commissions ou agences féminines au sein des structures gouvernementales.

Les pays donateurs ont également déclaré avoir adopté des stratégies nationales pour prendre en compte la violence faite aux femmes. Douze pays ont promulgué des lois et mesures législatives concernant cette question, et plusieurs ont créé des mécanismes institutionnels dans leurs systèmes juridique et judiciaire. Presque la moitié des pays interrogés ont déclaré avoir offert des services aux victimes de violence sexuelle. Sept pays œuvrent au renforcement de la sensibilisation, proposent la communication pour le changement de comportement concernant la violence faite aux femmes et dispensent une formation aux prestataires de services et responsables gouvernementaux.

Depuis la CIPD, les pays donateurs ont abordé une série de questions concernant la santé de la reproduction. Les questions prioritaires identifiées dans l'Enquête mondiale de 1998 ont également été signalées dans l'Enquête de 2003, notamment la réduction des grossesses non désirées ou non prévues, la nécessité de conseils et services pour les groupes à haut risque,

Il semble se manifester un dynamisme constant pour la mise en œuvre du PA-CIPD dans les pays donateurs, depuis la conférence du Caire.

Résumé

et la prévention du VIH/sida et des autres IST. Quarante-quatorze pour cent des pays donateurs ont déclaré que les normes de qualité relatives à la fourniture de service en matière de santé de la reproduction se sont améliorées depuis la CIPD, en particulier dans les domaines du renforcement des capacités humaines et du développement institutionnel.

Les pays donateurs ont également continué de traiter des questions relatives à la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, notamment la fécondité des adolescents, l'accroissement de la fréquence des IST et l'abus des drogues. Parmi les mesures prises pour traiter de ces questions, on compte la gratuité ou la subvention des produits contraceptifs, et l'offre de conseils, d'informations et de services en matière de santé de la reproduction aux adolescents et aux jeunes. Les pays donateurs ont également tenu compte davantage des besoins en santé de la reproduction des migrants et des populations autochtones.

S'agissant de la lutte contre le VIH/sida, les pays donateurs ont décrit un certain nombre de mesures ayant contribué à une réaction globale face à la pandémie, notamment la disponibilité de fonds pour financer les programmes de recherche et de prévention du VIH/sida, l'accès aux soins et au traitement, les réseaux de soutien organisés, les progrès réalisés dans le cadre du respect des droits humains, et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information pour sensibiliser le public sur le VIH/sida et diffuser des informations pertinentes (Section 9.6). Les pays donateurs ont élaboré des stratégies et des politiques nationales qui prennent en considération la nécessité d'une riposte globale et multisectorielle. De nombreux pays ont également œuvré en collaboration avec les autorités locales, les ONG, les experts médicaux et les organisations internationales dans le cadre de la lutte contre la propagation du VIH.

Les pays donateurs ont ciblé les groupes à haut risque grâce à des campagnes d'information, d'éducation et de communication et à l'offre de services. Ils ont également promulgué des lois et mesures législatives pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Les pays donateurs ont intégré les conseils et le dépistage d'IST, les conseils en planification familiale, et les soins prénatals dans les programmes de lutte contre le VIH/sida en vue d'atteindre un plus grand nombre de personnes, de réduire la stigmatisation associée au VIH/sida, et de renforcer l'utilisation efficace des ressources limitées des soins de santé.

Il est évident, d'après les réponses des pays à l'Enquête mondiale, que les pays donateurs, à l'instar de leurs partenaires des pays en développement, s'associent de plus en plus aux organisations de la société civile pour aider à la fourniture d'informations et de services en matière de santé de la reproduction (Section 9.7). La plupart des pays donateurs (15 sur 18) ont indiqué avoir établi des partenariats actifs avec des ONG, soit un accroissement considérable par rapport aux réponses de l'Enquête mondiale de 1998, où la moitié environ des pays donateurs avaient indiqué avoir pris des mesures importantes concernant les partenariats. En outre, 5 pays ont déclaré que depuis la mise en œuvre du PA-CIPD, les ONG jouent un rôle plus actif dans leurs partenariats avec les gouvernements, particulièrement en ce qui concerne les questions de santé de la reproduction.

Il semble se manifester un dynamisme constant pour la mise en œuvre du PA-CIPD dans les pays donateurs depuis la conférence du Caire (Section 9.8). La quasi totalité des 18 pays ayant répondu à l'Enquête ont relancé leurs programmes de santé de la reproduction, notamment en accordant plus d'attention aux besoins en santé de la reproduction des adolescents, des jeunes, des migrants et des populations autochtones, à la disponibilité de services généraux de santé de la reproduction de qualité, et à la formation des prestataires de soins de santé. Cependant, les pays donateurs continuent de se préoccuper des questions émergentes telles que la satisfaction des besoins spécifiques des personnes âgées, les taux croissants d'immigration clandestine, le trafic d'êtres humains, et les flux continus de réfugiés et de demandeurs d'asile.

IMPLICATIONS

L'Enquête mondiale de 2003 a collecté un nombre considérable d'informations sur les diverses activités entreprises par les pays pour mettre en œuvre les recommandations du PA-CIPD et les *Principales mesures* de la CIPD+5. Les conclusions présentées ici et dans les chapitres du rapport, montrent les progrès réalisés par les pays ainsi que les difficultés auxquelles ils se heurtent. Les implications de ces conclusions ainsi que d'autres pour les actions à entreprendre sont présentées au Chapitre 10.

1 Introduction

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a exprimé clairement une nouvelle vision dynamique sur les relations entre la population, le développement et le bien-être humain. Compte tenu de cette vision, les efforts déployés pour prendre en compte les questions relatives à la population et à la santé de la reproduction doivent jouer un rôle clé dans les actions visant à éradiquer la pauvreté et à améliorer la qualité de vie de toutes les populations. La conférence tenue au Caire, Egypte, a également marqué un changement de paradigme, se détournant des mesures de régulation des populations et de la réalisation de cibles démographiques par des politiques traditionnelles de population pour se réorienter vers un changement social axé sur les besoins et aspirations des individus et entreprise dans le cadre du respect des droits de l'homme. Au cours de la CIPD, 179 pays ont reconnu que la population et le développement sont intrinsèquement liés et que l'autonomisation des femmes et la satisfaction des besoins des populations en matière d'éducation et de santé, notamment de santé de la reproduction, sont essentielles à la réalisation du développement durable dans ses dimensions économiques, sociales et environnementales. Le Programme d'action sur 20 ans adopté par la CIPD fait fond sur le succès des décennies précédentes tout en prenant en compte les besoins des premières années du XXIe siècle.

Le PA-CIPD recommande une série de buts et d'objectifs interdépendants à réaliser d'ici 2015,¹ notamment : l'accès pour tous aux services généraux de santé de la reproduction, y inclus la planification familiale et la santé sexuelle ; la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle ; l'accès pour tous à l'éducation de base, en particulier pour les filles ; l'égalité, l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.

En 1999, l'Assemblée générale des Nations Unies a convoqué une session extraordinaire (dite CIPD+5) qui a examiné les progrès accomplis dans le cadre de la réalisation des objectifs de la CIPD. L'examen a confirmé que le PA-CIPD

cherchait à améliorer le suivi et à faciliter la définition des priorités, et a souligné l'importance de la prise en compte des questions émergentes telles que le VIH/sida, le vieillissement de la population et la santé de la reproduction des adolescents. La CIPD+5 a adopté une série de *Principales mesures* en vue de la poursuite de la mise en œuvre du PA-CIPD, comportant notamment un nouvel ensemble de repères dans quatre domaines : l'éducation et l'alphabetisation, les soins de santé de la reproduction et les besoins non satisfaits en matière de contraception, la réduction de la mortalité maternelle, et le VIH/sida.²

De nombreux buts et objectifs de la CIPD ont été intégrés dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui ont été adoptés lors du Sommet du Millénaire de 2000 (l'exception étant l'objectif de l'accès pour tous aux services de santé de la reproduction). La chose est logique, étant donné que les OMD, en particulier l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim, ne peuvent pas être réalisés sans une réelle prise en compte des questions relatives à la population et à la santé de la reproduction. La réalisation des droits en matière de reproduction et de santé de la reproduction est essentielle à la promotion du développement, à la lutte contre la pauvreté et à la réalisation des cibles des OMD. Réciproquement, une mauvaise santé de la reproduction sape le développement de diverses façons, notamment en réduisant la qualité de la vie des femmes, en affaiblissant et, dans les cas extrêmes, en menaçant la vie des femmes pauvres à la fleur de l'âge, et en imposant un lourd fardeau aux familles et à leurs communautés.³

Etant donné que le PA-CIPD arrive à mi-parcours en 2004, il est bon que les pays fassent le point sur les progrès enregistrés à ce jour eu égard à la réalisation de ses objectifs. Une évaluation générale et un examen global de l'état de la mise en œuvre du PA-CIPD, individuellement et collectivement, sont indispensables pour renforcer les efforts et aider à accélérer sa mise en œuvre jusqu'à la fin du délai de 20 années, en 2015. En outre, cet examen est plus pertinent

L'éradication de la pauvreté absolue et de la faim ne peut se réaliser sans une réelle prise en compte des questions relatives à la population et à la santé de la reproduction.

dans le contexte des défis du développement identifiés par la Déclaration du Millénaire qui fera l'objet d'un examen quinquennal en 2005.

Conformément à la résolution 49/128 de l'Assemblée générale sur la CIPD, l'UNFPA a pour mandat d'aider les pays à évaluer leurs expériences opérationnelles relatives à la mise en œuvre du PA-CIPD. Pour ce faire, l'UNFPA a mené une Enquête mondiale en 1998 et en 2003, pour évaluer les expériences nationales cinq et dix ans après la conférence du Caire. Les deux enquêtes ont été axées sur les pays en développement et les pays à économie en transition, mais aussi sur les pays donateurs. Comme l'Enquête mondiale de 1998, l'Enquête de 2003 se concentre sur les dimensions opérationnelles des programmes de population et de santé de la reproduction, évalue les progrès accomplis par les pays dans le cadre de la réalisation des objectifs de la CIPD, et souligne les défis auxquels ils sont toujours confrontés.

1.1 LA CIPD ET LES AUTRES CONFÉRENCES MONDIALES DES NATIONS UNIES

Dans les années 1990 et plus récemment, au début du XXI^e siècle, les conférences et sommets mondiaux des Nations Unies ont fourni aux dirigeants du monde un forum pour parvenir à un consensus sur les buts et objectifs de développement étroitement reliés. L'Enquête mondiale de 2003 couvre les objectifs directement liés à ceux de la CIPD. Par exemple, le Sommet mondial pour les enfants de 1990 s'est fixé comme objectif l'amélioration des conditions de vie des enfants et adolescents du monde et le renforcement du respect de leurs droits humains.⁴ Le PA-CIPD réaffirme cet objectif dans quatre domaines majeurs : l'éducation des filles, la santé de la reproduction des adolescents, la prévention du VIH/sida et la mortalité maternelle. Chacun de ces domaines est traité dans l'Enquête.

La Déclaration de Vienne et le Programme d'action adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme de 1993 ont permis de prendre des mesures historiques eu égard à la promotion et à la protection des droits humains de la femme.⁵ Les droits à la santé de la reproduction, l'égalité entre les sexes et le droit d'être à l'abri de la violence sexuelle garantis par la Déclaration de Vienne ont également été réaffirmés par la CIPD, entraînant ainsi le renforcement des lois et politiques visant à promouvoir ces droits humains.

Le PA-CIPD et la Plate-forme d'action adoptés par la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995) de Beijing ont mis en exergue le fait que l'autonomisation des femmes n'est pas seulement une fin justifiable en soi, mais qu'elle constitue également un élément essentiel du développement durable.⁶ Au Caire et à Beijing, les gouvernements

ont convenu de renforcer l'autonomisation sociale, économique et politique des femmes, en vue de promouvoir leur éducation et d'améliorer leur santé, notamment leur santé en matière de reproduction.

Le Sommet pour le développement social de 1995, tenu à Copenhague, a réaffirmé le PA-CIPD avec un engagement en faveur des stratégies de réduction de la pauvreté pour satisfaire aux besoins humains fondamentaux, réduire les inégalités économiques et sociales et fournir des moyens d'existence durables.⁷ Les pays se sont engagés à créer un environnement favorable au développement économique et à l'intégration sociale.

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001 a réaffirmé les engagements pris dans le PA-CIPD et a insisté sur l'importance capitale de l'égalité entre les sexes dans la prévention, les soins et le traitement du VIH. La Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire sur le VIH/sida a fixé des objectifs limités dans le temps et les gouvernements et les Nations Unies se sont engagés à les réaliser.⁸

Plus récemment le Sommet mondial sur le développement durable tenu en 2002 à Johannesburg, qui est un suivi de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement tenue à Rio de Janeiro en 1992, a réaffirmé les engagements pris lors de la CIPD et des autres conférences mondiales. La Déclaration du Sommet a confirmé les liens entre les soins de santé et les droits de l'homme. Le Plan de mise en œuvre appuie les volets stratégiques de la CIPD parmi lesquels on note : l'accès aux services et informations sur la planification familiale, la maternité sans risques, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida, et l'élimination de la contrainte et de la violence à l'égard des femmes.⁹

Les conférences des Nations Unies ont délibérément lié les thèmes et les plans d'action de la dernière décennie, créant ainsi un mouvement qui a mené à l'organisation du Sommet du Millénaire. Ces conférences et sommets mondiaux ont relancé le processus de la CIPD et continueront à façonner le programme de développement des 15 prochaines années.

1.2 LIENS ENTRE LES OBJECTIFS DE LA CIPD ET LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

L'on est parvenu à un consensus global au Sommet du Millénaire, où 189 dirigeants du monde ont adopté la Déclaration du Millénaire, qui fixent un certain nombre d'objectifs interdépendants en vue de créer un environnement propice au développement. Les OMD ne sont pas conçus comme une fin en soi, mais plutôt comme un outil

Tableau 1.1 Objectifs de la CIPD, cibles et objectifs du Millénaire pour le développement

Cibles et objectifs de la CIPD	Objectifs et cibles du Millénaire pour le développement
<p>... améliorer la qualité de la vie grâce à des politiques et programmes de population et de développement visant à réaliser l'éradication de la pauvreté et la croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable ... [para. 3.16]</p>	<p>Objectif 1 : Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim Cible 1 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour Cible 2 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.</p>
<p>... les pays devraient s'efforcer de garantir l'accès total des filles et des garçons à l'enseignement primaire ou à un niveau équivalent d'éducation, le plus tôt possible et, dans tous les cas, avant 2015 [para. 11.6]</p>	<p>Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous Cible 3 : D'ici 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.</p>
<p>La promotion de l'égalité et de l'équité des sexes, la responsabilisation des femmes, et l'élimination de toutes sortes de violence à l'égard des femmes ainsi que la garantie de la capacité des femmes à contrôler leur propre fécondité sont les pierres angulaires des programmes de population et de développement [Principe 4]</p>	<p>Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes Cible 4 : Eliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement, en 2015 au plus tard.</p>
<p>D'ici 2015, les pays devraient viser la réalisation du taux de mortalité de moins de 35 pour 1000 naissances vivantes et d'un taux de mortalité de moins de 45 pour 1000 chez les enfants de moins de cinq ans [para. 8.16]</p>	<p>Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.</p>
<p>Les pays devraient s'efforcer de réduire de manière considérable la mortalité maternelle d'ici 2015 : réductions de moitié des taux de 1990 d'ici 2000 et l'autre moitié d'ici 2015 ... [para. 8.21]</p>	<p>Objectif 5: Améliorer la santé maternelle Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.</p>
<p>... D'ici 2005, s'assurer qu'au moins 90 %, et d'ici 2010, au moins 95 % des jeunes de 15 à 24 ans, auront accès aux IEC et services de préparation à la vie active requis pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH, que d'ici 2005 la prévalence sera réduite au niveau mondial, et de 25 % dans les pays les plus touchés [CIPD+5 para. 70]</p>	<p>Objectif 6: Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle. Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.</p>
<p>... Les questions de population devraient être intégrées dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes et politiques relatifs au développement durable [para. 3.5]</p>	<p>Objectif 7: Assurer un environnement durable Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales. Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre. Cible 11 : Réussir, d'ici 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.</p>
<p>... renforcer le partenariat entre les gouvernements, les organisations internationales et le secteur privé pour ce qui concerne l'identification de nouveaux domaines de coopération [para. 15.15a]</p>	<p>Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement Cible 12 : Poursuivre la mise place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire. (Cela suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux tant national qu'international) Cible 13 : S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés. (La réalisation de cet objectif suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés ; l'application du programme renforcé d'allègement de la dette des PPTE et l'annulation des dettes bilatérales envers les créanciers officiels ; et l'octroi d'une APD plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté) Cible 14 : Répondre aux besoins particuliers des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les conclusions de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale) Cible 15 : Traiter globalement les problèmes de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme. Cible 16 : En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile. Cible 17 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement. Cible 18 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous.</p>

de réalisation du développement durable et de l'éradication de la pauvreté.

Plusieurs objectifs contenus dans le PA-CIPD et les *Principales mesures* de la CIPD+5 sont similaires aux OMD (Tableau 1.1). Le PA-CIPD est axé sur les efforts liés à la population tels que l'accès accru aux services de santé de la reproduction, la promotion de l'égalité des sexes et une meilleure compréhension des liens entre la dynamique de population et la pauvreté, qui sont des conditions préalables à la réalisation des OMD les plus importants et notamment de l'éradication de la pauvreté et de la faim.

Le PA-CIPD et les OMD définissent des cibles pour la réalisation de l'enseignement primaire pour tous, la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/sida et d'autres maladies. Le PA-CIPD soutient également les OMD eu égard à la garantie de la durabilité de l'environnement en reconnaissant les liens entre l'environnement et les migrations interne et internationale, les taux de croissance démographique et la consommation de ressources.

Les OMD ne contiennent aucun objectif ou cible spécifique concernant la santé de la reproduction. Par contre, ils contiennent des cibles relatives à la santé de la reproduction, notamment la santé maternelle et le VIH/sida. Les indicateurs de santé maternelle concernent le taux de mortalité maternelle et le pourcentage d'accouchements effectués par un personnel qualifié. Concernant le VIH/sida, les indicateurs sont le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans et le taux d'utilisation de préservatifs.

1.3 OBJECTIFS DU RAPPORT

An plan opérationnel, le présent rapport vise : a) à décrire les progrès réalisés ainsi que les difficultés rencontrées par les pays dans leurs efforts de mise en œuvre des mesures spécifiques du PA-CIPD et à examiner les problèmes spécifiques rencontrés ; b) à présenter les mesures prises, en mettant l'accent sur les régions ; et c) à résumer les principales conclusions de l'Enquête mondiale de 2003 et à évaluer les actions à entreprendre.

Plus particulièrement, le rapport de l'Enquête mondiale de 2003 souligne les diverses mesures et actions entreprises par les pays en vue de mettre en œuvre les différents aspects choisis du PA-CIPD. Il propose également une analyse de l'environnement contextuel dans lequel ces actions et mesures sont entreprises et présente un aperçu général des progrès réalisés et des actions requises en vue de renforcer la mise en œuvre du PA-CIPD.

1.4 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE MONDIALE

L'objectif visé par l'Enquête mondiale de 2003 était de fournir des informations sur la mise en œuvre du PA-CIPD au cours des 10 dernières années, en mettant l'accent sur les réalisations et les succès enregistrés ainsi que sur les contraintes et difficultés liées à la mise en œuvre du programme. Les questionnaires ont réuni des informations sur la mise en œuvre des aspects choisis du PA-CIPD. Parmi les informations recueillies, on note les actions, mesures ou initiatives prises par les pays pour prendre en compte certaines questions particulières ainsi que les obstacles rencontrés.

Deux types de questionnaires ont été envoyés à un total de 187 pays. Un questionnaire a été envoyé à 165 pays en développement et pays en transition et un autre plus court à 22 pays développés, membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), auxquels il est fait référence dans le présent rapport comme « pays donateurs ».

Le questionnaire destiné aux pays en développement et pays en transition comporte 47 questions structurées mais également ouvertes, sur neuf sujets : la population et le développement ; l'égalité, l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes ; les droits et la santé en matière de reproduction ; les adolescents ; le VIH/sida ; le changement de comportement et le plaidoyer ; les données et la recherche ; les partenariats et les ressources ; et les meilleures pratiques et questions émergentes.

Le questionnaire destiné aux pays donateurs comprenait 23 questions relatives à cinq sujets : les préoccupations démographiques ; les questions de genre ; la santé de la reproduction (y compris le VIH/sida) ; les partenariats avec la société civile ; et l'aide internationale aux programmes de population et de santé de la reproduction. Les questions étaient posées de manière à obtenir des informations sur les défis auxquels les pays donateurs sont confrontés concernant la mobilisation de ressources pour appuyer la mise en œuvre du PA-CIPD et sur la manière dont les pays relient les objectifs de la CIPD aux cadres et processus de développement international.

Les questionnaires destinés aux pays en développement et aux pays en transition ont été envoyés au début du mois de janvier 2003, par le biais des bureaux de pays de l'UNFPA ou du PNUD et les questionnaires remplis ont été reçus par l'UNFPA New York en avril 2003. Les questionnaires destinés aux pays donateurs ont été envoyés en mars 2003 par le biais des missions auprès des Nations Unies à New York et renvoyés en août 2003. Le questionnaire pour chaque pays devait être rempli par un groupe national de parties prenantes sous l'égide d'une institution gouvernementale de

coordination appropriée, composée de représentants du gouvernement, d'organisations non gouvernementales (ONG), d'universitaires, de membres du personnel du bureau de pays de l'UNFPA et d'autres partenaires concernés informés des progrès réalisés, mais aussi des difficultés auxquelles le pays est confronté.

Les données des questionnaires ont été codées manuellement et traitées grâce au progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS version 11.5). Les questions ouvertes ont été codées en retenant un nombre limité de domaines dont relevaient les principales réponses données à des questions particulières. Les informations saisies ont été vérifiées par recoupement pour s'assurer de leur exactitude en terme de cohérence et de couverture, et les tableaux ont été créés en utilisant les routines de SPSS.

1.5 FORCES ET FAIBLESSES DU RAPPORT

Un taux de réponse de 92 % a été obtenu pour les pays en développement et les pays en transition, taux plus élevé que celui de l'Enquête mondiale de 1998 qui était de 82 %. Les taux varient d'une région à l'autre, allant de 75 % pour les Etats arabes à 100 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Afrique subsaharienne et les républiques d'Asie centrale. S'agissant des pays donateurs, les taux de réponses de 1998 et de 2003 étaient les mêmes : 82 %. La liste des pays ayant répondu à l'Enquête mondiale de 2003 figure en Annexe 1, à la suite des répartitions par groupes régionaux de l'UNFPA.

Il est toutefois important de noter que l'Enquête mondiale de 2003 n'est pas une estimation ou une évaluation des interventions en matière de programme ou de politique dans les pays. Elle ne donne aucune information sur la véritable nature des mesures adoptées, des problèmes liés à leur mise en œuvre spécifique ou de l'expérience des pays par rapport à cette mesure particulière. Aussi, compte tenu de l'intérêt porté par l'Enquête mondiale aux mesures visant la mise en œuvre du PA-CIPD mais aussi dans le but de rester concis, il a été demandé aux pays d'indiquer les mesures clés, les stratégies efficaces, les principales actions et donc de schématiser. Afin de refléter fidèlement les questions posées, les titres des tableaux correspondants dans les chapitres ne sont pas uniformes.

Les formats adoptés dans le rapport pour présenter les conclusions de l'Enquête mondiale de 2003 nécessitent quelques explications. Il existe de nombreux points communs dans les approches et mesures adoptées par les pays en vue d'appliquer les diverses recommandations liées à la population, au développement, au genre, au plaidoyer et à la communication pour le changement de comportement, et aux partenariats. En revanche, les types de mesures prises dans les domaines de la santé de la reproduction, du

VIH/sida et de la santé de la reproduction des adolescents étaient plus variés et avaient tendance à être très spécifiques aux pays et parfois même aux communautés au sein des pays. Vu cette diversité inhérente aux réponses de l'Enquête, le format de présentation adopté n'a pas été tout à fait identique dans tous les chapitres, certaines des mesures propres à divers pays étant plus amplement illustrées dans certains chapitres que dans d'autres.

Si le taux élevé de réponses reflète l'importance que les pays attachent à l'évaluation des efforts de mise en œuvre du PA-CIPD, il n'en demeure pas moins que l'Enquête mondiale de 2003 elle-même était sujette à un certain nombre de restrictions.

Premièrement, bien qu'il ait été demandé aux pays de mobiliser un groupe de parties prenantes pour remplir le questionnaire, les pays ont adopté différentes approches qui consistaient, soit à autoriser un point focal à répondre au questionnaire, soit à mettre en place un comité ou groupe de réponse interinstitutionnel/multisectoriel. Selon l'approche adoptée, les réponses à chaque question peuvent varier d'une réponse riche et bien informée, à une réponse générale et moins informée.

Deuxièmement, dans quelques cas, les réponses au questionnaire reflètent les points de vue du gouvernement qui peuvent différer de ceux des ONG et de la société civile.

Troisièmement, l'Enquête était relativement ambitieuse dans sa couverture des domaines thématiques, mais limitée eu égard à la série de questions posées pour obtenir des informations détaillées sur les dimensions cruciales des mesures programmatiques prises et leur application. Cette limitation est venue restreindre le type d'analyse que l'on pouvait faire des réponses.

Quatrièmement, nombre des questions n'étaient pas assez spécifiques pour obtenir des informations détaillées et fiables concernant les stratégies, politiques, plans ou mesures législatives adoptés par les pays. La plupart des pays ont fourni des informations sur l'adoption ou non de l'une ou l'autre de ces mesures, mais ils ont été moins nombreux à donner des détails spécifiques sur les mesures adoptées. Cette contrainte a entravé les efforts visant à observer la nature des progrès réalisés par les pays dans l'application des recommandations spécifiques du PA-CIPD et à identifier les insuffisances des interventions programmatiques dans les domaines thématiques couverts par l'Enquête.

Cinquièmement, compte tenu du caractère ouvert de la plupart des questions, il a été plutôt difficile de procéder au codage des réponses. Pour simplifier le codage, seules quelques catégories de codes (généralement 10 au maximum) ont été identifiées. Ceci limite la nature de l'analyse qui a pu être effectuée concernant certaines questions.

Sixièmement, le questionnaire à réponses libres utilisé dans l'Enquête a été à l'origine d'un certain manque d'uniformité dans la qualité des réponses.

Septièmement, certains pays peuvent, par inadvertance, ne pas avoir signalé des actions ou mesures prises en n'en faisant mention que dans une seule réponse. Dans les cas où les actions et mesures étaient pertinentes pour plusieurs des questions de l'Enquête, les réponses auraient dû le refléter, mais elles ne l'ont pas toujours fait.

Huitièmement, étant donné la longueur de la période considérée, dix ans, il n'est pas facile de se rappeler et d'évaluer tous les changements découlant du PA-CIPD. Aussi, selon toute vraisemblance, seuls les changements les plus fondamentaux et peut-être les plus récents pour les enquêtés ont-ils été signalés.

Enfin, l'Enquête n'a pas mis l'accent sur la qualité, la portée ou l'impact des interventions programmatiques et sur leurs effets sur la vie des groupes et des individus vulnérables, en particulier pour ceux qui ont besoin d'informations et de services.

1.6 PLAN DU RAPPORT

Le rapport est organisé en dix chapitres. Le présent chapitre d'introduction est suivi de sept chapitres thématiques où sont présentés les résultats de l'Enquête pour les pays en développement et en transition dans les domaines suivants : la population et le développement ; l'égalité entre les sexes ; l'équité et l'autonomisation des femmes ; les droits et la santé en matière de reproduction ; la santé en matière de reproduction chez les adolescents et les jeunes ; le VIH/sida ; le plaidoyer, l'éducation et la communication en vue de changements de comportement ; et les partenariats et les ressources. Le neuvième chapitre est consacré aux pays donateurs. Le dernier chapitre résume les principales conclusions concernant les pays en développement et les pays donateurs et attire l'attention sur les actions à entreprendre en vue de faire de la promesse du Caire une réalité.

Références

- 1 Nations Unies, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (New York, Nations Unies, 1995), ST/ESA/SER.A/149.
- 2 Nations Unies, *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, adoptées par la 21^{ème} session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, 30 juin - 2 juillet 1999* (New York, Nations Unies, 1999).
- 3 UNFPA, *Achieving the Millennium Development Goals Population and Reproductive Health as Critical Determinants. Population and Development Strategies Series, Number 10* (New York, UNFPA, 2003).
- 4 Nations Unies, *Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant, Sommet mondial pour les enfants, 29-30 septembre 1990* (New York, Nations Unies, 1990).
- 5 Nations Unies, *Déclaration de Vienne et Programme d'action, Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 14-25 juin 1993* (New York, Nations Unies, 1993), A/CONF.157/23.
- 6 Nations Unies, *Déclaration de Beijing et Plate-forme d'action, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 15 septembre 1995* (New York, United Nations, 1995), A/CONF.177/20.
- 7 Nations Unies, *Déclaration et Programme d'action, Sommet mondial pour le développement social, Copenhague, 5-12 mars 1995* (New York, Nations Unies, 1995).
- 8 Nations Unies, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 25-27 juin 2001* (New York, Nations Unies, 2001).
- 9 Nations Unies, *Déclaration de Johannesburg sur le développement durable et Plan d'application du Sommet mondial sur le développement durable, Johannesburg, Afrique du Sud, 26 août-4 septembre 2002* (New York, Nations Unies, 2003).

2 Population et développement

2.1 INTRODUCTION

Le présent chapitre donne un large aperçu des changements intervenus au niveau des stratégies en matière de population et développement adoptées depuis 1994. Il les considère dans le contexte des changements démographiques, sociaux, économiques et en matière de santé intervenus durant la décennie 1994-2003, et examine les résultats dans le cadre des objectifs et actions proposés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et développement et dans les *Principales mesures* de la CIPD+5.

Les domaines couverts par le présent chapitre sont basés sur les questions correspondantes posées dans l'Enquête mondiale de 2003 et concernent notamment les actions entreprises en vue d'intégrer les questions de population dans les stratégies de réduction de la pauvreté, et l'introduction des liens entre population et l'environnement dans les plans de développement nationaux et/ou sectoriels. Parmi ces domaines, on note également les initiatives visant à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, les mesures adoptées pour influencer sur la migration interne, les actions entreprises pour influencer sur la migration internationale, et les efforts visant à améliorer les données, la recherche, le suivi et l'évaluation des programmes de population et de santé de la reproduction. Le chapitre conclut par une discussion sur les défis qui ont été relevés et qui sont à relever dans le futur.

Les changements démographiques et autres intervenus de 1994 à 2003 ont affecté le niveau de progrès programmatiques accomplis jusqu'en 2003 et vice-versa. De même, l'on peut s'attendre à ce que les tendances prévues dans les domaines socioéconomiques, démographiques et autres influent sur la vitesse et l'ampleur des changements qui devront être apportés aux politiques et aux programmes pour assurer la réalisation des objectifs de la CIPD pendant la décennie 2005-2015.

Selon les Nations Unies, la population mondiale qui était de 5,7 milliards d'habitants en 1995, s'est accrue pour passer à 6,4 milliards en 2004, et doit atteindre 7,2 milliards d'habitants en 2015¹. Presque toutes les augmentations intervenues de 1995 à 2003 ont eu lieu dans les pays en développement, doivent également se produire la plupart des augmentations prévues de 2003 à 2015. Alors que le taux annuel de croissance démographique a baissé et qu'il est prévu que cette baisse s'accroisse au cours de la prochaine

décennie dans les principales régions du monde, l'on s'attend à ce que l'accroissement de la population se maintienne à plus de 70 millions d'habitants par an au cours des deux prochaines décennies, du fait de la taille de la population actuelle des pays en développement et des pays les moins avancés, mais aussi de sa jeunesse.

Un rapide examen des tendances démographiques indique que le taux de fécondité est en baisse, comme l'est le taux de mortalité infantile. En outre, le taux d'utilisation de contraceptifs s'accroît et l'espérance de vie à la naissance augmente dans toutes les régions. De nombreux pays en développement connaissent également des accroissements sans précédent du nombre de personnes âgées et du nombre de jeunes. Plusieurs pays sont également confrontés aux problèmes complexes des migrations interne et internationale, des personnes déplacées, du trafic international des femmes et des enfants, et des influx de réfugiés. En outre, de nombreux pays continuent de connaître des taux élevés de mortalité maternelle, et certains sont même confrontés à des accroissements du taux de mortalité adulte du fait de la pandémie du sida. Manifestement, il existe une diversité démographique croissante reflétant les différences nationales dans le domaine social, du genre et de la santé ainsi que les différents rythmes suivant lesquels les pays vivent leur transition démographique.

La PA-CIPD souligne le fait que l'intégration des questions de population dans les stratégies économiques et de développement peut accélérer le processus du développement durable et la réduction de la pauvreté, contribuant ainsi à la réalisation des objectifs démographiques et à une meilleure qualité de vie pour tous. Le PA-CIPD encourage la pleine intégration des questions de population dans les stratégies de développement, la planification du développement, le processus décisionnel et l'allocation de ressources. Il promeut le développement à tous les niveaux et dans toutes les régions, avec pour objectif la satisfaction des besoins et l'amélioration de la qualité de vie des générations actuelles et futures. Le PA-CIPD appuie également l'intégration comme moyen de promotion de la justice sociale et d'éradication de la pauvreté à travers la croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable. Les *Principales mesures* ont réaffirmé l'importance de telles actions et appellent à une intensification des efforts.

Un certain nombre d'actions ont été proposées par le PA-CIPD. Premièrement, aux niveaux international, régional,

national et local, les questions de population devraient être intégrées dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de développement durable. Deuxième, les stratégies de développement devraient refléter les implications à court, moyen et long termes et les conséquences de la dynamique de population, ainsi que les formes de production et habitudes de consommation. En conséquence, l'Enquête mondiale a sollicité des informations sur les actions entreprises en vue d'intégrer les questions de population dans les aspects choisis du processus de développement tels que les stratégies de développement, la planification décentralisées, la réduction de la pauvreté et la planification de l'environnement.

2.2 ACTIONS ENTREPRISES POUR INTEGRER LES QUESTIONS DE POPULATION DANS LES STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT

Sur les 151 pays interrogés dans le cadre de l'Enquête, 149 (99 %) ont répondu à la question relative à l'intégration de la population dans les stratégies de développement et 146 (96 %) ont entrepris des actions. Parmi ces pays, 115 (79 %) avaient adopté plusieurs mesures. Le pourcentage élevé (96 %) de pays ayant entrepris des actions constitue un net accroissement depuis l'évaluation de la CIPD+5 où 78 % des pays avaient entrepris des actions ou étaient sur le point d'en entreprendre. En revanche, seuls 52 % des pays en développement avaient déclaré avoir pris des mesures similaires au moment de la CIPD de 1994, soit des progrès significatifs réalisés dans l'ensemble.

Les données sur les multiples mesures spécifiques prises par les pays pour intégrer les questions de population dans le développement, présentées au Tableau 2.1, indiquent que 91 % des pays ayant répondu à la question avaient intégré la population dans la formulation de plans et/ou stratégies de développement. Parmi les autres mesures prises, on peut noter : l'intégration des facteurs démographiques dans la formulation et/ou la modification des politiques (61 %), l'utilisation spécifique des données démographiques dans la planification (25 %), l'intégration des facteurs démographiques dans les lois et mesures législatives (15 %), et l'intégration des questions de population dans les efforts de plaidoyer et les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) (10 %). Un nombre moins important de pays a déclaré avoir intégré les questions de population dans des programmes spéciaux comme ceux axés sur le genre, le VIH/sida, les enfants, les adolescents et les jeunes. Cependant, la plupart de ces pays n'ont pas fourni de détails sur les mesures prises.

Les différences régionales dans l'utilisation proportionnée de ces mesures montrent que c'est dans les Etats arabes que

Tableau 2.1 Mesures prises par les pays pour intégrer la question de la population dans le développement

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Formulation de plans et/ou stratégies	133	91
Adoption et/ou modification de politiques	89	61
Utilisation de données démographiques dans la planification	36	25
Lois/mesures législatives	22	15
IEC/plaidoyer	14	10
Total	146	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

le taux d'intégration des questions de population dans les plans et/ou stratégies est le plus élevé (100 %). C'est en Afrique subsaharienne que le pourcentage de pays utilisant l'adoption ou la modification de politiques comme point de départ pour intégrer les questions de population est le plus élevé (71 %). La stratégie d'utilisation des données dans le processus de planification est très courante dans la sous-région des Caraïbes où elle a été adoptée par 54 % des pays.

2.3 POPULATION ET PLANIFICATION DANS LE CONTEXTE DE LA DECENTRALISATION

De nombreux pays en développement ont adopté le concept de la décentralisation dans lequel le pouvoir est transmis au niveau infranational et/ou local. Parallèlement à ce processus, des efforts ont également été déployés dans de nombreux pays pour décentraliser la planification du développement, l'élaboration de programmes et la fourniture de services aux niveaux infranational et autres, en vue de favoriser l'engagement des bénéficiaires locaux et de mieux refléter les besoins des populations locales. Pour faciliter la création d'un environnement favorable au développement local, notamment la fourniture de services, le PA-CIPD a recommandé que les gouvernements examinent la possibilité de décentraliser leurs systèmes administratifs. Parmi les mesures recommandées figurent le transfert de la responsabilité de perception des impôts et des dépenses aux autorités régionales, de district et locales. A la question de savoir si les facteurs démographiques ont été pris en considération dans la planification locale dans le cadre de la décentralisation de l'administration locale et, le cas échéant, comment cela a été fait, 145 (90 %) sur 151 pays ont répondu à la question et 119 (79 %) ont déclaré avoir entrepris des actions à cet égard.

Ceci constitue un progrès notable depuis 1994, où la décentralisation était un processus relativement nouveau et encore en évolution.

Le Tableau 2.2 présente les données sur différentes mesures prises par les pays pour tenir compte des facteurs démographiques dans le cadre de la décentralisation. Soixante-deux pays (52 %) ont créé chacun une structure de gouvernance locale, alors que 60 pays (50 %) ont intégré les facteurs démographiques dans leurs plans sociaux locaux ; 47 pays (39 %) les ont intégrés dans leurs plans économiques locaux et 11 pays (9 %) les ont intégrés dans leurs plans environnementaux locaux. Ces mesures ont été appuyées par un certain nombre d'activités, notamment la sensibilisation des parlementaires et des dirigeants locaux sur les liens entre population et développement, la formation d'agents de planification de district sur l'intégration des questions de population dans le développement, et la promotion et l'appui d'organismes administratifs et de planification en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation de données démographiques et socioéconomiques dans la planification du développement.

Les variations régionales dans le pourcentage de pays ayant adopté ces mesures indiquent que l'intégration des facteurs démographiques dans les plans sociaux locaux était générale dans les républiques d'Asie centrale. La création de structures administratives locales a été l'une des mesures les plus adoptées par la majorité des pays en Afrique subsaharienne, dans les Etats arabes, et dans les Caraïbes et le Pacifique où 50 % des pays ont déclaré avoir créé de telles structures. Environ la moitié des pays des régions de l'Asie, des républiques d'Asie centrale et de l'Amérique latine ont déclaré avoir adopté la stratégie d'intégration des facteurs démographiques dans leurs plans économiques locaux.

Tableau 2.2 Mesures prises par les pays pour traiter de l'intégration des questions de population dans le cadre de la décentralisation

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Création de structures locales	62	52
Intégration dans les plans sociaux locaux	60	50
Intégration dans les plans économiques locaux	47	39
Intégration dans les plans environnementaux locaux	11	9
Total	119	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

Manifestement, des progrès ont été réalisés dans le domaine de l'intégration des facteurs démographiques dans les plans de développement locaux et les structures locales dans le contexte de la décentralisation. Maintenant que la base a été établie, il est essentiel que les capacités institutionnelles et en ressources humaines de ces structures soient renforcées. Par ailleurs, les pays qui n'ont pas encore entrepris l'intégration des questions de population dans le cadre de la décentralisation devraient être encouragés à le faire. C'est seulement alors que les communautés locales et les Etats pourront assurer un plus grand contrôle et assumer davantage de responsabilités concernant leurs programmes et priorités de développement socioéconomique.

2.4 LES QUESTIONS DE POPULATION DANS LES STRATEGIES NATIONALES DE REDUCTION DE LA PAUVRETE

Le PA-CIPD note que la pauvreté généralisée demeure le principal obstacle aux initiatives de développement. La pauvreté est liée au chômage, à la malnutrition, à l'analphabétisme, au statut inférieur de la femme, à l'exposition à des risques écologiques, et à l'accès limité aux services sociaux et de santé, notamment à la santé de la reproduction et à la planification familiale. La pauvreté contribue également à des taux élevés de fécondité, de morbidité et de mortalité, à des taux inférieurs de productivité économique, à une répartition géographique inappropriée de la population, à une utilisation non durable et une répartition inégale des ressources naturelles telles que la terre et l'eau, et à une grave dégradation de l'environnement. En conséquence, la communauté internationale et les gouvernements se sont engagés dans le PA-CIPD à « améliorer la qualité de la vie de tous au moyen de politiques et de programmes appropriées en matière de population et de développement, visant à éliminer la pauvreté [et] à obtenir une croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable ».²

L'élimination de la pauvreté persistante au milieu de l'abondance constitue un défi mondial. La pauvreté, en termes de revenu comme de privation sociale, continue de régner dans tous les pays en développement. Selon la Banque mondiale, à peu près la moitié de la population mondiale vit avec moins de 2 dollars par jour, et 1,2 milliard environ de personnes – un cinquième de la population mondiale – vit avec moins de 1 dollar par jour.³ Au cours des dernières décennies, les tendances de la pauvreté ont varié dans les régions du monde. En Asie de l'Est, le nombre de personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour a été réduit d'un tiers, mais en Amérique latine, en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, le nombre de pauvres a augmenté. Dans les pays de la Communauté des Etats indépendants (CEI) et les

républiques d'Asie centrale, le nombre de personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour a augmenté de plus de vingt fois. S'agissant des mesures de la pauvreté autres que le revenu, il existe une diversité croissante très semblable à la diversité démographique notée plus haut.

Le PA-CIPD souligne la nécessité d'accorder la priorité à l'éradication de la pauvreté et les *Principales mesures* demandent aux gouvernements : 1) de veiller à ce que les programmes d'éradication de la pauvreté ciblent particulièrement les femmes, surtout les femmes chefs de famille ; 2) de développer de nouveaux moyens de fournir une assistance plus efficace en vue de renforcer les familles qui vivent dans l'extrême pauvreté, notamment par des initiatives de microcrédit pour les personnes et familles pauvres ; et 3) d'entreprendre des politiques et programmes visant à garantir un niveau de consommation qui réponde aux besoins fondamentaux des pauvres et des personnes défavorisées. Concernant les liens qui existent entre les facteurs démographiques et les facteurs de pauvreté, l'Enquête a obtenu des informations sur les actions entreprises par les pays pour prendre en compte ces liens dans la formulation de stratégies de réduction de la pauvreté.

Sur 151 pays, 136 ont indiqué avoir pris en considération les relations entre population et pauvreté à un certain degré, mais seuls 71 pays (52 %) ont adopté plusieurs mesures pour tenir compte de ces relations. C'est toutefois là un changement notable par rapport à 1994 où seuls 13 % des pays en développement avaient entrepris des actions sur cette question.

Il convient de noter que des progrès significatifs en matière de gestion des relations entre population et pauvreté ont été réalisés grâce à diverses mesures, dont le dialogue de politique. Les stratégies spécifiques adoptées par les pays dans la prise en compte des relations présentées au Tableau 2.3 sont diverses et comprennent : l'adoption de larges mesures relatives aux questions de population et développement dans 115 pays (85 %), la formulation de stratégies spéciales pour les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées et autres groupes vulnérables dans 41 pays (30 %), et l'adoption de mesures et stratégies pour la génération de revenus et l'autonomisation des femmes dans 26 pays (19 %). Dans 14 % des pays, des stratégies ont été formulées pour réduire le taux de fécondité. Le même pourcentage de pays a adopté des stratégies visant à réduire le taux d'accroissement de la population. Alors que la plupart des pays n'ont pas fourni de détails sur les types de mesures ou d'activités prioritaires en voie d'exécution, bon nombre d'entre eux ciblent les groupes vulnérables.

Les variations régionales constatées dans les mesures spécifiques prises pour tenir compte des liens entre popula-

tion et pauvreté montrent que tous les pays des Caraïbes, toutes les républiques d'Asie centrale ainsi que 94 % des pays de l'Amérique latine ont adopté des plans et stratégies en matière de population et de développement en tant que points d'entrée pour ce faire. Par ailleurs, plus de 40 % des pays d'Asie, des républiques d'Asie centrale, de l'Amérique latine et des Caraïbes ont déclaré avoir adopté des stratégies sur les migrants, les personnes déplacées et d'autres groupes vulnérables pour tenir compte des liens entre population et pauvreté. Enfin, les Etats Arabes ont le pourcentage le plus élevé (31 %) parmi les pays pour l'adoption de stratégies d'autonomisation des femmes (et en même temps de prise en compte des relations entre population et pauvreté).

L'encadré 2.1 contient certains exemples d'approches novatrices adoptées par les pays pour la prise des questions de population dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

Bien que le pourcentage total de pays ayant déclaré avoir entrepris des actions pour aborder la question des liens entre population et pauvreté soit plutôt élevé, les chiffres doivent être interprétés avec prudence. Les nombreux pays ayant répondu positivement à la question peuvent l'avoir fait parce qu'ils ont adopté soit un programme ou une politique de population, soit un programme ou une stratégie de réduction de la pauvreté. La plupart des pays en développement ont entrepris des actions sur l'un de ces fronts au cours de la dernière décennie, d'où des pourcentages qui seraient relativement élevés. Cela ne signifie pas nécessairement que les liens entre population et pauvreté ont été pris en compte dans le dialogue de politique ou l'élaboration de programmes.

Tableau 2.3 Mesures prises par les pays pour intégrer les questions de population dans les stratégies de réduction de la pauvreté

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Formulation de plans et/ou stratégies	115	85
Stratégies relatives à la migration et aux groupes vulnérables	41	30
Stratégies relatives à l'autonomisation des femmes	26	19
Stratégies visant à réduire les taux de fécondité	19	14
Stratégies visant à réduire les taux de croissance	19	14
Total	136	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

ENCADRE 2.1 LIENS ENTRE POPULATION ET PAUVRETE

Les Objectifs du Millénaire pour le développement reconnaissent que la pauvreté n'est pas seulement une question de revenu, mais qu'elle implique des facteurs comme l'opportunité, les choix et la dignité humaine. Le fait d'échapper à la pauvreté n'est pas une réalisation purement individuelle. Cela dépend du soutien des institutions – la famille, l'Etat, la société civile, le secteur privé et la communauté locale, mais aussi de l'environnement politique, économique et social créé par ces institutions et de l'appui et des opportunités qu'elles offrent. Le Sommet mondial sur le développement durable (SMDD) a souligné que les facteurs écologiques sont également liés à la pauvreté. En effet, à plusieurs égards, les OMD et le SMDD ont renforcé les mesures souhaitées concernant la pauvreté et proposées par la communauté internationale dans le PA-CIPD et réaffirmées plus tard dans les *Principales mesures*. Les exemples suivants concernent certains efforts efficaces déployés par les pays par rapport à la prise en compte des questions de population et pauvreté.

En **Tanzanie**, le gouvernement met actuellement en œuvre un certain nombre d'initiatives visant à réduire de 50 % le nombre de personnes vivant dans la pauvreté d'ici l'an 2010, à éliminer la pauvreté d'ici 2025, et à trouver une solution aux questions de population et de santé de la reproduction ainsi qu'à l'impact négatif de la pauvreté sur l'éducation, l'eau, l'hygiène, l'agriculture, l'environnement et les populations vulnérables.

A **Cuba**, l'accès aux services de base, notamment ceux axés sur l'éducation, le logement et la santé de la reproduction, est considéré comme un droit humain fondamental. En offrant de tels services aux populations, sans distinction de sexe, d'âge ou de statut socioéconomique, Cuba a amélioré la qualité de vie de sa population. Ainsi, par exemple, le niveau d'espérance de vie des femmes et des hommes est élevé et le taux de mortalité maternelle bas.

En **Jamaïque**, le gouvernement s'est fixé comme priorités : 1) l'élimination des conditions liées à la pauvreté (physiques, sociales et économiques) dans les communautés les plus démunies ; 2) le ciblage des groupes spécifiques, tels que les jeunes au chômage, les familles à faible revenu avec des enfants et les personnes âgées pauvres ; et 3) la création de programmes de transfert de revenus/filet de sécurité, orientés selon une approche non providentielle mais davantage axée sur le développement.

En **Arménie**, le gouvernement a pris en compte les questions de population et de pauvreté en axant son Document stratégique de réduction de la pauvreté sur l'amélioration de la santé de la reproduction, la réglementation du processus migratoire, l'offre d'un appui social aux jeunes couples, l'amélioration de la santé générale, et la mise à disposition d'une assistance sociale pour les groupes vulnérables, notamment pour les personnes déplacées et les réfugiés.

Au **Bangladesh**, la stratégie nationale de réduction de la pauvreté prévoit que d'ici l'an 2015, le pays réalisera les objectifs suivants : 1) la réduction du taux de pauvreté grâce à l'éradication de la faim, de l'insécurité alimentaire chronique et du dénuement absolu ; 2) la réduction de 50 % du nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté ; 3) l'éducation primaire pour toutes les filles et tous les garçons en âge d'aller à l'école primaire ; 4) l'élimination de la disparité entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire ; 5) la réduction de 65 % de la mortalité infantile et des enfants de moins de 5 ans et l'élimination de la disparité entre les sexes dans la mortalité juvénile ; 6) la réduction de 50 % du pourcentage d'enfants malnutris de moins de cinq ans ; 7) la réduction de 75 % de la mortalité maternelle ; 8) la garantie de l'accès de tous aux services de santé de la reproduction ; 9) la réduction/élimination de la violence sociale à l'égard des personnes pauvres et des groupes défavorisés, en particulier la violence faite aux femmes et aux enfants ; et 10) la garantie d'une gestion globale des risques de catastrophe, la durabilité de l'environnement et l'intégration de ces questions dans le processus de développement national.

Une analyse détaillée des pays ayant adopté des mesures relatives aux liens entre population et pauvreté montre que « le niveau d'intervention à mesures multiples » (pourcentage de pays ayant adopté deux mesures ou plus) était étroitement corrélé avec le niveau de pauvreté. Par exemple, parmi les pays pour lesquels on dispose de données sur le niveau de pauvreté et les mesures multiples, le niveau d'intervention était de 54 % parmi les pays où le taux de pauvreté est de moins de 20 %, de 59 % parmi les pays à taux de pauvreté compris entre 20 % et 40 %, et de 67 % parmi les pays à taux de pauvreté élevé (plus de 40 %). Il n'y a pas de différence significative entre les niveaux d'intervention suivant les groupes dont les taux annuels de croissance démographique étaient différents. Toutefois, l'examen conjoint du taux de pauvreté et du taux annuel de croissance démographique des pays à taux de pauvreté élevé (40 %) et à taux de crois-

sance démographique faible (1,47 %) fait apparaître un niveau d'intervention plus élevé (65 %) par comparaison aux pays à faible taux de pauvreté (40 %) et à faible taux de croissance démographique (<1,47 %). Ces chiffres indiquent qu'une plus grande priorité est accordée à l'action nationale dans les pays confrontés au double défi de la croissance démographique et de la pauvreté.

De nombreux pays ont déclaré avoir pris des mesures pour prendre en compte les liens entre la population et la pauvreté dans les stratégies de développement. La réponse du Nigéria qui mentionne son document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) est révélatrice et peut être indicative de la situation d'autres pays également. D'après la réponse, « les facteurs démographiques et développement ont été reconnus dans l'élaboration du DSRP et le Programme national d'éradication de la pauvreté (NAPEP),

mais ne sont toutefois pas suffisamment intégrés dans les stratégies ». En effet, une analyse approfondie de nombreux DSRP entreprise par l'UNFPA a montré que, si le nombre de pays qui tiennent compte de la population, du genre et de la santé de la reproduction dans les stratégies de pauvreté s'accroît progressivement, le pourcentage de pays ayant entrepris des actions satisfaisantes est inférieur à 50 %.⁴ Peut-être ne comprend-on pas très bien l'évaluation des liens, leur intégration dans les stratégies de pauvreté, et la promotion efficace du dialogue de politique sur la question. La chose ne fait que renforcer l'importance de la disponibilité de méthodologies appropriées, de spécialistes qualifiés et la nécessité d'une planification commune.

2.5 INTERACTIONS ENTRE LA POPULATION ET L'ENVIRONNEMENT

Les conclusions du Sommet mondial sur le développement durable (SMDD) ont souligné derechef la nécessité d'examiner les liens entre la population, l'environnement et le développement durable qui ont également été mis en exergue dans le PA-CIPD. Conformément au programme Action 21 et à la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, le PA-CIPD a défini un certain nombre d'objectifs pour permettre aux gouvernements de prendre en compte les interactions entre la population et l'environnement. Ces objectifs visent à garantir l'intégration des facteurs liés à la population, à l'environnement et à l'éradication de la pauvreté dans les politiques, plans et programmes de développement durable. Ils visent également à la réduction des modes de consommation et des formes de production non viables, afin de diminuer les impacts négatifs des facteurs démographiques sur l'environnement pour satisfaire les besoins des générations actuelles sans pour autant compromettre la capacité des générations futures à satisfaire leurs propres besoins. Le PA-CIPD a souligné la nécessité de « tenir compte des facteurs démographiques dans les études d'impact sur l'environnement et les processus de planification et de prise de décision en vue de la réalisation du développement durable ».⁵ La nécessité d'adopter de telles mesures a été réaffirmée dans les *Principales mesures*.

L'Enquête a donc recueilli des informations pour déterminer si les relations entre la population et l'environnement avaient été prises en compte par les pays dans les plans nationaux et/ou sectoriels de développement. Au niveau mondial, 145 pays sur 151 (96 %) ont répondu à cette question et 133 (88 %) ont donné une réponse affirmative. Parmi ces pays, 66 (50 %) avaient adopté plusieurs mesures à cette fin. Ceci est un développement majeur, compte tenu du fait qu'en 1994, la plupart des pays n'avaient pas signalé avoir pris explicitement en considération les questions

Tableau 2.4 Mesures prises par les pays pour tenir compte des liens entre la population et l'environnement

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Formulation de plans et/ou stratégies	122	92
Politique de population et d'environnement	40	30
Lois/législations sur la population et l'environnement	22	17
Total	133	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

écologiques dans la formulation de leurs programmes de population. De même, ils n'avaient pas tenu compte des facteurs démographiques dans l'élaboration des programmes de protection de l'environnement.

Une analyse des réponses fournies par 133 pays sur les types de mesures prises pour traiter des relatives à la population et à l'environnement est présentée au Tableau 2.4. Les pays ont déclaré essentiellement avoir adopté une ou plusieurs des mesures suivantes : la formulation de plans et/ou stratégies pour tenir compte des liens entre la population et l'environnement (122 pays, soit 92 %), suivie de la formulation de politiques sur la population et l'environnement (40 pays, soit 30 %) et l'adoption de lois et mesures législatives sur la population et l'environnement (22 pays, soit 17 %). Bien que seuls quelques pays aient donné des réponses détaillées, l'on peut noter que leurs plans, programmes et stratégies se sont concentrés sur la dyade population-environnement. Dans leurs actions, les pays ont reconnu les liens entre les taux élevés de croissance démographique et la déforestation, la désertification, la santé et la préservation de l'environnement, ainsi que la relation entre la population, les ressources disponibles et les menaces éventuelles au développement durable. Les pays ont également fait état de l'adoption de politiques intégrant les questions liées à la population, au genre et à l'environnement dans les lois et les mesures législatives couvrant la gestion et la protection de l'environnement (notamment la protection des forêts, des terres et de l'eau).

Les variations régionales des pourcentages des pays ayant fait état de l'adoption de ces trois mesures spécifiques indiquent que des plans et/ou stratégies ont été utilisés comme cadre d'intégration des liens entre la population et l'environnement dans tous les pays (100 %) du Pacifique et de la sous-région des Caraïbes. En revanche, seuls 40 % des

ENCADRE 2.2 LIENS ENTRE POPULATION ET ENVIRONNEMENT

Depuis l'adoption du PA-CIPD, des *Principales mesures* et des Objectifs du Millénaire pour le développement et, à la lumière des recommandations du SMDD de Johannesburg, de nombreux pays ont souligné les relations étroites qui existent entre les questions de population, le développement durable et la protection de l'environnement. Certains pays ont explicitement pris en compte les interactions entre la population et l'environnement dans leurs initiatives de développement nationales et sectorielles, par exemple :

En **Azerbaïdjan**, le Programme d'Etat sur la réduction de la pauvreté et le développement économique tient compte des relations entre la population et l'environnement, attire l'attention sur l'importance de l'éducation du public sur les questions environnementales qui affectent directement les groupes de population, souligne les mesures visant à suivre l'impact écologique aux niveaux local

et communautaire, et met l'accent sur la protection et la préservation de l'environnement, qui est considéré comme une source de croissance économique durable et un effet de cette croissance.

En **Indonésie**, les plans de développement sectoriels visent à habiliter les communautés locales pour leur permettre de gérer les ressources naturelles et l'environnement par le biais d'approches faisant intervenir la religion, les coutumes et la culture. Les plans encouragent également les partenariats avec les institutions sociales impliquées dans la gestion des ressources naturelles et la protection des droits coutumiers autochtones dans la gestion des ressources naturelles et de l'environnement.

Aux **Seychelles**, deux plans généraux de gestion de l'environnement élaborés au cours des 10 dernières années traitent spécifiquement

des questions relatives à l'environnement, à la population et au développement. Le plan de 1990-2000 aborde spécifiquement les questions telles que la pollution, l'énergie et la gestion efficace des ressources forestières et marines et de l'environnement côtier, alors que le plan 2000-2010 est axé sur des questions telles que l'urbanisation, la gestion des ressources en eau, la population et la santé, le genre, l'économie de l'environnement et le financement durable.

En **Turquie**, la politique environnementale du pays vise à assurer le développement économique et social tout en protégeant la santé humaine, l'équilibre écologique et les valeurs culturelles, historiques et esthétiques. Parmi les priorités nationales figurent l'éradication de la pauvreté, la bonne gouvernance et la conservation de la biodiversité, conformément au cadre de développement durable du SMDD.

pays de la région de l'Afrique subsaharienne et des républiques d'Asie centrale ont adopté des politiques sur la population et l'environnement en tenant compte de ces liens et plus d'un tiers des pays d'Asie et d'Amérique latine ont adopté des lois et mesures législatives dans ce sens.

Les réponses ont été analysées de manière approfondie afin de déterminer le rôle éventuellement joué par les facteurs contextuels sociodémographiques dans les actions entreprises par les pays. Les conclusions de cette analyse soulignent les effets du taux de pauvreté et du taux de croissance démographique sur les actions gouvernementales. C'est ainsi que les pays à taux de pauvreté élevé ont adopté généralement au moins deux mesures spécifiques pour tenir compte des liens entre la population et l'environnement. L'effet combiné d'un taux de pauvreté élevé et d'un accroissement rapide de la population est plus important : seuls 33 % des pays ayant des taux de pauvreté peu élevés (< 20 %) et de faibles taux de croissance démographique (< 1,47 %) ont adopté des mesures multiples contre environ 60 % des pays appartenant au groupe à un taux de croissance démographique et taux de pauvreté élevés. Ceci indique que les pays les plus affectés accordent une priorité supérieure aux actions dans ce domaine.

L'encadré 2.2 présente certains exemples nationaux d'approches adoptées dans la prise en compte des liens entre la population et l'environnement.

2.6 MESURES VISANT REpondre AUX BESOINS SPECIFIQUES DES PERSONNES AGEES

L'un des changements démographiques importants qui caractériseront les premières décennies de ce siècle sera l'accélération du vieillissement des populations humaines, vieillissement qui est dû à la baisse des taux de fécondité et de mortalité. Actuellement, 650 millions de personnes environ, soit une personne sur dix dans le monde, sont âgées de 60 ans ou plus. Alors que le pourcentage des personnes âgées dans les pays développés est actuellement de 20 % environ et qu'il se situera à près de 33 % d'ici l'an 2050, dans les pays en développement ce pourcentage est actuellement de 8 % seulement et il n'atteindra qu'environ 20 % d'ici l'an 2050. Cependant, l'augmentation prévue du nombre absolu de personnes âgées dans les pays en développement est ahurissante : selon les projections, ce nombre qui est de quelque 415 millions aujourd'hui atteindra 1,514 milliard d'ici l'an 2050. En revanche, dans les pays développés, le nombre de personnes âgées passera de 240 millions à 394 millions. Etant donné que la prise en compte des aspects sociaux et économiques du vieillissement de la population dans les pays en développement est souvent plus complexe que celle des taux élevés de fécondité ou de croissance démographique, le PA-CIPD et l'Assemblée mondiale sur le vieillissement de 2002 ont souligné à juste titre l'urgence de l'application d'une approche stratégique pour aborder le problème du vieillissement.⁶

Dans le PA-CIPD, les gouvernements ont défini un certain nombre d'objectifs relatifs au bien-être des personnes âgées. Ces objectifs visent à encourager l'autonomie et à améliorer la qualité de vie des personnes âgées, à renforcer l'accès aux services de santé de la reproduction et de sécurité sociale, et à mettre en place un système d'assistance sociale qui facilitera la prise en charge des personnes âgées au sein de la famille. Parmi les actions proposées figurent : 1) la prise en considération du nombre et du pourcentage croissants de personnes âgées dans la planification socio-économique à moyen et long terme ; 2) le renforcement de l'autonomie des personnes âgées en vue de faciliter la poursuite de leur participation aux activités de la société ; et 3) le renforcement des systèmes d'assistance formelle et informelle et des filets de sécurité pour les personnes âgées et l'élimination de toutes les formes de violence et de discrimination à leur égard, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes âgées. Les Principales mesures ont renforcé les recommandations du PA-CIPD et pris note de l'impact du VIH/sida sur les personnes âgées.

L'Enquête a obtenu des informations sur les actions entreprises par les pays pour traiter la question du vieillissement de la population comme une question de politique ou de planification à long terme et un défi immédiat impliquant la satisfaction des besoins spécifiques des personnes âgées. Au total, 140 pays (93 %) sur 151 ont répondu à la question et 133 d'entre eux ont déclaré avoir entrepris certaines actions. Des actions majeures ont été entreprises par 58 pays (39 %), mais plusieurs pays ont également entrepris certaines actions mineures. En 1994, seuls 21 % des pays avaient signalé avoir entrepris des actions. Ceci montre clairement que des progrès importants ont été réalisés durant la période 1994-2004. Alors que seulement 39 % des pays ont déclaré avoir entrepris des actions concernant cette question, les différences régionales sont relativement importantes. Le « niveau d'intervention » est le plus élevé dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (60 %), qui est suivie par l'Asie et le Pacifique, les Etats arabes, les républiques d'Asie centrale et la CEI, l'Europe centrale et de l'Est (environ 50 %) ; c'est en Afrique subsaharienne que l'on trouve le niveau le plus bas (26 %).

Ces différences sont similaires au taux de prévalence du vieillissement de la population par région. Une analyse plus poussée des réponses des pays en développement indique que les pays à taux de vieillissement de population élevé (≥ 7 % moyenne dans tous les pays en développement) sont deux fois plus susceptibles d'adopter des initiatives majeures (58 %) que les pays à faible taux de vieillissement (30 %). Ceci indique que les pays qui font face aux défis les plus grands accordent une priorité supérieure à l'action.

Les données sur le nombre de pays ayant déclaré avoir entrepris diverses mesures pour traiter la question du vieillissement de la population figurent au Tableau 2.5. La formulation de plans et/ou stratégies a été signalée par 93 pays (70 %), alors que 50 pays (38 %) ont déclaré avoir fourni le minimum vital aux personnes âgées. Quarante-quatre pays (33 %) ont soit élaboré, soit appliqué des politiques spécifiques en matière de vieillissement de la population et 25 pays (19 %) ont entrepris une collecte de données axée sur la satisfaction des besoins des personnes âgées. Vingt-deux pays (17 %) ont soutenu l'action de la société civile, alors que 21 pays (16 %) ont adopté des lois/mesures législatives sur les personnes âgées. Le tableau montre clairement que les diverses mesures tiennent compte des implications à court et long terme du vieillissement de la population. Il reflète également des efforts entrepris pour traiter de manière stratégique la question du vieillissement de la population en encourageant un engagement accru des organisations de la société civile et en examinant d'autres approches organisées pour satisfaire les besoins des personnes âgées.

Un examen des différentes initiatives indique que pour ce qui concerne les plans, programmes et stratégies, l'accent a été mis sur les aspects sociaux, économiques et sanitaires du vieillissement, notamment les protections sociales et juridiques, les soins de santé, le bien-être social, et l'accès à l'emploi et aux services sociaux. S'agissant du minimum vital, les gouvernements ont examiné les moyens de fournir aux personnes âgées le logement, l'accès aux structures et services de santé, et des régimes de retraite, compte non tenu de l'emploi occupé avant. Les gouvernements ont

Tableau 2.5 Mesures prises par les pays pour traiter de la question du vieillissement de la population

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Formulation de plans et/ou stratégies sur le vieillissement	93	70
Mise à disposition du minimum vital	50	38
Politiques sur le vieillissement adoptées/ou en phase d'application	44	33
Collecte de données axées sur les personnes âgées	25	19
Action de la société civile	22	17
Adoption de lois/mesures législatives sur les personnes âgées	21	16
Total	133	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

ENCADRE 2.3 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LES PERSONNES AGEES

L'Assemblée mondiale de 1982 sur le vieillissement de la population, le PA-CIPD et la Deuxième Assemblée mondiale de 1992 sur le vieillissement de la population ont tous souligné l'importance du vieillissement de la population et la nécessité de prendre en considération les besoins des personnes âgées. Les pays en développement où le vieillissement est une question émergente ont adopté ou ont commencé à adopter un certain nombre de mesures pour traiter le problème du vieillissement et des besoins des personnes âgées. On peut citer les exemples suivants au nombre des meilleures pratiques:

Aux **Seychelles**, le gouvernement a adopté, en 1979, une politique visant à répondre aux besoins des personnes âgées grâce à un régime de retraite universel à partir de l'âge de 63 ans. Un programme de service de soins à domicile a été lancé en 1997 pour les personnes âgées auxquelles la famille ne peut pas apporter d'assistance pour des raisons économiques. Le gouvernement offre également des services d'aide à domicile par le biais du Ministère des affaires sociales et de l'emploi, ainsi que des logements aux personnes âgées sans soutien familial immédiat. Enfin, le gouvernement est en train de mettre sur pied un Conseil pour les personnes âgées chargé de

fournir des informations sur le vieillissement et de fournir des appuis aux personnes âgées.

En **Inde**, une Politique nationale globale sur les personnes âgées (NPOP) a été formulée en 1999. Il en est résulté un certain nombre d'actions, à savoir : 1) le Ministère de la justice sociale et de la responsabilisation a créé un organisme chargé de fournir une assistance juridique, médicale et sociale aux personnes âgées à travers le pays ; 2) plus de 8 000 ONG et 516 percepteurs et organisations de district ont été choisis pour créer des groupes d'action volontaire au niveau local afin d'apporter assistance aux personnes âgées ; 3) le gouvernement a apporté son appui financier et matériel aux ONG dans la création et le fonctionnement d'hospices ; 4) le projet national dit « OASIS » (Sécurité sociale et du revenu des personnes âgées) a été créé pour permettre aux jeunes travailleurs de faire des économies durant leur vie active ; et 5) le Ministère du développement rural a commencé à verser une pension aux personnes âgées démunies dans le cadre du Programme national d'assistance sociale.

Au **Népal**, un régime national mensuel de retraite a été introduit pour les veuves de plus de 60 ans et pour toutes les personnes ayant

atteint l'âge de 75 ans. Depuis lors, une politique de collaboration entre le gouvernement et les ONG a été adoptée en vue d'améliorer la situation socioéconomique des personnes âgées et d'éliminer la violence et la discrimination à leur égard, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes âgées.

En **Bolivie**, un ensemble de lois assure aux personnes âgées de 65 ans et plus l'accès gratuit aux soins de santé, aux services sociaux et l'assurance médicale ainsi qu'un revenu annuel fixe.

Au **Kazakhstan**, les diverses mesures adoptées comprennent : l'enregistrement de 1,6 million de retraités au niveau des institutions d'action sociale. Les pensions et autres mesures de bien-être social destinées aux personnes âgées sont régies par de multiples lois et règlements en République du Kazakhstan : sur les Versements de pension, sur les Primes sociales de l'Etat aux personnes handicapées, sur les Primes de compensation pour perte de soutien de famille, sur les Avantages et sécurité sociale des anciens combattants et invalides de la grande guerre patriotique, et sur l'Aide publique spéciale.

également mis l'accent sur les mécanismes institutionnels et les efforts de collecte de données, et ont travaillé en partenariat avec les ONG et les organisations internationales pour fournir aux personnes âgées les facilités et services tels que le logement et les visites à domicile. Les données ont été collectées et la recherche sur les personnes âgées entreprise. Les gouvernements ont également soutenu le rôle des ONG dans la promotion et le plaidoyer en faveur de la satisfaction des besoins spécifiques des personnes âgées. En fait, dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, des partenariats bénéfiques entre les gouvernements et les ONG ont été souvent cités.

Les variations régionales dans le pourcentage des pays ayant adopté ces mesures indiquent que 60 % environ des pays de l'Asie, des Caraïbes et des Etats arabes ont déclaré avoir adopté des plans et/ou stratégies. En outre, avec un taux de 80 %, les Etats arabes ont le pourcentage le plus élevé de fourniture du minimum vital pour répondre aux besoins des personnes âgées, suivis de la sous-région des

Caraïbes avec 62 %. L'Asie comme la sous-région des Caraïbes sont examinent les approches les plus appropriées pour tenir compte des préoccupations des personnes âgées. Enfin, près de 30 % des pays de la région arabe et de l'Asie soutiennent des actions relatives au vieillissement de la population au niveau de la société civile.

L'encadré 2.3 présente des exemples choisis d'expériences nationales concernant la prise en compte du vieillissement de la population et des besoins spécifiques des personnes âgées.

2.7 MESURES VISANT A INFLUER SUR LES MIGRATIONS INTERNES

Du point de vue de la planification et du développement, la répartition géographique de la population est importante. Les facteurs comme la résidence rurale-urbaine et la concentration de la population dans des circonscriptions administratives (état, district, régions, etc.) sont examinés par les pays qui cherchent à réaliser une répartition plus

équilibrée de la population. Les gouvernements peuvent adopter des stratégies spécifiques pour traiter des questions telles que la migration des zones rurales vers les zones urbaines, la concentration métropolitaine, la création de petites villes et/ou de villes moyennes, les plans de colonisation ou de repeuplement des terres agricoles et rurales, et le développement rural. Les mouvements de population imprévus ou anarchiques, combinés à d'autres forces socioéconomiques peuvent avoir parfois des conséquences peu souhaitables, phénomène familier dans de nombreux pays en développement. La question de la migration interne, de ses facteurs déterminants et de ses conséquences varie d'une région à une autre. Le PA-CIPD a mis l'accent sur la migration interne en vue de réaliser un certain nombre d'objectifs parmi lesquels : une répartition géographique plus équilibrée de la population, la réduction du rôle des divers facteurs d'incitation liés aux mouvements migratoires, la mise en place d'une protection et d'une assistance adéquates pour les personnes déplacées, en particulier les femmes, les enfants et les personnes âgées, et l'arrêt de toutes les formes de migration forcée.

Parmi les actions proposées par le Programme d'action figurent : 1) la formulation de politiques de répartition de la population ; 2) l'adoption de stratégies de développement régional durable et de stratégies pour la promotion du regroupement urbain, la croissance des centres urbains de petite et moyenne importance et le développement durable dans les zones rurales ; 3) le renforcement de l'information et de la formation sur la conservation et la promotion de la création d'opportunités d'emplois ruraux hors ferme durables. Les *Principales mesures* ont confirmé ces propositions et souligné la nécessité d'entreprendre des recherches pour mieux appréhender les tendances et les caractéristiques des migrations internes et de la répartition géographique, afin de formuler des politiques de répartition de la population efficaces.

L'enquête était centrée sur les politiques et programmes relatifs à la migration interne dans la perspective d'assurer un meilleur équilibre de la distribution spatiale de la population et visait à apprécier les progrès accomplis à cet égard. Un total de 147 pays (97 %) sur 151 ont répondu à la question, et 64 %, soit 97 pays, ont déclaré avoir agi dans ce sens. Ceci représente un progrès notable, étant donné que seuls 41 % des pays en développement avaient pris des mesures à cette fin en 1994.

Comme l'indique le Tableau 2.6, sur les 97 pays ayant déclaré avoir entrepris des actions, 50 (52 %) ont adopté des plans sur la migration, 49 (51 %) ont élaboré des plans pour répartir les activités socioéconomiques et politiques en vue d'influer sur la répartition géographique de la population,

Tableau 2.6 Mesures prises par les pays pour influencer sur les migrations internes

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Plans sur la migration	50	52
Plans de répartition des activités économiques et autres	49	51
Programmes d'assistance/services aux personnes déplacées	15	15
Création d'institutions sur la migration	10	10
Total	97	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

15 (15 %) ont lancé des programmes visant à fournir une assistance/des services aux personnes déplacées, et 10 (10 %) ont créé des institutions spéciales sur la migration. Les gouvernements ont élaboré des plans visant à promouvoir les projets de réhabilitation et à répartir la population en créant de nouveaux centres de croissance économique et en décentralisant la planification sociale et économique ainsi que le processus politique de prise de décision. Ils ont également formulé des programmes et stratégies pour la réhabilitation et la réinsertion des personnes déplacées, selon qu'il est approprié. Au total, 39 pays ont adopté plusieurs mesures sur la migration interne.

Les variations régionales dans les pourcentages de pays ayant signalé l'adoption de ces mesures spécifiques indiquent que la formulation de plans de migration spécifiques est la plus courante en Afrique subsaharienne, avec un pourcentage de 69 %. Le recours à des mesures économiques et/ou politiques visant à influencer sur la migration interne est le plus courant dans la sous-région des Caraïbes, avec 88 %, suivie par l'Asie et les États arabes avec 70 %. Enfin, 50 % des pays des Caraïbes ont déclaré avoir mis en œuvre des programmes d'assistance ou de service destinés aux personnes déplacées.

Les données ont été analysées pour savoir si les pays à taux élevés d'urbanisation étaient plus susceptibles d'avoir adopté des mesures multiples pour traiter la question de la migration interne. L'analyse fait apparaître des relations plutôt ténues. Alors qu'un pourcentage légèrement supérieur de pays à fort taux de population urbaine ont entrepris des actions (26,2 %), le pourcentage correspondant pour les pays à faible taux d'urbanisation est de 25 % environ. Une analyse similaire sur le taux annuel d'accroissement de la population urbaine ne révèle pas non plus de grandes diffé-

rences. Par exemple, alors que 25 % des pays à faible taux de croissance urbaine (<2,8 % en moyenne) ont pris des mesures visant la migration interne, seuls 28 % des pays à croissance urbaine rapide l'ont fait. Ceci tend à indiquer d'importantes divergences dans la dynamique politique en matière de migration interne entre les différents pays du monde.

2.8 MESURES VISANT A INFLUER SUR LES MIGRATIONS INTERNATIONALES

Les migrations internationales peuvent avoir des impacts positifs sur les pays d'envoi et les pays d'accueil. Dans de nombreux pays, la migration internationale a contribué à la définition de la structure sociale, à la promotion de l'épanouissement culturel et à l'amélioration des perspectives de développement. Selon les Nations Unies, le nombre de personnes vivant hors de leur pays de naissance avait atteint le niveau record de 175 millions en 2000, soit plus du double du chiffre des années 1970.⁷ Soixante pour cent des migrants du monde vivent dans les pays développés et 40 % dans les pays en développement. De 1990 à 2000, le nombre de migrants nés à l'étranger dans le monde a atteint 21 millions (14 %). Il y a eu un accroissement de 28 % du nombre de migrants dans les pays développés et une baisse de 2,6 % dans les pays en développement. Parmi les pays possédant le plus grand nombre de migrants internationaux figurent les pays en développement suivants : la Côte d'Ivoire, l'Inde, la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Kazakhstan et le Pakistan.

Le PA-CIPD a proposé des actions sur la migration internationale en vue de la réalisation de divers objectifs parmi lesquels : le traitement des causes profondes de la migration, en particulier celles relatives à la pauvreté, la promotion d'une coopération et d'un dialogue plus poussés entre les pays d'origine et les pays de destination, afin de maximiser les avantages de la migration et faciliter le processus de réinsertion des migrants de retour. Les recommandations ont pour objet d'inciter à la recherche de moyens d'instaurer un développement économique et social durable, de garantir un meilleur équilibre économique entre les pays développés et les pays en développement, et de désamorcer les conflits internationaux et internes. D'autres recommandations concernent l'examen de l'utilisation de la migration temporaire (par exemple la migration à court terme et en rapport avec un projet) comme moyen d'améliorer les compétences des nationaux des pays d'origine, l'appui de la collecte de données sur les mouvements migratoires internationaux et les facteurs ayant causé la migration, et le renforcement de la protection et de l'assistance internationales aux réfugiés et personnes déplacées, ainsi que la promotion de la recherche de solutions durables au problème.

D'après les conclusions de l'Enquête, 110 pays (73 %) avaient entrepris des actions, ce qui représente des progrès considérables dans la recherche de solutions au problème de la migration internationale, étant donné que seuls 18 % des pays avaient déclaré en avoir fait autant en 1994.

Les données sur les mesures spécifiques prises pour traiter de la question de la migration internationale figurent au Tableau 2.7. Elles indiquent qu'il a été recouru à une large gamme de mesures allant de l'adoption de politiques, et de la formulation de plans, stratégies ou programmes à la promulgation de lois et mesures législatives, à des efforts visant à renforcer les convention et à la création de divers mécanismes de coordination, aux niveaux intergouvernemental et intra-gouvernemental.

D'après les conclusions, la mesure la plus communément adoptée est la formulation de plans, programmes et stratégies sur les migrants internationaux et/ou réfugiés (dans 50 pays, soit 45 %), suivie de la promulgation de lois/mesures législatives sur les migrants internationaux et les travailleurs migrants (dans 41 pays, soit 37 %), de l'adoption de poli-

Tableau 2.7 Mesures prises par les pays pour influencer sur les migrations internationales

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
A. MESURES POLITIQUES OU DE PROGRAMMATIQUES		
Plans/programmes/stratégies sur les réfugiés et migrants internationaux	50	45
Lois/législations sur les migrants internationaux et les travailleurs migrants	41	37
Adoption de politique sur la migration internationale	36	33
Application des conventions sur les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants clandestins	12	11
Loi/mesures législatives sur le trafic des êtres humains	11	10
B. MECANISMES DE COORDINATION		
Politiques intergouvernementales sur la migration	36	33
Coopération interinstitutionnelle sur la migration (gouvernements, ONG, donateurs)	13	12
Mécanismes intergouvernementaux	13	12
Total	110	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieures à 100.

tiques migratoires (dans 36 pays, soit 33 %), d'efforts visant à appliquer les conventions internationales sur les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants clandestins (dans 12 pays, soit 11 %), et de la promulgation de lois/mesures législatives sur le trafic des êtres humains, en particulier des femmes et des enfants (dans 11 pays, soit 10 %).

Les pays accordent également une attention particulière à l'aspect important de la coordination dans la gestion de la question complexe de la migration internationale. Ils sont de plus en plus nombreux à avoir créé divers types de mécanismes de coordination, notamment la coordination entre organismes gouvernementaux, entre gouvernements, et entre les gouvernements, les ONG et les bailleurs de fonds internationaux. Comme le montre clairement le Tableau 2.7, 36 pays (33 %) abordent la question par des politiques intergouvernementales sur la migration, alors que 13 pays (12 %) ont participé à des réseaux intergouvernementaux et à la coopération interinstitutionnelle sur la migration.

Les variations régionales concernant le pourcentage de pays ayant déclaré avoir pris des mesures spécifiques pour aborder la question de la migration internationale montrent que l'adoption de plans, programmes et stratégies sur la migration et les réfugiés est la plus courante dans les Etats arabes (62 %) et dans les républiques d'Asie centrale (60 %). L'adoption de lois et mesures législatives sur les immigrants et les travailleurs migrants est la mesure adoptée par le plus grand nombre de pays, avec plus de 35 % des pays en Asie, dans les Etats arabes, dans le Pacifique et dans les républiques d'Asie centrale. La formulation de politiques sur l'immigration internationale est la plus courante dans les Caraïbes (64 %). Enfin, le recours aux politiques intergouvernementales est le plus courant dans les républiques d'Asie centrale (60 %) et dans les Caraïbes (55 %). Compte tenu de la nature générale de la question posée dans l'Enquête et de la grande diversité de situations eu égard à la migration internationale, ces différences observées ne sont pas surprenantes.

Certains pays ont aussi fourni des informations sur les principales mesures adoptées. Par exemple, l'accent a été mis sur l'installation des réfugiés dans les pays de l'Afrique subsaharienne comme le Ghana et la Tanzanie, ainsi qu'il est reflété dans les plans, programmes et stratégies, mais aussi dans les politiques de migration internationale. Dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, l'accent a été mis sur l'adoption de mesures incitatives en faveur des

nationaux de retour, alors que les pays de CEI, de l'Europe centrale et de l'Est, les Etats arabes et les républiques d'Asie centrale ont insisté sur la protection des marchés du travail. La lutte contre le trafic des êtres humains et l'abus des drogues a été la principale action menée en Europe centrale et de l'Est, dans les Etats arabes et dans les républiques d'Asie centrale. Dans la plupart des sous-régions, une attention particulière a été accordée à l'adoption de mesures intergouvernementales pour la protection des travailleurs/migrants employés dans les pays d'envoi comme dans les pays d'accueil.

L'encadré 2.4 donne certains exemples illustratifs de mesures sur la migration internationale adoptées par quelques pays.

2.9 RENFORCEMENT DES CAPACITES EN MATIERE DE COLLECTE DE DONNEES, DE RECHERCHE, DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le PA-CIPD souligne le fait que des données valides, fiables, opportunes, tenant compte des différences culturelles, ventilées par sexe et comparables au niveau international

devraient constituer la base de toutes les phases des initiatives programmatiques et politiques. Les recommandations émises visent à renforcer les capacités nationales sur la recherche de nouvelles informations et à répondre aux besoins en matière de collecte, d'analyse et de diffusion de données fondamentales. Elles cherchent à garantir un engagement politique en faveur d'une collecte régulière des données, à en faire comprendre la nécessité et à promouvoir l'analyse, la diffusion et la pleine utilisation des données. Des actions spécifiques ont été préconisées en vue de renforcer les capacités nationales pour ce qui concerne les données, d'élaborer des

programmes sur la collecte, l'analyse, la diffusion, l'utilisation et la recherche de données, de créer et de mettre à jour des bases de données (en accordant une attention particulière aux données ventilées par sexe), et d'améliorer les programmes de formation en statistique, démographie, et études de population et de développement. L'Enquête a recueilli des informations auprès des pays sur les mesures prises pour renforcer les capacités dans les domaines de la recherche et des données démographiques, de la mise au point d'indicateurs cohérents de qualité, et de l'adoption de mécanismes de suivi et d'évaluation.

Capacités en matière de données démographiques

En réponse à la question sur les mesures prises en vue de

Les pays accordent également une attention particulière à l'aspect important de la coordination dans la gestion de la question complexe de la migration internationale.

ENCADRE 2.4 LES MIGRATIONS INTERNATIONALES

En tant que phénomène mondial, la migration internationale a continué de figurer au premier plan des programmes nationaux et internationaux de la décennie depuis la CIPD. Des débats et le dialogue politique, sur des questions telles que la sécurité nationale, les droits de l'homme, la protection des travailleurs migrants, l'intégration socioéconomique des migrants, la main-d'œuvre et les envois de fonds des travailleurs, le trafic d'êtres humains, les réfugiés, les personnes déplacées et les demandeurs d'asile, ont amené un certain nombre de pays à réexaminer leurs politiques et à concevoir divers programmes et mesures.

En **Algérie**, le gouvernement a coordonné les efforts institutionnels sur les questions relatives à la migration en créant un secrétariat d'Etat chargé de la gestion des besoins des expatriés et de leur participation au processus de développement. Le gouvernement a également institué une commission permanente pour les émigrés algériens à l'Assemblée nationale et a élaboré des programmes visant

à encourager le retour des migrants et à traiter les causes profondes de l'émigration. Enfin, il a mené des recherches par le biais du Ministère de l'emploi national concernant les raisons qui sous-tendent l'émigration économique et a proposé des stratégies de lutte contre le chômage et l'adoption de mesures économiques encourageant les jeunes Algériens à rester dans le pays.

Au **Bélarus**, le ministère du Travail a eu des entretiens avec les ministères équivalents d'autres pays sur les accords mutuels relatifs à la migration de la main-d'œuvre et à la protection sociale de ses ressortissants : l'accord avec la République tchèque relatif à l'emploi temporaire des ressortissants des deux pays, l'accord avec la Pologne sur l'emploi mutuel, l'accord avec l'Allemagne sur les actions communes visant à prévenir la migration de main-d'œuvre clandestine et l'emploi illégal, et l'accord avec le Tadjikistan sur le travail temporaire et la protection sociale des ressortissants qui travaillent hors de leur pays.

En **Slovaquie**, une loi adoptée au début des années 1990 offre une assistance aux personnes déplacées de la Bosnie-Herzégovine et du Kosovo. Une loi sur l'asile adoptée en 2002 établit de nouvelles règles sur le principe du non rapatriement et réglemente dans les détails les procédures d'octroi du droit d'asile. Elle concerne également la création d'un organe d'examen indépendant qui sera chargé du ré-examen des décisions de rejet des demandes d'asile.

En **Bolivie**, une politique intergouvernementale a été adoptée (en collaboration avec l'Argentine, le Brésil, le Chili et l'Uruguay) en vue de prendre en compte la question des migrants internationaux dans la région. La politique permet aux ressortissants des pays membres de travailler et d'obtenir un permis de séjour dans les différents pays.

renforcer les capacités nationales en matière de données démographiques, 96 % des pays ont déclaré avoir pris des mesures. Au niveau mondial, les mesures ci-après ont été adoptées : renforcement des capacités institutionnelles en matière de collecte, de traitement, d'analyse et d'utilisation des données (93 pays), appui à la création de bases de données nationales et de systèmes d'information de gestion (75 pays), formation du personnel en gestion de bases de données (61 pays), création/renforcement d'un service national des statistiques (dans 61 pays). D'autres mesures mentionnées mais moins utilisées concernent la formation des professionnels sur l'utilisation des bases de données (15 pays) et la mobilisation de l'appui des donateurs pour le renforcement des capacités en matière de données (13 pays).

Une comparaison interrégionale des données sur les mesures prises indique que les pays de l'Asie et du Pacifique, de l'Amérique latine et des Caraïbes, des Etats arabes et des républiques d'Asie centrale, de la CEI, et de l'Europe centrale et de l'Est ont mis l'accent sur l'amélioration de la collecte, de l'analyse et de l'utilisation des données. La création de bases de données nationales a toutefois été soulignée dans toutes les régions. Alors que l'on note des progrès intéressants, la portée et la globalité de l'action relative à la question des données dans les pays sont inadéquates, étant

donné que de nombreux pays ont fait état de problèmes de données dans la recherche de solutions aux autres questions spécifiques, comme on le verra dans les derniers chapitres du présent rapport. L'inadaptation des données est un grand problème récurrent.

L'encadré 2.5 présente des exemples choisis de pratiques de pays concernant le renforcement des capacités nationales en matière de données.

Capacités de recherche

La mise en place de capacités nationales de recherche est essentielle aux fins de l'évaluation des progrès enregistrés dans la mise en œuvre du PA-CIPD. Selon les conclusions de l'Enquête, 90 % des pays ont entrepris des actions à cet égard. Les mesures les plus courantes sont : le soutien des enquêtes et la production de rapports de recherche (92 pays), l'appui de la recherche par une commission/un secrétariat/un conseil national (57 pays), l'appui de la recherche participative et consultative (38 pays), l'appui du développement de la recherche pour inclure les groupes marginalisés (28 pays). Ces efforts concernent souvent le recrutement et la formation des ressources humaines ainsi que la mise en place des infrastructures nécessaires. Entre autres mesures identifiées, on note : la création d'un centre national d'études sur la

ENCADRE 2.5 CAPACITES NATIONALES EN MATIERE DE DONNEES

Le PA-CIPD rappelait que des données valides, fiables, opportunes, tenant compte des différences culturelles et comparables au niveau international constituent la base sur laquelle reposent l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes et politiques. Les *Principales mesures* ont souligné à nouveau ce point en insistant sur la nécessité de renforcer les systèmes nationaux d'information afin de produire des statistiques fiables sur une large gamme d'indicateurs de population, de développement et d'environnement en temps opportun. Ces indicateurs sont pertinents pour tous les cadres internationaux, notamment les OMD et le SMDD de 2002. Les expériences des pays ci-après sont des exemples de certaines des mesures prises dans ce domaine.

Au **Kenya**, l'utilisation des services d'experts nationaux pour concevoir et procéder au recensement de 1999 a contribué au renforcement des capacités nationales. Ces experts ont apporté leur aide pour le traitement et l'analyse des données, l'élaboration de rapports analytiques et la sensibilisation au recensement. Les experts nationaux ont bénéficié du soutien d'experts étrangers, notamment ceux des équipes d'appui techniques (EAT) de l'UNFPA, de l'Agence

américaine de développement international (USAID) et du Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni. L'UNFPA, le DFID et l'USAID/Macro International Inc. ont également soutenu le travail des professionnels du Bureau central de statistique (CBS), des consultants analystes locaux et des conseillers étrangers de renommée internationale. Ces efforts communs ont permis le transfert d'une somme considérable de compétences et de connaissances, aboutissant à la publication, en un temps record, de neuf rapports d'analyse approfondie du recensement et d'une série d'annexes statistiques. L'achat de divers supports et équipement d'analyse et de traitement des données a également contribué au renforcement des capacités locales, comme l'a été l'institutionnalisation de l'équipement du système d'information géographique (SIG) et de cartographie assistée par ordinateur au sein du Bureau central de statistique et des institutions concernées.

En **Chine**, le gouvernement a renforcé la formation des professionnels effectuant la collecte, la gestion, la recherche et l'analyse des données concernant la population et le développement. Des institutions d'enseignement supérieur ont formé un grand nombre

de spécialistes dans les domaines de la population et du développement. En outre, un Réseau d'information démographique de la Chine a été créé et relié au Réseau Asie-Pacifique d'information sur la population.

En **Inde**, le gouvernement a renforcé les capacités du Centre de traitement de données sous l'égide de l'Organisation nationale d'enquête par sondage. En outre, l'Organisation centrale de statistiques (CSO) a élaboré une stratégie nationale de formation pour le renforcement des capacités et des compétences en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation des données. Des formations à court et long terme ont été dispensées sur les sondages et recensements de la population, le traitement de données et les systèmes d'information de gestion (SIG). Par ailleurs, l'organisation centrale a approuvé une politique nationale de diffusion de l'information, dans le cadre de laquelle les données provenant du ministère des finances relèveront du domaine public dans les trois années qui suivent la fin des enquêtes ou des recensements. La même décision a également approuvé la création d'un centre national d'archivage de données.

population et le développement (27 pays), la formation à la démographie à l'intention des fonctionnaires (18 pays), et la création/le renforcement de bureaux régionaux pour la population (11 pays). Parmi les efforts de renforcement des capacités, on note la fourniture d'équipement et de ressources humaines nécessaires pour entreprendre des recherches interdisciplinaires (y compris la recherche socioculturelle) dans le domaine de la population, du genre, de la santé de la reproduction et du développement ainsi que la formation aux méthodes de recherche dans les universités nationales. Bien qu'aucune des mesures identifiées n'ait été signalée par plus de 60 % des pays d'une quelconque région, le renforcement des capacités nationales de recherche est néanmoins remarquable.

La comparaison interrégionale montre que toutes les régions ont mis l'accent sur l'appui des enquêtes et la production de rapports, ainsi que sur la recherche effectuée par une commission, un secrétariat ou un conseil. L'accent a été davantage mis sur l'appui de la recherche participative et

consultative dans la région de l'Asie et du Pacifique, et sur le soutien de la recherche sur les groupes marginalisés en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Indicateurs cohérents et de qualité

Les indicateurs sont des outils essentiels pour déterminer l'étendue du succès ou de l'échec enregistré dans les interventions de programmes. Ils ne peuvent être produits que par l'exploitation et l'analyse des données et par la promotion de la recherche de qualité. En tout, 79 % des pays ayant participé à l'Enquête ont déclaré avoir pris des mesures relatives aux indicateurs dont les plus communes étaient : l'attribution du rôle à une commission/un secrétariat/un conseil national en vue de produire des indicateurs (31 pays), la création d'un groupe interinstitutions sur les indicateurs (27 pays), l'implication du service national de statistiques pour produire des indicateurs (27 pays), le renforcement de la collaboration (22 pays), la mise en place d'un système intégré pour assurer le suivi des politiques

sociales (19 pays), et enfin, la garantie que les indicateurs essentiels sont disponibles au niveau local (17 pays). Ceci constitue un progrès concernant les indicateurs, surtout du point de vue des mécanismes créés pour aider à la production d'informations pour le suivi et l'évaluation. (Ces mécanismes sont présentés dans la section suivante.)

Plusieurs pays ont également fait état des contraintes auxquels ils sont confrontés dans la production d'indicateurs cohérents et de qualité. Parmi les contraintes les plus couramment signalées, on note : l'insuffisance des ressources financières (32 pays), la non couverture, dans la collecte et l'analyse des données, de tous les groupes de population et/ou sujets démographiques (19 pays), le manque de ressources humaines (17 pays), l'absence d'infrastructures/manque de coordination (15 pays), l'absence de formation technique (14 pays), et la non collecte et la non diffusion des données et informations au moment opportun (15 pays). Ces réponses soulignent la nécessité pour les gouvernements, comme pour la communauté internationale, de renforcer davantage le travail sur les indicateurs.

Mécanismes de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation de la mise œuvre des cadres de développement international, notamment du PA-CIPD, jouent un rôle vital lorsqu'il s'agit de savoir si les cibles de développement ont été réalisées. Les efforts de suivi et d'évaluation aident également à identifier les meilleures pratiques et les contraintes. L'Enquête montre que les pays reconnaissent de plus en plus l'importance des objectifs de la CIPD dans la réalisation des OMD. L'Enquête indique également que les gouvernements ont commencé à créer et à renforcer les mécanismes de suivi et d'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD et des OMD. Par exemple, concernant la question des mécanismes mis au point pour assurer le suivi et l'évaluation des progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs de la CIPD, 131 pays sur 151 (87 %) ont répondu à la question, et 82 pays (54 %) ont fourni des informations sur les mécanismes utilisés. Par rapport à l'Enquête mondiale de 1998 où 43 pays avaient déclaré avoir pris des mesures significatives pour créer des mécanismes de suivi en vue d'évaluer la réalisation des objectifs de la CIPD, des progrès nets ont été réalisés dans ce domaine.

Les pays ont utilisé un certain nombre de mécanismes, notamment : la mise sur pied d'un organe de coordination multisectoriel chargé d'assurer le suivi de la réalisation des objectifs de la CIPD (37 pays), la conduite d'une enquête nationale annuelle sur le processus de mise en œuvre du PA-CIPD (29 pays), et la désignation de points focaux/agents de bureau de zone chargés de surveiller le processus de mise en œuvre du PA-CIPD (24 pays).

Une question similaire sur le suivi des OMD a suscité les réponses de 124 pays avec des informations détaillées sur le mécanisme utilisé par 87 pays. Parmi les actions, on note la création d'un organe de coordination multisectoriel chargé d'assurer le suivi des progrès enregistrés dans la réalisation des OMD (36 pays), la conduite d'une enquête nationale annuelle sur la réalisation des OMD (26 pays), et la désignation de points focaux/agents de bureau de zone pour surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des OMD (23 pays). Ceci représente un progrès significatif, étant donné en particulier que les OMD n'ont été adoptés qu'il y a quelques années. Manifestement, les pays sont déterminés à contribuer à la réalisation et au suivi des OMD et des objectifs de la CIPD.

2.10 CONCLUSION

Les pays continuent d'être confrontés à des difficultés, aujourd'hui comme au moment de l'Enquête mondiale de 1998. A cette époque, les pays faisaient surtout état de contraintes comme l'insuffisance des ressources financières, l'absence de personnel formé ou qualifié, l'insuffisance des capacités institutionnelles, l'absence de prise de conscience et le manque de maîtrise des questions. Ils ont également cité le manque de données et de coordination au sein des institutions et ministères. La plupart de ces contraintes ont été réitérées dans l'Enquête mondiale actuelle de 2003. Parmi les contraintes nouvellement identifiées, on note en particulier l'absence de volonté politique. Dans certains pays, ces contraintes ont effectivement affecté la mise en œuvre des volets population et développement du Programme d'action.

Les pays ont également identifié un certain nombre de questions émergentes concernant la population et le développement, telles que le vieillissement de la population, la réduction de la pauvreté, la migration interne et externe, la situation des réfugiés et des personnes déplacées, et la nécessité de renforcer la collecte de données démographiques (en particulier les recensements) et d'améliorer la qualité des données. L'Enquête a noté l'existence d'importants écarts régionaux. L'Afrique subsaharienne a identifié en priorité les questions relatives à la réduction de la pauvreté et à la qualité des données/recensements, alors que l'Asie et le Pacifique ont retenu les questions relatives au vieillissement, à la migration, aux réfugiés/personnes déplacées, aux données et à la création d'emploi. Les Etats arabes, les républiques d'Asie centrale, les pays de la CEI, de l'Europe centrale et de l'Est ont mis l'accent sur la politique démographique, la pauvreté et le vieillissement alors que les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ont insisté sur le vieillissement, la pauvreté, la migration, l'amélioration de

la situation des réfugiés/personnes déplacées, et la qualité des données/recensements.

Les conclusions de la présente Enquête montrent que les pays ont fait des progrès depuis l'Enquête mondiale de 1998 dans la mise en œuvre des actions proposées dans le PA-CIPD et les *Principales mesures*. Des progrès ont été accomplis dans l'intégration des questions démographiques dans les stratégies de développement et dans leur prise en compte dans le contexte de la pauvreté, de l'environnement et de la décentralisation du processus de planification. Des progrès significatifs ont aussi été réalisés concernant les mesures prises eu égard au vieillissement de la population et à la migration interne et internationale. En outre, des succès ont été remportés concernant le développement de systèmes de suivi et d'évaluation qui sont essentiels pour suivre les progrès enregistrés dans le cadre de la réalisation des objectifs de la CIPD et des OMD.

Des associations ont été observées entre la gravité de la question spécifique de la population et la multiplicité des mesures adoptées à cet égard. Ces associations impliquent que les pays deviennent de plus en plus pragmatiques dans la mobilisation des ressources et la satisfaction des besoins prioritaires. Ceci indique également que la connaissance pratique des recommandations du PA-CIPD concernant le rôle des facteurs démographiques dans le développement se développe rapidement dans les pays. Cependant, les résultats montrent aussi qu'il reste beaucoup à faire dans l'application des mesures en matière de population et de développement de manière plus globale et efficace afin de contribuer à la réalisation des objectifs de la CIPD.

Les pays doivent résoudre ces contraintes et difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et adopter ou renforcer les interventions pragmatiques visant à aborder les nouvelles questions émergentes. Les progrès continus réalisés dans le

domaine de la population et du développement du PA-CIPD et des *Principales mesures* sont essentiels pour créer un environnement favorable au succès dans d'autres aspects du PA-CIPD, en particulier dans les domaines de l'autonomisation des femmes, des droits et de la santé en matière de reproduction, des partenariats et de la mobilisation des ressources. A cet égard, il est crucial d'adopter une approche intégrée en vue de la formulation et de l'application de politiques, plans, stratégies et programmes de population et de développement. Il existe donc un besoin manifeste de disposer de données adéquates et opportunes, de ressources humaines qualifiées, de mécanismes efficaces de coordination et de structures de suivi et d'évaluation. Bien que le PA-CIPD et les *Principales mesures* aient recommandé des actions pour aider à résoudre ces problèmes, les pays doivent renforcer encore la prise en compte de ces questions dans le cadre de leurs efforts nationaux.

Le traitement des questions nouvellement émergentes du vieillissement de la population, des migrations internationales et de la répartition géographique de la population (y compris de la migration interne) requiert un niveau élevé de coordination des divers types. Sans pour autant surcharger leurs mécanismes d'élaboration des politiques et des programmes, les pays doivent promouvoir une coordination efficace. Cette coordination devrait être intrasectorielle, intersectorielle, interinstitutionnelle, internationale et interfonctionnelle (et englober les politiques, les programmes et les stratégies).

Enfin, les pays devraient axer rapidement leurs efforts sur le renforcement de la qualité, de la pertinence, de la portée et de l'impact des mesures programmatiques adoptées en matière de la population et du développement. C'est seulement alors qu'ils pourront réaliser les objectifs de la CIPD.

Références

- 1 Nations Unies, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (New York, 2003), ST/ESA/SER/A/222.
- 2 Nations Unies, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (New York, Nations Unies, 1995), ST/ESA/SER.A/149, par. 3.16.
- 3 Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001: combattre la pauvreté* (Washington DC, octobre 2000), Abrégé.
- 4 UNFPA, *Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs) and Coverage of ICPD Goals and Population and Poverty Linkages in MDGRs* (New York, 2003), Inédit.
- 5 Nations Unies, *op. cit.*, par. 3.29 a.
- 6 Nations Unies, *Rapport de la Deuxième Assemblée générale sur le vieillissement* (New York, Nations Unies, 2002), A/CONF.197/9.
- 7 Nations Unies, *Rapport de 2002 sur la migration internationale* (New York, Nations Unies, 2002), Aperçu.

3 Égalité des sexes, équité et autonomisation des femmes

3.1 INTRODUCTION

Au cours des années 1990, des conférences mondiales ont été organisées pour définir une vision de la vie des femmes. La Conférence mondiale sur les droits de l'homme tenue à Vienne en 1993 a affirmé que les droits de la femme font partie des droits de l'homme.¹ En 1994, au Caire, faisant fond sur cette affirmation, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a placé les droits, l'autonomisation et la santé de la femme, y compris la santé sexuelle et la santé de la reproduction, au centre des politiques et programmes de population et de développement durable.² Lors de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, organisée à Beijing en 1995, l'on était parvenu à un consensus visant à promouvoir et à protéger la pleine jouissance de tous les droits humains et libertés fondamentales de toutes les femmes tout au long de leur vie.³

Au cours des dix dernières années, plusieurs partenaires ont œuvré à tous les niveaux pour mettre en œuvre et intégrer les programmes de ces conférences dans les programmes d'action nationaux. Le Programme d'action de l'ICPD, en particulier, a défini une série d'objectifs stratégiques et exposé en détail les actions correspondantes à entreprendre par les gouvernements, la communauté internationale, les organisations non gouvernementales et le secteur privé pour éliminer les obstacles à l'égalité des sexes et améliorer la vie des filles et des femmes.

Le PA-CIPD demande que des actions soient entreprises pour autonomiser les hommes et les femmes et éliminer les inégalités qui existent entre eux. Ces actions consistent à promulguer, à appliquer et à faire respecter les lois nationales et les conventions internationales relatives à la parité des sexes dans les domaines tels que l'élimination de la discrimination sexuelle dans l'emploi et la garantie aux femmes du droit d'obtenir des crédits et d'acheter, de posséder, d'hériter et de vendre des biens et des terres. Il recommande

également qu'une représentation équitable des deux sexes soit assurée dans tous les programmes, notamment dans ceux qui sont axés sur la population et le développement.

Ces actions ont pour but de réaliser l'égalité et l'équité sur la base d'un partenariat harmonieux entre les hommes et les femmes. Elles visent également à renforcer la contribution des femmes au développement durable en rendant possible leur pleine participation aux processus de prise de décision et d'élaboration des politiques et à tous les aspects

de la production, de l'emploi, des activités génératrices de revenu et de celles ayant trait à la population, entres autres. Il est recommandé de s'assurer que toutes les femmes, de même que tous les hommes, reçoivent l'éducation nécessaire pour leur permettre de répondre à leur besoins humains fondamentaux et d'exercer leurs droits humains.

Il est également reconnu que les femmes peuvent et doivent jouer un rôle important dans le développement durable et dans les initiatives visant à éradiquer la pauvreté. Quand les femmes sont en bonne santé et instruites, leurs familles, leurs communautés et leurs nations en bénéficient. En conséquence, le Sommet du Millénaire envisage un monde bien meilleur d'ici l'année 2015, un monde où les disparités entre les sexes dans l'éducation primaire et secondaire

sont éliminées, et où les femmes sont autonomisées. De plus, il est devenu évident que l'égalité des sexes est importante non seulement en tant qu'objectif, mais également en tant que voie à suivre aux fins de la réalisation des autres Objectifs du Millénaire pour le développement.⁴

Au cours des dix dernières années, un travail considérable a été effectué pour produire et diffuser des données sexospécifiques. Cependant, il reste beaucoup à faire dans ce domaine, car le travail sur la problématique hommes-femmes et sur l'autonomisation de la femme continue de se heurter à des problèmes de conception, de méthodologie

Plusieurs pays ont déclaré avoir pris des mesures ces dix dernières années pour promouvoir le plein épanouissement des femmes grâce à l'éducation, à l'acquisition de compétences et à l'emploi. Ils ont également déclaré avoir mis en place des mécanismes pour assurer la participation égale et la représentation équitable des femmes à tous les niveaux du processus politique et de la vie publique.

et d'évaluation. Par exemple, les conclusions de l'Etude mondiale de 2003 reflètent une difficulté fondamentale bien connue dans le domaine de l'égalité des sexes : le flou persistant concernant des concepts tels que celui de « l'intégration systématique des questions relatives aux femmes ». Ce flou aggrave la difficulté d'analyse des données sur l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme. Les données peuvent varier selon la source d'information, la période de référence et la compréhension des nomenclatures et des définitions par les personnes interrogées. Par ailleurs, les questions telles que la violence faite aux femmes et les responsabilités des hommes sont relativement nouvelles, car une importance accrue leur est accordée depuis la Conférence de Beijing et la CIPD. De ce fait, peu de pays ont collecté des données suffisamment fiables sur ces sujets, bien que de telles initiatives soient actuellement en cours avec l'aide des organismes des Nations Unies et des donateurs.

L'Enquête mondiale de 2003 a posé un certain nombre de questions sur les problèmes relatifs à l'égalité et à la spécificité des sexes aux fins de suivre les progrès accomplis par les pays dans la mise en œuvre du volet genre du PA-CIPD. Ce chapitre examine les mesures prises depuis 1994 dans cinq domaines spécifiques, notamment : a) la protection des droits des filles et des femmes, b) l'autonomisation de la femme, c) la violence faite aux femmes, d) l'inégalité entre les sexes dans l'éducation, et e) l'appui des hommes en faveur des droits et de l'autonomisation des femmes. Les considérations culturelles dont les pays ont fait état sont également présentées. Des exemples de partenariats entre le gouvernement et la société civile concernant les questions relatives au genre et à l'autonomisation des femmes sont décrits au Chapitre Huit.

3.2 PROTECTION DES DROITS DES FILLES ET DES FEMMES

Depuis les conférences du Caire et de Beijing, de nombreuses politiques nationales ayant trait aux questions relatives à la population, à la santé de la reproduction et au statut des femmes ont davantage mis l'accent sur les questions de genre et des droits de l'homme. Il existe un cadre soigneusement élaboré pour les questions de genre et des droits de la personne, qui est bâti sur une fondation éthique solide et en se référant à toutes les cultures et traditions. Ce cadre reconnaît que tous les êtres humains ont les mêmes droits, et que les femmes doivent être libres de faire leurs propres choix et de prendre leurs propres décisions concernant la santé de la reproduction. Pour ce faire, les femmes doivent vivre sans discrimination, sans contrainte et sans violence à leur égard.

Le PA-CIPD lance un appel à tous les pays afin qu'ils consentent de plus grands efforts pour promulguer, appliquer et faire respecter les lois nationales et les conventions internationales qui protègent les femmes contre la discrimination économique et le harcèlement sexuel, notamment la Convention sur l'élimination de toute les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Il demande également à ce que tous les pays mettent en œuvre, sans réserve, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ainsi que la Déclaration et le Programme d'action de Vienne. Les pays sont vivement encouragés à signer, ratifier et mettre en œuvre tous les accords existants qui favorisent les droits de la femme. Les Principales mesures de la CIPD+5 exhortent les gouvernements à réviser toutes leurs mesures législatives et à abroger toutes celles qui exercent une discrimination envers les petites filles et les jeunes femmes.

L'Enquête mondiale de 2003 s'est informée pour savoir si les gouvernements avaient formulé des politiques et pris des mesures législatives ou administratives pour protéger les droits des filles et des femmes. Au niveau mondial, parmi les 151 pays qui ont répondu, 150 (99 %) ont déclaré avoir adopté des mesures dans ce sens.

Le tableau 3.1 montre que les mesures les plus communément adoptées sont la formulation de lois et mesures législatives nationales sur les droits des filles et des femmes (71 %), suivie de la ratification des conventions des Nations Unies (45 %). Plus du tiers des pays (41 %) ont déclaré avoir formulé des politiques pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes, et moins d'un tiers (29 %) ont assuré une protection constitutionnelle aux filles et aux femmes.

Il est intéressant de noter que 9 % des pays qui ont répondu à l'enquête ont déclaré avoir lancé des programmes

Tableau 3.1 Mesures prises par les pays pour protéger les droits des filles et des femmes

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Formulation de lois et législations nationales sur les droits de la femme	107	71
Ratification des conventions des Nations Unies sur les droits de la femme	67	45
Adoption de politiques pour éliminer la discrimination sexuelle	61	41
Fourniture d'une protection constitutionnelle aux femmes	43	29
Total	150	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

d'IEC et de plaidoyer qui encouragent l'égalité des sexes parmi les mesures spécifiques visant à protéger les droits des filles et des femmes, ce qui constitue une action importante dans la mesure où elle influe sur le changement de législation et de politique, sur la formulation des programmes qui tiennent compte de la spécificité des sexes, et le changement de comportement et d'attitudes sur les droits des filles et des femmes. Parmi les pays ayant adopté de telles mesures figurent : l'Argentine, le Bangladesh, le Belize, le Gabon, la Grenade, les Iles Marshall, la Moldova, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Paraguay, les Philippines, Saint-Kitts-et-Nevis, la Syrie et la Tanzanie. Au niveau régional, l'Amérique latine compte le plus grand nombre de pays (88 %) ayant formulé des lois et mesures législatives nationales sur les droits des filles et des femmes.

En ce qui concerne la mise sur pied d'une commission nationale pour les femmes, 88 % des pays de l'Amérique latine ont déclaré avoir pris cette mesure, comparé aux 20 % des républiques d'Asie centrale. En Afrique, en Asie et dans les Caraïbes, au moins 50 % des pays ont déclaré avoir créé une telle commission.

3.3 AUTONOMISATION DES FEMMES

Le PA-CIPD a souligné que l'habilitation et l'autonomisation des femmes, ainsi que l'amélioration de leur statut politique, social, économique et sanitaire constituent des fins très importantes en elles-mêmes. Il a également noté que la pleine participation et le partenariat des femmes et des hommes sont requis dans tous les aspects de la santé de la reproduction. Un tel partenariat doit inclure des responsabilités partagées pour ce qui concerne les soins et l'éducation des enfants ainsi que l'entretien de la maison. De plus, l'autonomisation des femmes, comme il est noté dans la Déclaration du Millénaire, est une manière efficace de combattre la pauvreté, la faim et les maladies et d'encourager un développement vraiment durable. Le développement durable nécessite l'intégration totale des femmes dans l'élaboration des politiques et programmes environnementaux à tous les niveaux.

L'autonomisation des femmes consiste à leur accorder tous les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux. Ceci implique des processus leur permettant d'exprimer et de défendre leurs droits, d'avoir une plus grande estime de soi et de contrôler leur propre vie et leurs relations. La participation des hommes et l'acceptation du changement de rôles constituent un élément important de ces processus.

L'éducation a été considérée comme l'un des moyens les plus importants pour permettre à la femme d'acquérir les connaissances, les capacités et l'assurance dont elles ont

besoin pour participer pleinement au processus du développement. Un certain nombre de pays ont déclaré avoir pris des mesures au cours des 10 dernières années en vue de promouvoir le plein épanouissement des femmes à travers l'éducation, l'acquisition de compétences et l'emploi. Ils ont également indiqué avoir créé des mécanismes pour la participation égale et la représentation équitable des femmes à tous les niveaux du processus politique et de la vie publique.

L'Enquête mondiale de 2003 s'est informée sur les progrès réalisés par les pays dans la promotion de l'autonomisation de la femme par des mesures politiques, législatives et administratives. Les résultats montrent que 99 % des pays ont déclaré avoir pris des mesures pour autonomiser les femmes. Le Tableau 3.2 montre que les mesures les plus communément adoptées par les pays sont : a) les mesures législatives et b) les mesures programmatiques et administratives. Les premières concernent la promotion d'une participation accrue des femmes à la gestion des affaires publiques (51 %), l'adoption de lois et mesures législatives en faveur de l'autonomisation des femmes (34 %), et l'accroissement de la participation des femmes au processus politique (20 %).

Tableau 3.2 Mesures prises par les pays pour autonomiser les femmes

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
A. Mesures législatives et politiques		
Implication des femmes dans la gestion des affaires publiques	74	51
Adoption de lois/mesures législatives en faveur de l'autonomisation des femmes	49	34
Renforcement de la participation des femmes au processus politique	29	20
B. Mesures programmatiques et administratives		
Formulation de plans/programmes/stratégies pour l'intégration des femmes aux activités de développement	85	59
Création d'opportunités économiques pour les femmes	66	46
Fourniture d'éducation et de formation aux femmes	54	38
Sensibilisation des fonctionnaires du gouvernement aux questions de genre	18	13
Total	144	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

ENCADRE 3.1 PROMOTION DE L'EGALITE ENTRE LES SEXES ET DE L'AUTONOMISATION DES FEMMES

L'émancipation de la femme constitue une importante fin en soi. L'autonomie est un droit humain fondamental et l'autonomisation de la femme contribue au bien-être humain. L'égalité des sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes sont essentielles pour assurer le développement économique, politique et social pour tous.

En mars 2000, le président de l'**Azerbaïdjan** a publié un décret « Sur l'application de politique d'Etat concernant les questions relatives à la femme en Azerbaïdjan », qui souligne l'attachement du pays aux principes des droits de la femme. Le décret charge le gouvernement d'assurer une représentation égale des femmes dans l'administration de l'Etat, de donner des chances égales aux femmes dans le cadre des réformes en cours et d'intégrer l'expertise des femmes dans le corps législatif national. De plus, dans chaque district, il est demandé aux institutions gouvernementales de désigner un point focal sur les questions relatives au genre dans leurs services respectifs. Les points focaux des ministères compétents ainsi que les représentants des principales ONG et des médias siègent à un conseil interinstitutionnel chargé d'exécuter le Plan d'action national sur l'égalité et l'autonomisation des femmes et d'apporter des amendements à la législation pénale nationale.

Au **Gabon**, des séminaires d'information et de sensibilisation sont régulièrement organisés à

l'intention des administrateurs gouvernementaux sur les stratégies de développement fondées sur l'équité et l'égalité des sexes. En 2001, le bureau des Nations Unies au Gabon a organisé un atelier d'information, présidé par le Premier ministre, sur les questions de genre destiné aux membres du Cabinet.

En **Indonésie**, le président de la République a donné des instructions sur l'intégration de la question du genre dans les programmes de développement national. En conséquence, des points focaux ont été désignés dans 11 institutions gouvernementales, y compris le ministère de l'Education, le département de la Santé et le ministère de la Justice et des Droits de l'homme. Au niveau régional/provincial, des équipes de gestion de l'intégration des femmes dans le développement coordonnent les activités d'habilitation. Les équipes mises sur pied dans les 30 provinces et les 207 districts et municipalités du pays sont composées de fonctionnaires du gouvernement et de représentants d'ONG locales et des centres d'études féminines universitaires.

En **Inde**, des mécanismes institutionnels ont été créés pour protéger les droits de la femme et de l'homme et promouvoir l'égalité des sexes. Le gouvernement a créé une Commission nationale des droits de l'homme habilitée à mener des enquêtes et à apporter des réparations lorsque l'Etat ou les membres de la société civile violent les droits humains d'une personne. Une Commission nationale pour

les femmes a été également créée et chargée de veiller à ce que la législation sur les droits de la femme soit promulguée et appliquée. En outre, des tribunaux de la famille et des *mahila* (tribunaux des femmes) ont été établis ainsi que des unités spéciales au niveau des commissariats de police pour traiter des crimes contre les femmes. Une loi a également été promulguée pour fournir une assistance judiciaire et des conseils gratuits à toutes les femmes, quel que soit leur statut. Pour assurer une sensibilisation à l'égalité des sexes au niveau des forces de police et du système de justice pénale, le Gouvernement a institutionnalisé des programmes de sensibilisation à l'égalité des sexes pour les juges, les policiers et les procureurs, comprenant des formations préalables et à des formations internes sur la question.

Au **Mexique**, le ministre de la Santé, dans le cadre de son Programme sur la santé de la femme, mène des activités de sensibilisation et de formation destinées aux employés du secteur de la santé en vue de promouvoir l'égalité des sexes dans la formulation de politiques dans leurs divers domaines de spécialisation. Le gouvernement est en train de mettre en œuvre une stratégie pour la prise en compte de l'égalité des sexes dans le budget du ministère de la Santé.

Par ailleurs, les mesures programmatiques et administratives consistent à formuler des plans, des programmes et des stratégies sur la participation des femmes au développement (59 %), la création d'opportunités économiques pour les femmes (46 %) et la fourniture d'une éducation et d'une formation aux femmes (38 %). Dix pays, à savoir l'Angola, la Bolivie, le Chili, le Costa Rica, la Grenade, le Mexique, le Panama, le Pérou, la Tunisie et le Venezuela, ont déclaré avoir élaboré des plans concernant la participation des femmes marginalisées aux activités de développement. L'encadré 3.1 présente les différents mécanismes institutionnels utilisés par les pays pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

Les principales mesures politiques et législatives prises par les régions sont les suivantes : le renforcement de la

participation des femmes à la gestion des affaires publiques (75 % en Amérique latine et dans les républiques d'Asie centrale) et l'adoption de lois et mesures législatives pour l'émancipation de la femme (75 % dans les républiques d'Asie centrale). D'autre part, les principales mesures programmatiques et administratives prises par les régions consistent à créer des opportunités économiques pour les femmes (55 % en Afrique Subsaharienne) et à dispenser une éducation et une formation aux femmes (63 % dans les Caraïbes).

3.4 VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

La violence envers les femmes et les filles est un problème ancien que connaît toute culture et tout groupe social, et elle est souvent dite « violence sexiste » car elle procède, en

partie, du statut de subordonnées des femmes. Dans beaucoup de cultures, les croyances traditionnelles, les normes et les institutions sociales justifient la violence faite aux femmes et la perpétuent ainsi.

Le PA-CIPD, la Déclaration et la Plate-forme d'Action de Beijing ainsi que d'autres conférences mondiales ont reconnu la violence faite aux femmes comme une question primordiale dans l'agenda international des droits de la personne. En posant le problème de la violence faite aux femmes directement dans le débat des droits de l'homme, ces plans d'action affirment que les femmes ont droit à la jouissance égale et à la protection de tous leurs droits humains et libertés fondamentales.

La violence faite aux femmes prend la forme de multiples violations des droits de la femme, notamment le trafic des femmes et des jeunes filles, le viol, la violence conjugale, la violence sexuelle à l'égard des enfants et les pratiques néfastes qui portent atteinte de façon irréparable à la santé sexuelle et à la santé de la reproduction des filles et des femmes. Les conséquences de la violence faite aux femmes vont du déni des droits fondamentaux aux effets négatifs sur la santé en matière de reproduction et la santé mentale, et aux menaces au bien-être de la femme et des enfants. Outre son coût humain, la violence faite aux femmes sape la participation de celles-ci à la vie publique, réduit leur productivité et augmente les coûts, y compris ceux des soins médicaux.

Bien qu'il soit reconnu que les causes profondes du problème de la violence faite aux femmes doivent être identifiées, souvent la fréquence et la gravité de la violence ne peuvent être établies de manière adéquate en raison de la culture du silence qui entoure la violence faite aux femmes et du stigmate social qui y est associé.

Le PA-CIPD insiste sur la nécessité d'éliminer la violence faite aux femmes. Les *Principales mesures* exhortent les gouvernements à promouvoir et à protéger les droits humains de la petite fille et de la jeune femme. Parmi ces droits figurent les droits économiques et sociaux ainsi que le droit d'être libre de toute coercition, discrimination et violence (y compris l'exploitation sexuelle et les pratiques néfastes). Il est également demandé aux gouvernements d'élaborer des programmes et des politiques qui favorisent la « tolérance zéro » par rapport à la violence faite aux filles et aux femmes, y compris la coupure génitale des femmes, le viol, l'inceste, la traite des femmes, la violence sexuelle et l'exploitation sexuelle.

Conformément au PA-CIPD et aux *Principales mesures*, une question a été posée dans l'Enquête mondiale de 2003 pour obtenir des informations sur les mesures prises par les pays en ce qui concerne la violence faite aux femmes. Au niveau

mondial, 98 % des pays ont indiqué avoir pris des mesures pour résoudre le problème, parmi lesquelles figurent un certain nombre de mesures légales et législatives relatives à l'exécution et l'application des dispositions en vigueur. Les pays ont également indiqué avoir pris des mesures programmatiques et administratives pour répondre aux besoins d'assistance des victimes de la violence, donner des informations sur la violence faite aux femmes et contrôler sa fréquence. Parmi ces mesures on relève la fourniture de formations, l'adoption de stratégies d'IEC et de plaidoyer pour sensibiliser au problème et réduire la fréquence de la violence faite aux femmes, ainsi que la prise en charge des victimes à travers des services de conseils.

Comme on peut le voir au Tableau 3.3, dans la catégorie des mesures juridiques, les plus courantes sont l'adoption de lois et de mesures législatives sur la violence faite aux femmes (66 % des pays). De plus, 16 % des pays ont encouragé l'application des lois et mesures législatives en vigueur. Le nombre de pays ayant pris des mesures d'application n'est que de 24, ce qui indique qu'il reste beaucoup de pays pour résoudre ce problème.

Tableau 3.3 Mesures prises par les pays pour traiter de la question de la violence faite aux femmes

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
A. Mesures juridiques		
Adoption de lois/mesures législatives sur la violence faite aux femmes	97	66
Application des lois/mesures législatives sur la violence faite aux femmes	24	16
B. Mesures programmatiques et administratives		
Offre de services aux victimes	59	40
Campagnes d'IEC/plaidoyer sur la violence faite aux femmes	55	37
Création de commissions nationales sur la violence faite aux femmes	54	37
Formation des prestataires de service/fonctionnaires gouvernementaux sur la gestion des cas de violence sexuelle	36	24
Création de mécanismes institutionnels pour suivre/signaler les violences faites aux femmes	36	24
Total	147	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

ENCADRE 3.2 MESURES VISANT A RESOUDRE LE PROBLEME DE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Depuis le Programme d'action de l'ICPD, de nombreux pays ont dispensé aux fonctionnaires du gouvernement une formation sur la spécificité des sexes. Bon nombre d'entre eux ont également créé de nouveaux programmes ou institutions qui soutiennent les droits de la femme.

Au **Brésil**, le ministère de la Santé a élaboré des directives sur la violence et la santé orientées vers la prévention et le traitement des blessures provoquées par la violence faite aux femmes. Par exemple, le Règlement technique pour la prévention et le traitement des blessures causées par la violence sexuelle contre les femmes a été distribué aux équipes de santé, aux organisations féminines et aux universités. En 2001, le Protocole pour l'assistance aux victimes de la violence intra-familiale et la Charte des droits de l'homme ont été adoptés, de même que le Protocole pour la prévention du sida chez les victimes de la violence sexuelle. De gros investissements ont été réalisés pour fournir une assistance aux femmes victimes de violence. En 1997, il n'y avait que 17 services d'aiguillage pour fournir une assistance complète à ces femmes. Aujourd'hui, ces services existent dans 85 hôpitaux et 113 centres de soins ambulatoires.

Depuis 1998, il existe en **Colombie** une politique dite *Haz Paz* (Faire la paix) qui a pour but d'empêcher, de contrôler et de détecter la violence familiale et de fournir une assistance dans les domaines de la justice, de la santé et de la protection. Dans le cadre de cette politique et avec l'appui de l'UNFPA, le Projet sur l'assistance complète aux victimes de la vio-

lence sexuelle a été lancé en 1999. Ce projet vise à améliorer la qualité de l'assistance fournie aux victimes de la violence sexuelle tout en contribuant au rétablissement de leurs droits.

L'**Iran** a créé des centres spéciaux pour les femmes policières dans les commissariats de police métropolitaine pour assister les victimes de la violence faite aux femmes. Le gouvernement a également appuyé la création d'un service d'aide téléphonique d'urgence dans les commissariats de police. L'Iran a recruté 400 policières depuis octobre 2002.

Depuis l'année 2000, la section **jamaïcaine** de la Caribbean Association of Feminist Research and Action (CAFRA) et un groupe appelé Women Inc. ont organisé un programme de formation des formateurs sur les interventions en cas de violence familiale à l'intention du personnel de police. Ces interventions ont été inscrites au programme de formation de l'Académie jamaïcaine des services de police et de probation. Depuis, 642 agents de police et 384 agents de probation ont été formés sur la gestion de la violence familiale. En 2002, le Bureau des Affaires féminines a formé du personnel judiciaire aux approches sexospécifiques de la violence faite aux femmes. Les participants de l'atelier comptaient des juges, des agents de police, des greffiers, des avocats, des agents de probation et des assistants sociaux.

En **Sierra Leone**, le gouvernement, en collaboration avec les ONG et la police, a mené des programmes de sensibilisation et d'appui

sur les questions relatives à l'égalité des sexes et à la violence faite aux femmes. Des lignes téléphoniques d'urgence ont été mises en place pour permettre aux femmes victimes de violence de prendre contact avec une Unité d'aide à la famille au sein des services de police.

En 1999, une Loi sur la violence familiale a été adoptée à **la Trinité-et-Tobago**. Par la suite, le gouvernement a créé une Unité de gestion de la violence familiale qui administre un service téléphonique gratuit d'aide d'urgence 24 heures sur 24 pour les victimes. Ce service donne des informations sur les refuges, les conseils, les services et les centres d'accueil communautaires. Actuellement, il existe 16 centres de conseils et 15 refuges pour les victimes. Le gouvernement a également entrepris de collecter et d'analyser des données sur la violence familiale et de mener de vastes programmes de sensibilisation du public qui incluent la production et la vulgarisation de manuels de procédures, de brochures d'information, de posters et de dépliants. Des unités de police au niveau de la communauté ont été également créées pour prendre en charge le problème de la violence familiale. Le personnel de ces unités reçoit une formation approfondie sur les approches sexospécifiques relatives au maintien de l'ordre. Suite à un amendement de la loi, la formation des agents de police a été modifiée pour ce qui concerne la gestion de la violence familiale.

En ce qui concerne les mesures programmatiques et administratives, des pays ont déclaré avoir apporté une assistance aux victimes (40 %), mené des campagnes d'IEC et de plaidoyer sur la violence faite aux femmes (37 %), créé des commissions nationales sur la violence faite aux femmes (37 %) et formé des prestataires de services et des fonctionnaires du gouvernement pour gérer les cas de violence faite aux femmes (24 %). D'autres mesures concernent la mise en place de mécanismes institutionnels pour suivre et signaler la violence faite aux femmes (24 %). L'Encadré 3.2 donne des exemples de mesures prises par les pays pour résoudre le problème de la violence faite aux femmes.

Au niveau régional, l'Amérique latine, avec un pourcentage de 88 % de pays, compte le plus grand nombre de pays

ayant adopté des lois et mesures législatives sur la violence faite aux femmes. 82 % ont indiqué avoir mis en place des programmes pour apporter une assistance aux victimes et 53 % avaient mené des campagnes d'IEC et de plaidoyer.

3.5 REDUCTION DES INEGALITES ENTRE LES SEXES DANS L'EDUCATION

Le PA-CIPD exige que l'éducation primaire pour tous soit une réalité dans tous les pays avant l'année 2015. De même, il exhorte tous les pays à garantir aux filles et aux femmes un plus grand accès, et le plus tôt possible, à l'éducation secondaire et supérieure, tout en gardant à l'esprit la nécessité d'améliorer la qualité et la pertinence de cette éducation. Outre la recommandation d'offrir des opportunités pour

l'éducation des filles, il est demandé aux pays, conformément à leur engagement d'éliminer tout sexisme, d'encourager les changements au niveau des comportements et pratiques des enseignants, des programmes d'enseignement et des infrastructures scolaires.

La nécessité de combler le fossé entre les sexes en matière d'éducation, comme l'énonce le PA-CIPD, est reprise dans les OMD. C'est un défi important à relever par les décideurs, particulièrement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud où l'écart entre les sexes au niveau des taux de scolarisation dans l'enseignement primaire est plus important. L'Enquête mondiale de 2003 a également posé des questions sur les progrès réalisés par les pays dans le cadre de l'amélioration de l'accès à l'éducation primaire et secondaire et de la résolution du problème relatif aux disparités entre les sexes dans l'éducation.

Prise en compte des disparités entre les sexes dans l'éducation

L'Enquête mondiale de 2003 révèle qu'au niveau mondial, 93 % des pays ont accompli des progrès dans la prise en compte des disparités entre les sexes dans l'éducation. Sur 129 pays interrogés, 22 % ont déclaré qu'il y avait du progrès dans le rapport filles-garçons au niveau du primaire. Au niveau du secondaire, 16,3 % des pays ont déclaré que le rapport filles-garçons augmentait.

Parmi les mesures prises par les gouvernements pour combler le fossé entre les sexes dans l'éducation figurent : l'adoption de mesures pour encourager les familles pauvres à envoyer les filles à l'école (21 %), la conduite de campagnes d'IEC et de plaidoyer sur l'égalité des sexes dans l'éducation (21 %), la promulgation de lois et de mesures législatives pour l'égalité des filles et des garçons dans l'éducation (18 %), l'intégration des questions d'égalité des sexes dans les programmes de l'éducation secondaire et universitaire (17 %), et la construction d'un nombre plus important d'établissements d'enseignement secondaires pour jeunes filles (12 %).

Au niveau régional, des pays ont déclaré avoir pris différentes mesures pour améliorer l'accès à l'éducation primaire et secondaire. La plupart des régions ont mis l'accent sur l'accès gratuit à l'éducation primaire. En outre, 73 % des pays des Caraïbes et 56 % des pays de l'Amérique latine ont augmenté leurs dépenses publiques pour l'éducation. En ce qui concerne la prise en compte des disparités entre les sexes dans l'éducation, 50 % des Etats arabes ont déclaré avoir promulgué des lois et mesures législatives visant à l'égalité des filles et des garçons. Cependant, de nombreux pays reconnaissent que beaucoup reste à faire pour améliorer l'accès à l'éducation, particulièrement pour les filles.

Accès à l'éducation primaire et secondaire

Il ressort de l'Enquête qu'en ce qui concerne l'accès à l'éducation primaire et secondaire montrent qu'au niveau mondial, 96 % des pays ont pris des mesures pour améliorer l'accès à l'éducation. La mesure la plus communément adoptée, comme l'indique le tableau 3.4, consiste à accroître les dépenses publiques pour l'enseignement (41 %). Elle est suivie de la mesure relative à la gratuité de l'éducation primaire (40 %) et de l'assistance aux élèves qui ont abandonné leurs études (32 %). D'autres mesures ont également été prises, à savoir : l'adoption de mesures incitatives pour encourager les familles pauvres à scolariser leurs enfants (20 %) et la gratuité de l'éducation secondaire (19 %).

Le pourcentage des gouvernements ayant adopté des mesures pour élargir l'accès à l'éducation primaire et secondaire ne dépasse pas 41 % par rapport autres mesures identifiées, ce qui montre que peu de progrès ont été accomplis. Vingt-cinq pour cent des pays ont déclaré que le niveau des progrès réalisés était bas ; 46 % ont indiqué avoir enregistré certains progrès et 29 % ont déclaré avoir réalisé des progrès à un niveau élevé. Le fait que moins de 30 % aient fait état de progrès substantiels laisse supposer que beaucoup reste à faire en vue de la réalisation des objectifs du PA-CIPD.

Tableau 3.4 Mesures prises par les pays pour améliorer l'accès à l'éducation primaire et secondaire

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Accroissement des dépenses publiques pour les écoles	58	41
Gratuité de l'éducation primaire	57	40
Formulation de plans/programmes/stratégies pour aider les élèves ayant abandonné leurs études	45	32
Mesures incitatives pour encourager les familles pauvres à envoyer leurs enfants à l'école	28	20
Gratuité de l'éducation secondaire	27	19
Campagnes d'IEC/plaidoyer pour l'éducation des filles	14	10
Total	142	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

3.6 RENFORCEMENT DU SOUTIEN DES HOMMES EN FAVEUR DES DROITS ET DE L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Le PA-CIPD indique que les changements au niveau des connaissances, des attitudes et du comportement aussi bien chez les hommes que chez les femmes, sont des conditions nécessaires à l'établissement d'un partenariat harmonieux entre les deux sexes. Cela mènerait à l'égalité dans tous les domaines de la vie, notamment à l'amélioration de la communication entre les hommes et les femmes sur les questions de sexualité et de santé de la reproduction ainsi qu'à l'amélioration de la compréhension de leurs responsabilités communes, hommes et femmes devenant des partenaires égaux dans la vie publique et privée. L'une des actions recommandées est d'inciter les parents et les écoles à inculquer très tôt aux garçons des comportements respec-

tueux envers les filles et les femmes. Conformément à cette recommandation, l'Enquête mondiale de 2003 a recueilli des informations concernant les mesures prises par les pays au cours des 10 dernières années.

Inculquer aux garçons des comportements respectueux

Les réponses recueillies par l'Enquête mondiale de 2003 concernant les mesures prises pour inculquer aux garçons des attitudes respectueuses envers les femmes et les filles montrent que des progrès ont été accomplis dans ce domaine. Sur les 151 pays ayant répondu, 123 (82 %) ont déclaré avoir adopté les mesures nécessaires. En ce qui concerne les mesures spécifiques adoptées, plus de la moitié (54 %) des pays ont mentionné l'élaboration et la révision des manuels et des programmes scolaires pour y inclure la question de



A. Hollman/UNHCR

l'égalité des sexes ; environ 1/3 (37 %) des pays ont indiqué avoir organisé des campagnes d'IEC/de plaider sur l'égalité des sexes ; 26 % ont recommandé l'intégration des comportements sur l'égalité entre les sexes dans les organisations ; et 15 % ont formulé des plans et programmes sur l'éducation en matière de la santé de la reproduction pour les jeunes. D'autres mesures adoptées consistent à dispenser une éducation civique sur les rôles sexuels et à inculquer aux garçons des attitudes positives sur l'égalité des sexes en les enracinant dans les valeurs familiales. Presque toutes les régions ont déclaré avoir examiné et révisé les manuels et les programmes scolaires pour refléter l'égalité des sexes et inculquer aux garçons le respect envers les filles. La plupart des Etats arabes ont indiqué avoir organisé des campagnes d'IEC et de plaider sur l'égalité des sexes.

Presque toutes les régions ont déclaré avoir examiné et révisé leurs manuels et programmes scolaires pour refléter l'égalité des sexes et viser à inculquer aux garçons le respect envers les filles.

Permettre aux hommes de soutenir les droits et l'autonomisation de la femme

A la question relative aux actions entreprises pour permettre aux hommes de soutenir les droits et l'autonomisation de la femme, 106 des 151 pays ayant participé à l'Enquête (70 %) ont indiqué avoir pris des mesures à cet égard, notamment des mesures légales, législatives, programmatiques et administratives.

Comme l'indique le tableau 3.5, 54 % des pays ont déclaré avoir mené des campagnes d'IEC et de plaider sur le soutien apporté aux femmes par les hommes ; 42 % ont formulé des

plans encourageant la participation des hommes à la santé de la reproduction et 15 % ont adopté des lois et mesures législatives sur le congé de paternité. Les pays qui ont adopté

ces dernières mesures sont les suivants : les Bahamas, le Bhoutan, le Cap-Vert, Cuba, la République démocratique du Congo, l'Estonie, la Guinée, Haïti, la Lettonie, le Nicaragua, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, le Sénégal et le Viet Nam.

Des mesures axés sur les hommes pour lutter contre la violence faite aux femmes ont été signalées par plusieurs pays. En Jamaïque, par exemple, un certain nombre de groupes d'ONG de femmes ont créé un Comité du manifeste des femmes qui cherche activement à obtenir la participation des hommes et des groupes d'hommes à la résolution du problème de l'accroissement des taux de la violence intrafamiliale et sexuelle envers les femmes et les filles.

Dans les différentes régions, tous les pays ont déclaré avoir pris des mesures pour promouvoir les méthodes de contraception masculine. Toutes les républiques d'Asie centrale ont mené des campagnes d'IEC et de plaider sur le soutien apporté aux femmes par les hommes, tandis que dans le Pacifique, 57 % des pays ont déclaré en avoir fait de même. Des campagnes similaires ont été menées en Afrique (56 %) et dans les Caraïbes (54 %). La formulation de plans favorisant la participation des hommes à la santé de la reproduction constitue une autre mesure importante prise par les pays des Caraïbes (62 %).

Tableau 3.5 Mesures prises par les pays pour permettre aux hommes de soutenir les droits et l'autonomisation des femmes

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Organisation de campagnes d'IEC/ de plaider sur le soutien apporté aux femmes par les hommes	57	54
Formulation de plans pour la promotion de l'intégration des hommes dans la gestion de la santé de la reproduction	44	42
Adoption de lois et législation sur la paternité	16	15
Total	106	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

3.7 CONSIDERATIONS CULTURELLES

L'Enquête mondiale de 2003 a demandé aux pays d'indiquer si le contexte culturel du pays favorisait ou restreignait la promotion de l'égalité des sexes, de l'équité et de l'autonomisation de la femme. Sur les 151 pays qui ont répondu, seuls 25 (17 %) ont déclaré que le contexte culturel n'était pas discriminatoire envers la femme et 12 (8 %) ont indiqué que les femmes étaient respectées en tant mère et que les enfants des deux sexes étaient traités de manière égale. Quarante pays (26 %) ont mentionné les contraintes culturelles comme résultat de la discrimination sexuelle dans la division du travail. Malheureusement, les pays n'ont pas développé leurs réponses, d'où la difficulté de présenter une analyse approfondie de la dimension culturelle par rapport aux questions relatives au genre. Il est évident, d'après les réponses données, que la plupart des pays ont éprouvé des difficultés à répondre à cette question.

3.8 CONCLUSION

Depuis la Conférence du Caire, la question de l'égalité des sexes joue un rôle de plus en plus important dans les programmes de population et de développement. Cependant, les pays qui essaient de mettre en œuvre le volet genre du PA-CIPD ont rencontré un certain nombre de difficultés, notamment l'absence d'informations exactes, opportunes et comparables entre les pays qui sont nécessaires pour servir de points de référence et de base aux fins du suivi de la mise en œuvre du PA-CIPD.

L'intégration de l'égalité des sexes dans les politiques et programmes a présenté de multiples difficultés. Une incompréhension du concept de l'intégration systématique des questions de genre semble persister. Bien qu'elle soit généralement acceptée en tant que principe et reconnue dans les déclarations de politique générale, pour la plupart des décideurs et des planificateurs, une telle intégration systématique reste un concept plutôt vague. Il est souvent considéré qu'elle se limite à la simple sensibilisation aux disparités fondamentales entre les hommes et les femmes. Il y a encore un défi à relever qui consiste en la promotion d'une meilleure compréhension de la portée et des applications pratiques de l'intégration systématique de l'égalité des sexes, ce qui exige que l'on dispose de compétences techniques appropriées.

Bien qu'il ait eu, au cours des dix dernières années, une prolifération de lois (concernant la violence faite aux femmes et la discrimination sexuelle) et que des politiques aient été formulées sur les droits en matière de reproduction, la mise en vigueur et l'application de ces lois et politiques demeurent inadéquates. Les mécanismes de suivi du respect de l'égalité des sexes et de l'équité devraient être renforcés

pour aider à rassembler des efforts pour combler le fossé entre les sexes. Aussi, beaucoup de pays doivent encore définir des modalités de suivi du respect des règlements relatifs au genre et des aspects liés au genre du PA-CIPD.

D'autres défis à relever consistent à mener des activités d'IEC et de plaidoyer pour renforcer la participation des femmes aux prises de décisions administratives et politiques, à promouvoir une plus grande responsabilité des hommes dans la prise de décision au niveau de la famille et de la santé de la reproduction à travers des campagnes d'éducation du public, et à renforcer la capacité nationale dans les domaines de l'égalité des sexes et des droits de la personne en encourageant le dialogue et en établissant des partenariats fructueux entre la société civile, les organisations féminines, les structures gouvernementales et les autres mécanismes de coordination chargés des affaires féminines, les organisations religieuses, les administrations locales, les donateurs, etc.

Les pays de toutes les régions du monde ont accompli des progrès considérables pour combler le fossé entre les sexes. Il est toutefois évident, d'après la présente analyse, que beaucoup d'entre eux n'atteindront pas les objectifs de la CIPD et les cibles des OMD. Cela pourrait être dû à de grands facteurs de société tels que des hésitations de la croissance économique à long terme, un accroissement de l'inégalité de revenu et des contraintes socioculturelles. Il est pourtant nécessaire d'entreprendre des actions concrètes et d'obtenir des résultats tangibles. Les gouvernements et la société civile doivent s'employer à la prise en compte systématique de l'égalité des sexes dans les politiques et les plans, conformément à l'esprit du PA-CIPD et de la Déclaration du Millénaire.

Références

- 1 Nations Unies, *Déclaration et Programme d'action de Vienne*. La Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 14 - 25 juin 1993 (New York, Nations Unies, 1993), A/CONF. 157/23.
- 2 Nations Unies, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, le Caire, 5-13 septembre 1994 (New York, Nations Unies, 1995), ST/ESA/SER.A/149.
- 3 Nations Unies, *Déclaration et Plate-forme d'action de Beijing*. Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 15 septembre 1995 (New York, Nations Unies, 1995), A/CONF.177/20.
- 4 Nations Unies, *Déclaration du Millénaire des Nations Unies* (New York, Nations Unies, 2000), A/RES/55/2.

4 Droits et santé en matière de reproduction

4.1 INTRODUCTION

La santé de la reproduction est la pierre angulaire du consensus forgé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). Ce consensus a pour objectif de garantir, d'ici 2015, un accès universel volontaire à une large gamme d'informations et de services relatifs aux soins de santé de la reproduction.

Le PA-CIPD définit la santé de la reproduction, conçue comme un droit de la personne qui procède du droit général à la santé, et en explique le contenu. Il fait valoir que les droits en matière de reproduction « reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans les documents relatifs aux droits de l'homme. »¹

Le PA-CIPD et les *Principales mesures* de la CIPD+5 définissent un cadre pour la fourniture, dans le contexte des systèmes sanitaires, de soins de santé de la reproduction, tout en reconnaissant l'importance de l'intégration de la planification familiale et des services visant la prévention des infections sexuellement transmissibles (notamment du VIH) dans les soins maternels.

Dans la décennie qui a suivi la tenue de la CIPD, les pays ont adopté l'idée et la pratique de la santé de la reproduction, en élargissant la portée des programmes afin de toucher un plus grand nombre de personnes ayant besoin de services, d'intégrer la planification familiale dans les soins prénatals et postnatals, les services de maternité, la prévention des IST et du VIH/sida, le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein et, en cas de nécessité, l'orientation vers des services spécialisés. On note une focalisation de plus en plus importante sur l'amélioration des possibilités d'accès des groupes mal desservis, en particulier des personnes très pauvres et celles vivant dans les zones rurales, ainsi que sur les mesures à prendre pour assurer une meilleure prise en compte des préoccupations des pauvres au niveau de l'élaboration des politiques. Ceci devrait permettre de

garantir une meilleure adaptation des informations et des services, ainsi qu'une meilleure prise en compte de circonstances particulières.

Les pays ont le souci d'intégrer la santé de la reproduction, notamment la planification familiale et la santé sexuelle, dans les services de soins de santé primaires, dans le contexte de la réforme du secteur de la santé et des importants changements apportés aux structures organisationnelles, administratives et financières.

Du fait de la pandémie du VIH/sida, les activités de prévention et de traitement font l'objet d'une attention accrue et se voient allouer des ressources plus substantielles. La prévalence croissante du VIH/sida devrait induire une hausse, et non pas une baisse, des ressources globales : les programmes de santé de la reproduction devraient constituer une voie privilégiée pour la mise en œuvre des activités de prévention et pour le dépistage volontaire du VIH. Ces volets sont tout particulièrement importants pour les femmes, plus vulnérables à l'infection que les hommes. Les jeunes, mariés ou célibataires, constituent un groupe très important pour ce qui concerne les interventions de santé de la reproduction, car ils représentent une importante proportion des grossesses non désirées et la moitié de tous les nouveaux cas d'IST et d'infections à VIH. Les mères les plus jeunes constituent un groupe à risque particulièrement élevé de mortalité et de morbidité, étant sujettes notamment aux fistules obstétricales.

Le Chapitre 4 passe en revue les questions relatives aux droits et à la santé de la reproduction. Le Chapitre 5 traite de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, tandis que le Chapitre 6 est consacré au VIH/sida.

4.2 APPLICATION DES DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION DANS LA PRATIQUE

Comme le mentionne le PA-CIPD concernant le droit de décider en matière de reproduction : « Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris de la planification familiale ».² Les *Principales mesures* fournissent des orientations supplémentaires et recommandent de veiller à ce que les politiques, les plans stratégiques et

tous les aspects de la mise en œuvre des services de santé sexuelle et de la reproduction respectent tous les droits humains, notamment le droit au développement, et que ces services permettent de satisfaire les besoins de santé tout au long du cycle de la vie, en particulier les besoins des adolescents, de redresser les injustices et inégalités dues à la pauvreté, au genre et autres facteurs et de veiller à l'égalité d'accès aux informations et services.³

Pour garantir une jouissance pleine et entière des droits en matière de reproduction, il faut reconnaître un certain nombre de droits parallèles, notamment les droits de l'individu à l'autonomie, au mariage et le droit de fonder une famille, le droit d'exercer son choix librement et en toute connaissance de cause, le droit d'être protégé de toute forme de coercition et le droit à la protection de la vie privée. Les pays ont marqué leur accord et ratifié les traités internationaux sur les droits humains élaborés dans plusieurs de ces domaines, en particulier le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Le PA-CIPD stipule, de manière explicite, que la coercition n'a pas la moindre place dans la fourniture des services de santé de la reproduction.

Pour faire l'évaluation des progrès réalisés depuis 1994, l'Enquête mondiale de 2003 a posé un certain nombre de questions sur :

- Les mesures stratégiques et les changements législatifs et institutionnels ou d'autres mesures importantes prises, au niveau national, pour asseoir les droits en matière de reproduction ;
- Le fait de savoir si les droits et la santé en matière de reproduction sont intégrés dans le suivi de la mise en œuvre des droits de la personne ;
- Le fait de savoir si les droits et la santé en matière de reproduction sont inclus dans les rapports soumis aux organismes de suivi des traités des droits de l'homme, en particulier au CEDAW.

Sur 151 pays, 145 ont fourni des réponses à la question relative à la mise en œuvre des droits en matière de reproduction et 131 ont répondu avoir pris des mesures stratégiques, adopté des lois ou procédé à des changements institutionnels au niveau national dans le but d'établir les droits en matière de reproduction. L'analyse des différences régionales révèle que le nombre de pays ayant pris des mesures afin d'appliquer les droits en matière de reproduction est relativement plus élevé en Amérique latine, dans les républiques d'Asie centrale, en Asie et en Afrique subsaharienne que dans les Caraïbes, la CEI, l'Europe de l'Est

et l'Europe centrale, les Etats du pacifique et les Etats arabes. Seuls 14 pays ont reconnu n'avoir pris aucune mesure importante pour appliquer les droits en matière de reproduction. Même si les réponses recueillies en ce qui concerne les droits en matière de reproduction dans les Enquêtes mondiales de 1998 et de 2003 ne sont pas parfaitement comparables, il apparaît que des progrès significatifs ont été enregistrés depuis 1998 dans ce domaine.

Comme l'indique le Tableau 4.1, de nombreux pays ont déclaré avoir élaboré et adopté des politiques, nouveaux programmes, stratégies ou plans nationaux nouveaux ou une nouvelle législation sur les droits en matière de reproduction. Il s'agit là d'une importante avancée sur la voie de l'application. Rares sont les pays ayant fait état de l'application de stratégies d'information, d'éducation et de communication ou de plaidoyer ou de changements institutionnels, en particulier de formation du personnel aux droits en matière de reproduction, bien que de telles mesures soient essentielles pour garantir la pleine jouissance des droits en matière de reproduction.

L'importance de l'intégration des droits en matière de reproduction dans l'arsenal juridique est de plus en plus reconnue. Certains pays, comme l'Afrique du Sud et le Venezuela, les ont intégré dans leur constitution en leur conférant le statut de droits humains fondamentaux. L'Argentine a adopté une loi nationale sur la santé sexuelle et les responsabilités parentales. Certains Etats de la CEI, de l'Europe centrale et de l'Est, par exemple l'Albanie et

Tableau 4.1 Principales mesures prises par les pays pour assurer le respect des droits en matière de reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Adoption de plans/programmes/stratégies nationaux relatifs aux droits en matière de reproduction	75	57
Formulation de nouvelles politiques sur les droits en matière de reproduction	71	54
Promulgation de nouvelle loi/législation sur les droits en matière de reproduction	49	37
IEC/plaidoyer relatifs aux droits en matière de reproduction	24	18
Changement/formation institutionnel relatif aux droits en matière de reproduction	23	18
Total	131	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

l'Arménie, ont adopté des lois sur la santé et les droits en matière de reproduction basées sur les principes de la CIPD. La Moldova garantit, dans le cadre d'une loi adoptée en 2000, le droit des citoyens à prendre librement des décisions pour ce qui concerne l'information et les services en matière de santé de la reproduction, notamment la planification familiale

De nombreux pays, comme l'Azerbaïdjan, les Bahamas, le Bhoutan, l'Inde, l'Iran, la République démocratique populaire lao, le Pakistan, Sri Lanka et la Thaïlande, ont adopté des politiques basées sur le principe d'un libre choix en connaissance de cause pour tous les couples et individus. Le Plan directeur des Maldives en matière de santé se focalise sur les droits des individus et des couples de protéger leur santé en matière de reproduction. L'Oman, l'Égypte et le Yémen ont spécifiquement reconnu le droit de choisir une méthode de contraception appropriée.

Les pays utilisent de plus en plus la qualité des soins comme indicateur pour évaluer les progrès accomplis dans le respect des droits en matière de reproduction. En Bulgarie, par exemple, la pratique du consentement éclairé est l'un des critères d'évaluation des centres de santé en vue de leur agrément. Le Chili a adopté, en 1998, une charte des droits des patients qui insiste sur la qualité des soins et des traitements. L'Indonésie a accordé une haute priorité à la fourniture d'informations et services de qualité en matière de santé de la reproduction qui soient accessibles aux pauvres.

L'expérience démontre qu'il est important d'informer la population des récents changements dans la loi et les

politiques. De nombreux pays ont intensifié les campagnes d'information relatives aux droits en matière de reproduction.

4.3 SUIVI DES DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET FOURNITURE DE RAPPORTS

Dans le monde entier, les pays ont recours à divers mécanismes pour assurer le suivi des droits en matière de reproduction et des services de santé de la reproduction (Tableau 4.2 et 4.3). Certains pays disposent d'institutions nationales des droits de l'homme, notamment de commissions nationales pour assurer le suivi du respect des droits de l'homme. D'autres ont des médiateurs chargés des droits humains et de nombreux autres dépendent des procédures de suivi des traités internationaux des droits humains dont les dispositions ont force exécutoire.

Nombre de pays reconnaissent que les droits en matière de reproduction devraient être intégrés dans leurs rapports de pays au CEDAW et au Comité de la Convention relative aux droits de l'enfant. Cependant, les rapports au CEDAW sont souvent perçus comme un domaine relevant exclusivement de la compétence des services gouvernementaux chargés des affaires féminines. Il en résulte que les actions utiles initiées par les autres services ne sont pas portées à la connaissance du CEDAW.

Certains pays disposent de structures de surveillance, par exemple l'Estonie et le Kazakhstan. Les pays comme l'Inde, la Mongolie, le Népal, la Tanzanie et l'Ouganda ont des commissions nationales des droits de l'homme chargées du suivi des droits humains. La commission indienne des

Tableau 4.2 Mesures spécifiques prises par les pays pour intégrer les droits et la santé en matière de reproduction dans le suivi du respect des droits de la personne

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Suivi par le biais de diverses institutions nationales et régionales de suivi	49	58
Suivi par le biais des conventions internationales et des mécanismes d'établissement de rapports	35	41
Suivi par le biais de la coopération avec les mécanismes d'établissement de rapports des ONG	10	12
Total	85	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

Tableau 4.3 Mesures spécifiques prises par les pays pour intégrer les droits et la santé en matière de reproduction dans les rapports relatifs au suivi des traités sur les droits de la personne

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Pays qui soumettent régulièrement des rapports au CEDAW	71	72
Pays signataires de la CEDAW	60	61
Pays qui soumettent des rapports aux autres organes de suivi des traités sur les droits de l'homme	29	29
Total	99	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

droits de l'homme a adopté une déclaration sur les droits en matière de reproduction et définit les orientations que les différents Etats de l'Union indienne devraient suivre pour promouvoir et protéger les droits en matière de reproduction.

La plupart des pays de la CEI et de l'Europe centrale et de l'Est ont fait état d'une forte sensibilisation sur les droits en matière de reproduction. La santé et les droits en matière de reproduction sont généralement suivis dans le cadre des droits humains : outre leur inclusion dans le suivi de la CEDAW, ils figurent également dans les rapports au Comité des droits de l'homme chargé du suivi du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, et au Comité des droits économiques, sociaux et culturels. La Turquie procède au suivi des droits en matière de reproduction par le biais des procédures de la Charte sociale européenne et de la Convention européenne des droits de l'homme. Une étude de l'Association des femmes juristes mongoles, visant à identifier les mesures positives prises depuis l'adoption de sa constitution (1992) afin de protéger les droits en matière de reproduction et les droits de la femme, a mis en exergue les conflits et les difficultés existants dans l'environnement juridique, suggéré la création d'un cadre et identifié les orientations à suivre pour les activités futures.

Le Salvador, l'Equateur et le Panama ont intégré les droits et la santé en matière de reproduction dans leurs rapports. En Bolivie, le Bureau du médiateur est intervenu sur les cas d'allégations de violations des droits en matière de reproduction. Les syndicats ouvriers d'Antigua-et-Barbuda

commencent à participer à la surveillance des actes de harcèlement sexuel au travail, si bien que le gouvernement envisage de s'inspirer de la législation du Marché commun des Caraïbes (CARICOM) relative au harcèlement sexuel sur les lieux de travail.

De nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, par exemple le Nigéria et l'Ouganda, ont intégré les droits en matière de reproduction dans leurs activités de suivi général des droits humains, notamment dans des domaines tels que les pratiques traditionnelles néfastes, et en particulier la coupe génitale féminine et les cas de violence faite aux femmes.

En Asie et dans le Pacifique, des pays comme le Bhoutan, les Iles Cook, les Maldives, la Malaisie et la Thaïlande traitent des droits et de la santé en matière de reproduction dans leurs procédures d'établissement de rapports au CEDAW. Le Samoa joue le rôle de leader dans le Pacifique Sud, compte tenu du fait qu'il a accueilli une réunion régionale en 2003 et qu'il pilote et coordonne des activités en coopération avec le CEDAW.

Douze des quinze pays de la région arabe rendent compte aux organes de suivi d'un traité sur les droits de l'homme, notamment le CEDAW. Un certain nombre d'ONG intervenant dans les domaines sanitaires, sociaux et juridiques et basées en Palestine ont élaboré et soumis au CEDAW un rapport « parallèle » intégrant des indicateurs relatifs aux droits et à la santé en matière de reproduction.

Les pays ont encore du chemin à parcourir pour comprendre toute la portée des droits qui touchent à la



santé de la reproduction et la manière dont ils pourraient être utilisés pour renforcer la mise à disposition d'informations et de services pertinents en matière de santé. Dans leurs réponses au questionnaire de l'Enquête mondiale, la majeure partie des pays se sont concentrés sur la CEDAW et sur la Convention relative aux droits de l'enfant, laissant de côté les aspects relatifs aux droits en matière de reproduction des autres traités ayant force exécutoire, comme la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels.

Dans certains pays, en particulier en Equateur, en Ethiopie, au Ghana, au Kenya et au Libéria, des ONG et notamment des organisations de femmes juristes favorisent et suivent la mise en œuvre des droits en matière de reproduction. Un certain nombre de pays, en particulier l'Afghanistan, le Bhoutan, l'Erythrée, Fidji, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la Somalie, le Tchad et le Timor-Leste, ne procèdent pas au suivi des droits en matière de reproduction, souvent parce qu'ils n'ont pas la capacité de le faire. Pour bon nombre de pays, la collecte et la ventilation des données par sexe demeurent des problèmes majeurs.

4.4 INTEGRATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION DANS LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Le PA-CIPD reconnaît l'importance de l'accès à une gamme d'informations et de services intégrés concernant la santé de la reproduction. Les *Principales mesures* réaffirment la nécessité de renforcer l'efficacité des infrastructures, des équipements, du personnel et des compétences afin de fournir des ressources à cet effet et de garantir l'engagement des décideurs et des administrateurs de programme.

L'expérience enregistrée au cours de la dernière décennie et les réponses à l'Enquête brossent de la situation un tableau mitigé. En effet, d'une part, les services sont de plus grande envergure et l'usage des contraceptifs augmente, mais de l'autre, l'aptitude à fournir des services de santé de la reproduction, notamment en matière de planification familiale, est en retard sur la demande en progression impulsée par la croissance démographique et une meilleure acceptation. Les besoins en planification familiale non satisfaits restent très importants au sein des populations et des pays les plus pauvres. La mortalité et la morbidité maternelles restent élevés, même si l'on détecte quelques signes encourageants. L'incidence des infections sexuellement transmissibles, en particulier du VIH/sida, s'accroît rapidement dans de nombreuses régions, et tout particulièrement parmi les jeunes. De nombreuses zones ne connaissent ni le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, ni l'orientation vers des services spécialisés.

L'intégration des services de santé de la reproduction dans le système des soins de santé primaires est essentielle à la réalisation des objectifs de la CIPD. Dans ce contexte, la réforme du secteur de la santé a eu un impact considérable sur l'aptitude des pays à fournir des informations et des services en matière de santé de la reproduction. Malgré les problèmes posés par l'insuffisance des ressources, les interprétations et approches divergentes des soins de santé primaires, l'intégration de programmes spécialisés ou verticaux les uns avec les autres et l'intégration de la santé de la reproduction dans les soins de santé primaires, de nombreux pays ont consenti des efforts particuliers pour veiller à ce que la santé de la reproduction bénéficie de toute l'attention requise.

Tableau 4.4 Mesures spécifiques prises par les pays pour intégrer la santé en matière de reproduction dans les soins de santé primaires

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Services de soins de santé primaires élargis afin d'intégrer la planification familiale	62	46
Stratégies/plans/programmes nationaux d'intégration de la santé de la reproduction	48	35
Informations sur l'intégration de la prévention des IST et/ou du VIH/SIDA	43	32
Informations intégrées sur les adolescents et les jeunes	31	23
Intégration par le biais des prestataires de soins de santé de la reproduction	27	20
Intégration par le biais de changements institutionnels en matière de santé de la reproduction	25	18
Campagnes d'IEC/plaidoyer sur l'intégration de la santé de la reproduction	14	10
Politiques nationales intégrant la santé de la reproduction	14	10
Stratégies/plans/programmes locaux d'intégration de la santé de la reproduction	12	9
Informations intégrées sur le traitement de la stérilité	10	7
Total	136	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

Le PA-CIPD note : « Tous les pays devront s'efforcer de permettre le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015 accès, par l'intermédiaire de leur réseau de soins de santé primaires, aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus aux âges appropriés ».⁴

Les soins de santé primaires doivent prévoir un minimum indispensable de services de planification familiale et de santé maternelle ainsi que la prévention et la prise en charge des IST, en particulier le VIH/sida, comme prévu par le Programme d'action. Ils doivent, en outre, veiller à l'existence de possibilités de référence des patients vers des spécialistes.

Des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine de l'intégration de la santé de la reproduction dans les soins de santé primaires au cours des 10 dernières années : sur les 136 pays ayant signalé de telles mesures, 81 indiquent avoir commencé après la CIPD. Seuls 3 pays ont dit n'avoir pris aucune mesure, tandis que 93 pays ont déclaré en avoir pris plusieurs.

Le Tableau 4.4 montre la large diversité des réponses apportées par les pays à ces questions. Tous les pays de l'Afrique subsaharienne ont intégré un programme minimum de services de santé de la reproduction dans leurs soins de santé primaires. En Afrique du Sud, le principe de la disponibilité et de l'accessibilité de tous les services grâce à l'implantation de « centres multiservices » a entraîné l'intégration des services de santé de la reproduction. L'Erythrée, qui est encore en plein processus de mise en place de services de soins de santé primaires, reconnaît l'importance d'y inclure la santé de la reproduction. La Côte d'Ivoire et le Zimbabwe ont intégré les soins obstétricaux de base dans les soins de santé primaires, tandis que certains pays, comme le Libéria, le Mozambique et le Zimbabwe, y ont intégré la prévention des IST et du VIH/sida.

Un certain nombre de pays d'Asie et du Pacifique dotés de programmes de planification familiale bien établis les avaient déjà inclus dans leur système de soins de santé

primaires avant la CIPD et ils les ont, par la suite, élargis afin de prendre en charge une gamme plus large de services de santé de la reproduction. En Malaisie, par exemple, des volets majeurs du service de santé de la reproduction, en particulier les soins obstétricaux spécifiques, étaient déjà intégrés dans le système de soins de santé primaires avant la CIPD. C'est ensuite que d'autres volets tels que le traitement des infections de l'appareil génital, le traitement de la stérilité et le dépistage du cancer du col de l'utérus, ont été ajoutés.

Soixante-cinq pour cent des pays de l'Amérique latine ont commencé à intégrer un certain nombre de composantes de la santé de la reproduction dans leur système de soins de santé primaires. L'Argentine, l'Equateur et le Panama ont produit des manuels et des guides destinés aux travailleurs et aux étudiants du secteur de la santé. La Bolivie a démarré des programmes de formation et de sensibilisation pour le personnel des soins de santé. La formation du personnel des services de santé de la reproduction est une priorité au Honduras, une démarche qui entre dans le cadre des efforts visant à abaisser le taux de mortalité maternelle. Pour sa part, le Brésil a adopté une approche décentralisée. Les services, en particulier ceux fournis pour les IST, sont aujourd'hui intégrés dans les soins de santé primaires en Equateur. En sus de l'intégration des services de planification familiale et de soins de santé maternelle dans les soins de santé primaires, le Mexique fournit également des services de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein pour les femmes ménopausées et post-ménopausées ainsi que pour les IST et les services de référence spécialisés.

Même avant la CIPD, divers volets de la santé de la reproduction avaient été introduits dans les systèmes de soins de santé primaires de certains pays de la CEI, de l'Europe centrale et de l'Est, tels que le Bélarus, l'Estonie et la Lituanie. Dans d'autres pays, l'intégration a eu lieu immédiatement après 1994, lorsque les médecins de famille et les généralistes ont commencé à offrir une large gamme de services de santé de la reproduction, notamment des bilans réguliers de santé de la reproduction pour les femmes. La formation, la formation continue et le recyclage des professionnels de la santé peuvent souvent entraîner l'intégration de la santé de la reproduction dans les soins de santé primaires. La Fédération de Russie a créé 500 centres de santé de la reproduction au sein du département de la santé publique et des services d'ambulance avec un personnel formé en matière de santé de la reproduction offrent une assistance aux femmes des zones rurales éloignées.

Tous les pays de la région arabe attachent une grande importance aux soins de santé primaires. Les pays tels que le Bahreïn, la Turquie et le Maroc ont pris des mesures pour

ENCADRE 4.1 APPROCHE SECTORIELLE AU MOZAMBIQUE

Le plan stratégique du secteur de la santé du **Mozambique** s'articule selon cinq principes : efficacité et équité ; flexibilité et diversification ; partenariat et participation communautaire ; transparence et responsabilité ; intégration et coordination par le biais d'une approche sectorielle. En outre, le ministère de la Santé prend en considération, aux niveaux des politiques, de la planification et des programmes, les différences entre les sexes afin de satisfaire les besoins des hommes et des femmes en matière de santé.

assurer l'insertion de la santé de la reproduction dans les soins de santé primaires. Dans d'autres pays, les programmes de santé maternelle et infantile qui existaient déjà avant la CIPD ont été rattachés aux services des soins de santé primaires, avec la mise en œuvre de programmes de prévention et de traitement des IST, en particulier du VIH.

4.5 SANTE DE LA REPRODUCTION ET REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays ont engagé une réforme du secteur de la santé afin d'améliorer l'efficacité, l'accessibilité économique, la qualité et la sensibilité aux besoins des clients. La réforme implique des changements structurels tels que l'intégration et la décentralisation, ce qui pose autant de problèmes aux systèmes de soins de santé souffrant d'un déficit de financement et

s'étant développés sans planification globale. L'intégration des programmes de santé de la reproduction verticaux dans un processus de réforme plus large appelle également un engagement et un plaidoyer intenses, conditions qui ont parfois fait défaut. Les initiatives de maternité sans risques requièrent l'adoption de stratégies multisectorielles.

Il a également été noté des changements de grande ampleur depuis 1994 en matière de financement. La majorité des pays a maintenant recours à une combinaison de fournisseurs publics et privés de soins de santé primaires et à diverses approches de financement, en particulier pour ce qui concerne les accords de partage des risques ou les systèmes d'assurance. Certains pays, comme la Bolivie, ont intégré des volets santé de la reproduction dans leurs systèmes d'assurance maladie. Cette démarche a aussi eu un impact sur les programmes de santé de la reproduction.

Malgré les difficultés, certains pays ont inclus la santé de la reproduction dans le processus de réforme et font état de certains succès. Sur les 120 pays ayant mis en œuvre la réforme du secteur de la santé, 106 ont déclaré avoir introduit des aspects de la santé de la reproduction dans le programme. Certains pays ont noté que leur programme tient compte des clients ayant des besoins spécifiques, par exemple les adolescents et les jeunes (73 pays), les femmes, notamment les femmes enceintes (58 pays), ou les femmes, les hommes et les jeunes (44 pays). Un certain nombre de pays (20) ont signalé que leur programme intégrait l'information, l'éducation et les communications en matière de santé et de droits en matière de reproduction, tandis que deux pays ont fait savoir que l'intégration de la santé de la reproduction dans leur programme leur avait permis d'accroître les allocations budgétaires consacrées aux droits et à la santé en matière de reproduction. Seuls 12 pays ont déclaré n'avoir pris aucune mesure pour intégrer la santé de la reproduction dans leur programme de réforme du secteur de la santé.

Plus des deux tiers des pays d'Afrique ont intégré la santé de la reproduction dans leur programme de réforme du secteur de la santé. Dans certains pays, tels que le Botswana, les mesures prises comprennent l'évaluation de la structure institutionnelle des services de santé de la reproduction dans le but de garantir une meilleure mise en œuvre. Maurice a identifié des cibles en matière d'amélioration des indicateurs de la santé de la reproduction. L'intégration des besoins en santé de la reproduction des adolescents est reconnue comme un facteur important au Cap-Vert, en République démocratique du Congo, au Ghana et également en Angola, où, malgré le fait que le processus de réforme du secteur de la santé n'a pas encore été finalisé, les services de conseils destinés aux adolescents et aux

Tableau 4.5 Mesures principales prises par les pays pour améliorer l'accès à des services de santé de la reproduction de qualité

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Augmentation de la dotation en personnel et renforcement de la formation	77	54
Augmentation des points de prestation de services	48	34
Application de normes de qualité pour la fourniture de soins	45	31
Augmentation des ressources allouées, notamment des matériels de santé de la reproduction	36	25
Amélioration de la gestion et de la logistique en matière de santé de la reproduction	36	25
Partenariat avec des ONG, des organisations internationales et le secteur privé	33	23
Gratuité des services de santé de la reproduction dans toutes les structures de santé publique	25	17
Système décentralisé de soins de santé et de prestation de services	24	17
Services de santé de la reproduction d'un coût abordable dans tous les établissements de santé publique	21	15
Prestation de services adaptés aux besoins des jeunes	18	13
Total	143	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

jeunes sont déjà intégrés dans les structures de santé communautaires. Plusieurs pays, parmi lesquels l’Ethiopie, le Ghana et la Tanzanie, ont également lancé des programmes de santé de la reproduction dans le cadre des approches sectorielles initiées en tant que moyen de mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé.

La réforme du secteur de la santé fait beaucoup pour améliorer la santé de la reproduction dans presque tous les pays de la région Asie et Pacifique. Les Philippines en ont fait un volet majeur de leur programme de protection de la santé et de promotion féminine, considéré comme une priorité du secteur sanitaire. Au Cambodge, le plan stratégique du secteur de la santé reconnaît l’importance des besoins sanitaires des adolescents et des jeunes. Les ministères de la santé et de la population du Pakistan ont conjointement mis au point un programme de santé de la reproduction.

Plus de la moitié des pays de l’Amérique latine ont reconnu spécifiquement les besoins de santé des femmes, des hommes et des jeunes en tant que priorités de leurs programmes de réforme du secteur de la santé. Les soins obstétricaux d’urgence sont intégrés dans les programmes de réforme de presque tous les pays de la région. Au Chili, le programme de réforme intègre le dépistage des cancers du sein et du col de l’utérus, ainsi que les besoins des femmes ménopausées. La santé des adolescents est reconnue dans des pays tels que le Salvador, le Honduras, le Mexique et le Panama, où les stratégies mises en œuvre prévoient la prestation de services conviviaux pour les adolescents.

La plupart des pays des Caraïbes considèrent les besoins des femmes, des hommes et des adolescents en matière de santé de la reproduction comme des volets prioritaires de leurs programmes de réforme du secteur de la santé. Les Bahamas, par exemple, ont inséré les initiatives de santé des adolescents, de planification familiale et celles relatives à la santé des hommes dans les activités de l’Unité de santé maternelle et infantile du Département de la santé publique. Le Guyana offre des services de santé de la reproduction au niveau de l’ensemble de ses centres de santé et hôpitaux de district. Ces services sont aussi pleinement intégrés dans les dispensaires, les hôpitaux publics et les centres de santé. Le programme de la Trinité-et-Tobago couvre les services destinés à des groupes qui n’étaient pas considérés comme des groupes prioritaires, notamment les hommes, les jeunes et les couples stériles. La décentralisation des services est organisée grâce à la coopération des autorités régionales de la santé et aux partenariats avec les ONG.

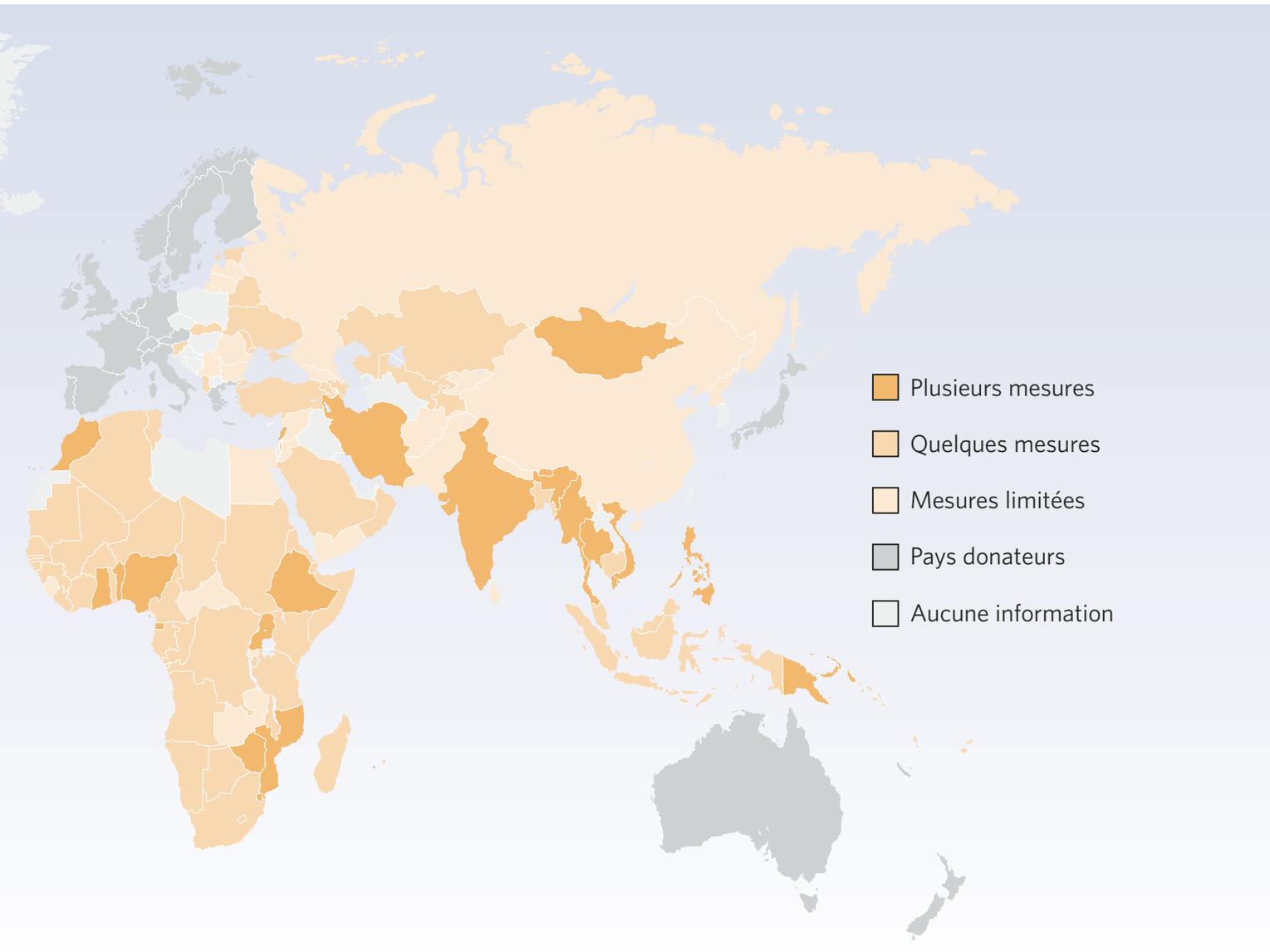
Les pays de la CEI, de l’Europe centrale et de l’Est n’ont pas tous entrepris de réforme de leur secteur de la santé et ceux qui l’ont fait n’y ont pas toujours intégré la santé de la reproduction. D’autres, tels que l’Albanie et la Lituanie ont

CARTE 1 Mesures prises par les pays pour améliorer l’accès à des services de santé de la reproduction de qualité



ciblé la santé de la reproduction en tant que priorité ou travaillent à son intégration, notamment celle de la santé maternelle, de la prévention et de la prise en charge des IST/VIH/sida, dans les services de soins de santé primaires des districts, à l’instar de l’Azerbaïdjan qui a intégré la santé de la reproduction dans la réforme du secteur de la santé.

La plupart des Etats arabes ont initié une réforme du secteur de la santé et plusieurs d’entre eux, en particulier Djibouti, la Jordanie, le Liban, l’Oman, la Palestine et la Somalie, ont introduit la santé de la reproduction dans leur programme de réforme. L’accent a été surtout mis sur la



prestation de services de santé maternelle et infantile, bien que l'Algérie ait également intégré des services de santé destinés aux adolescents et que le Yémen et l'Oman aient intégré la prévention du VIH/sida.

4.6 ACCES A DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION DE QUALITE

L'Enquête mondiale de 2003 demandait quelles étaient les mesures clés adoptées par les gouvernements pour améliorer l'accès à des services de santé de la reproduction et de santé sexuelle de qualité. Sur les 151 pays interrogés, 149 ont répondu à la question et 143 ont donné des informations sur les

mesures clés prises pour garantir un accès plus facile aux services de santé de la reproduction, 115 pays faisant état de la prise de plusieurs mesures clés. Seuls 6 pays ont déclaré n'avoir pris aucune mesure clé à cette fin. Les données relatives aux Enquêtes mondiales de 1998 et de 2003 ne sont pas exactement comparables, mais il est clair que les progrès enregistrés au cours des cinq dernières années sont considérables en ce qui concerne le nombre de pays ayant pris des mesures et la variété des mesures prises. Le Tableau 4.5 indique la variété des mesures principales prises par les pays.

Les pays ont mis l'accent sur la nécessité de corriger le déficit de personnel qualifié, en particulier pour ce qui est

Tableau 4.6 Mesures principales prises par les pays pour élargir les choix en matière de contraception

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Disponibilité de moyens contraceptifs d'urgence	68	54
Disponibilité de préservatifs féminins	65	52
Amélioration de la logistique pour assurer la disponibilité des contraceptifs	43	34
Contraceptifs et/ou services subventionnés ou gratuits	27	21
Vente de contraceptifs dans les pharmacies/sites non conventionnels	19	15
Formation des prestataires de services en gestion des contraceptifs	19	15
« Campagnes » de marketing social	15	12
Total	126	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

de la profession de sage-femme et dans le domaine des soins obstétricaux essentiels. Le Ghana, par exemple, a intensifié la fourniture de soins prénatals, périnatals et postnatals à tous les niveaux, notamment la formation de sages-femmes et d'autres prestataires de services. Au Bénin et en Guinée, la priorité a été donnée au recrutement de personnel supplémentaire et l'Afrique du Sud prend des dispositions afin de rendre disponible des ressources supplémentaires pour la formation des travailleurs de la santé et le déploiement d'un personnel additionnel. Le Bangladesh a mis en place une large gamme de programmes de formation, notamment dans les domaines de la profession de sage-femme et des soins obstétricaux de base.

Le renforcement des capacités en Asie et dans le Pacifique couvre la formation aux approches préconisant la qualité des soins pour tous les volets des programmes de santé de la reproduction (comme en Indonésie) et l'introduction de programmes de mise à jour des connaissances et aptitudes des prestataires de service à différents niveaux (comme en Iran). L'École de Médecine de Fidji offre un programme régional de formation pour les Îles du Pacifique, et Kiribati a ouvert une École de Sages-femmes. Pour leur part, les Palaos ont instauré la formation continue pour les jeunes médecins locaux. Dans certains pays, comme au Bhoutan, la formation des prestataires de services s'est focalisée sur l'amélioration des services offerts aux populations des zones rurales difficiles d'accès.

Parmi les programmes de formation mis en œuvre en Amérique latine, celui du Honduras vise les infirmières auxiliaires qui, une fois qualifiées, sont autorisées à fournir certains services, en particulier la pose des stérilets, l'administration des contraceptifs injectables et l'examen du col de l'utérus.

Un certain nombre de pays ont mis en place des protocoles pour normaliser la prestation de services de qualité. Au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en République populaire démocratique de Corée et en Mongolie, par exemple, il existe des protocoles pour la fourniture d'une large gamme de services de santé de la reproduction, tels que les contraceptifs, les soins de santé maternels et infantiles, la prévention et le traitement des IST et la prévention du VIH/sida ainsi qu'un contrôle de qualité des services de santé de la reproduction. L'Indonésie procède à la mise à jour des protocoles existants. La Jamaïque identifie actuellement des indicateurs pour évaluer et suivre la qualité des services de santé de la reproduction.

Bon nombre de pays ont fait des efforts pour moderniser leurs établissements de santé de la reproduction. Au Botswana, 90 % de la population vit aujourd'hui à moins de 15 km d'un établissement de soins. Les mesures prises portent, notamment, sur la certification ou l'agrément des établissements (Mozambique), le renforcement des établissements et la garantie d'un suivi médical spécialisé (Brésil), la mise en place d'unités médicales mobiles (Salvador et Arménie) et la prestation de services gratuits ou peu onéreux dans les bidonvilles ou les sites urbains d'habitations spontanées (148 pays).

4.7 PLANIFICATION FAMILIALE

L'accès à une large gamme de techniques modernes de planification familiale conçues en fonction de l'âge, du sexe et des circonstances est essentiel pour tout individu sexuellement actif. Cet accès doit être strictement volontaire. L'abstinence (ou, pour les jeunes, le report du démarrage de l'activité sexuelle) doit toujours représenter une option. Cependant, l'expérience et les conclusions des recherches accumulées au cours de la dernière décennie démontrent que la recommandation de l'abstinence et la mise à disposition d'informations sur la planification familiale ne s'excluent pas mutuellement : en fait, plus les jeunes en savent, plus ils ont tendance à adopter une attitude et un comportement responsables. De nombreuses femmes mariées n'ont pas la possibilité de refuser les rapports sexuels avec leur époux et doivent donc disposer de méthodes dont elles ont la maîtrise.

La majeure partie des pays en développement disposant de données sur les tendances notées pendant les dix dernières

Tableau 4.7 Mesures principales prises par les pays pour garantir la sécurisation

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Mise en place de systèmes de gestion de la logistique ou de plans d'achat	70	59
Assistance des organismes internationaux en vue de l'obtention/la fourniture de contraceptifs	39	33
Partage des infrastructures/plans interinstitutions de coordination pour garantir la sécurisation des produits	33	28
Partenariats du gouvernement avec les ONG, le secteur privé et les groupes religieux pour la prestation de soins de santé de la reproduction	22	18
Formation de la direction, de l'administration et du personnel à la gestion des moyens logistiques	13	11
Total	119	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

années ont enregistré une forte augmentation de l'utilisation des contraceptifs.⁵ Dans 20 pays ayant fait l'objet de deux enquêtes, entre le début et le milieu des années 1990, la prévalence des contraceptifs a augmenté pour chaque cas, passant d'une moyenne de 28 % au départ à 35 %. L'augmentation était en moyenne de 1,39 % par an, soit une augmentation proportionnelle de 46 %. La proportion des méthodes modernes utilisées a également augmenté dans 19 de ces pays. Les groupes les plus pauvres ont souvent connu de fortes augmentations, notamment lorsque la prévalence est partie de niveaux relativement faibles. L'appui du gouvernement a été un important déterminant pour ce qui est de l'utilisation des contraceptifs.⁶

Dans le monde, plus de 600 millions de femmes mariées ont recours à la contraception – 500 millions environ dans les pays en développement. Cinq méthodes modernes de contraception – stérilisation des femmes, contraceptifs oraux, contraceptifs injectables, stérilets et préservatifs – sont les méthodes les plus courantes. Il ressort des estimations qu'en 2000, quelque 123 millions de femmes n'avaient pas facilement accès à des moyens de contraception sûrs et efficaces. Le pourcentage de femmes mariées ayant besoin des services de planification familiale sans pour autant utiliser la moindre méthode contraceptive est, en moyenne, de 24 % en Afrique subsaharienne, et d'environ 18 % en Afrique

du Nord, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes. En Afrique subsaharienne, de nombreuses femmes n'ont simplement pas connaissance de la moindre technique moderne de contraception.⁷

Au cours de la dernière décennie, la fécondité a marqué un recul dans presque tous les pays en développement, parallèlement avec l'augmentation rapide de l'utilisation des méthodes modernes de contraception selon les régions et les pays. Les conclusions de plus de 100 enquêtes réalisées depuis l'année 1990 laissent à penser que les populations souhaitent de plus en plus avoir des familles moins importantes et qu'elles sont de plus en plus nombreuses à réussir à avoir le nombre d'enfants souhaités. Cette situation est attribuable aux progrès réalisés depuis la CIPD dans la mise à disposition d'informations relatives à une large gamme de méthodes de contraception et dans l'amélioration de l'accès aux dites méthodes.

L'Enquête comprenait une question sur les mesures clés prises dans le but d'élargir le choix des contraceptifs. Sur les 151 pays approchés, 143 ont répondu à la question : 126 ayant indiqué avoir pris une mesure clé, 88 d'entre eux ayant pris plusieurs mesures, et 17 pays ayant signalé n'avoir pris aucune mesure clé. Les progrès réalisés depuis l'année 1994 et depuis la CIPD+5 sont considérables, à la fois pour ce qui concerne le nombre de pays prenant des mesures majeures et la variété des mesures prises afin d'accroître le flux des informations sur les contraceptifs et l'accès à ces derniers, ainsi que pour élargir le choix de contraceptifs (Tableau 4.6).

Deux nouvelles méthodes contraceptives sont devenues très courantes au cours de la décennie consécutive à la CIPD : la contraception d'urgence (la « pilule du lendemain ») et le préservatif féminin, qui constitue la seule méthode contrôlée par les femmes susceptibles de prévenir l'infection à VIH. L'augmentation des ressources a donné un nouvel élan à la recherche sur les microbicides destinés à lutter contre l'infection à VIH.

ENCADRE 4.2 SECURISATION DES PRODUITS DANS LA REGION DU PACIFIQUE

Les **Iles Cook, Fidji, les Iles Salomon, Tonga et Tuvalu** ont élaboré le Plan d'Action du Pacifique pour la sécurisation des produits en réponse à une résolution adoptée par la réunion des ministres de la Santé du Commonwealth de 2002. Ce plan, qui met l'accent sur la nécessité d'un leadership politique, prévoit un poste budgétaire indépendant pour la sécurisation des produits. Il appelle à la création d'un entrepôt régional doté de systèmes coordonnés et efficaces d'entreposage et de distribution, ainsi qu'à celle de mécanismes appropriés pour le recouvrement des coûts et la durabilité.

ENCADRE 4.3 VERS LA DURABILITE DANS LE DOMAINE DE LA SECURISATION DES PRODUITS

L'Ouganda offre un bon exemple des initiatives prises au cours des dernières années pour améliorer la sécurisation des produits. Ce pays a mis en place un Comité de coordination de la contraception qui se réunit régulièrement afin de prévoir les besoins en contraceptifs. Un comité interinstitutions en matière de santé de la reproduction se réunit tous les trimestres pour s'assurer de l'existence des crédits nécessaires à l'acquisition des produits de santé de la reproduction. Le programme national d'acquisition de médicaments couvre aujourd'hui les contraceptifs. Le gouvernement central budgétise les produits de santé de la reproduction et a renoncé au système d'approvisionnement automatique pour adapter le système d'approvisionnement à la demande.

Les pays ont eu recours à diverses méthodes pour vulgariser le préservatif féminin. L'Azerbaïdjan a commencé avec un programme pilote gouvernemental, alors que dans certains pays des Caraïbes, ce sont les associations de planification familiale qui ont joué un rôle moteur. Le préservatif féminin est disponible à peu près dans les deux tiers des pays de l'Afrique subsaharienne, même si un certain nombre de pays notent que, pour des raisons aussi bien financières que culturelles, il n'est pas souvent utilisé. Un certain nombre de pays d'Asie et du Pacifique ont constaté un usage limité des préservatifs féminins. Au Bhoutan, ces derniers sont introduits dans le cadre des efforts de prévention des IST et du VIH/sida dans les zones à haut risque. La Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Mongolie les ont introduits récemment dans le cadre de leur programme de prévention du VIH/sida. En Bolivie, les préservatifs féminins sont disponibles à la fois par le biais du marketing social et par celui du système de santé publique. Le Chili envisage de mener des études sur l'acceptabilité de la méthode.

La contraception d'urgence est un appoint utile aux services de planification familiale. Elle est aujourd'hui disponible dans bon nombre de pays de l'Afrique subsaharienne, même si elle ne l'est pas sur une grande échelle, notamment dans les zones rurales. Au Mozambique, elle est inscrite au programme d'enseignement formel et les unités sanitaires reconditionnent les pilules contraceptives en petits emballages pour en réduire le coût à l'achat.

En Asie et dans le Pacifique, la contraception d'urgence est le plus souvent disponible autour des grandes agglomérations et dans les zones urbaines, parfois encore sous forme d'initiative pilote, et dans certains pays grâce au secteur privé et/ou système de santé publique. C'est ainsi qu'elle existe, par exemple, au Cambodge, en Chine, en Inde, en Iran, en Indonésie, en Mongolie, au Népal et en Thaïlande.

Dans certains pays de la CEI, ainsi que dans d'autres de l'Europe de l'Est et de l'Europe centrale, la contraception d'urgence existe sur une faible échelle. En Lettonie, par exemple, elle est disponible sous forme de médicament vendu sans ordonnance dans les pharmacies. En Moldova, les médecins et pharmaciens spécialistes de la planification familiale ont été formés à son utilisation.

4.8 SECURISATION DES PRODUITS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

Le Programme d'action et les *Principales mesures* insistent sur la nécessité de rendre les services de qualité abordables d'un point de vue financier, acceptables et accessibles à tous ceux qui en auraient besoin et souhaiteraient les acquérir, notamment par la fourniture, en quantité adéquate, de toute une gamme de méthodes contraceptives et d'autres produits de santé de la reproduction. La satisfaction de la demande de plus en plus importante, du fait de la croissance démographique et d'une plus large utilisation des services, a présenté certaines difficultés pour les pays, compte tenu de leurs capacités actuelles.

La sécurisation des produits dépend de l'approvisionnement en quantités adéquates en produits de santé de la reproduction, en particulier en préservatifs pour la prévention du VIH et de la possibilité d'anticiper et de satisfaire la demande au fur et à mesure qu'elle se manifeste. Les pays doivent avoir la capacité de collecter, d'analyser et de communiquer les données et de se procurer, de stocker et de distribuer les produits.

Les réponses à l'Enquête mondiale 2003 ont permis de constater une importante amélioration au cours de l'année 1994, 119 pays ayant rendu compte de la prise d'une ou de plusieurs mesures afin d'améliorer la sécurisation des produits de la santé de la reproduction et 56 ayant signalé avoir pris des mesures multiples. Seuls 18 pays n'avaient pris aucune mesure (Tableau 4.7).

En Afrique subsaharienne, environ 70 % des pays ont mis en place des systèmes de gestion logistique ou des plans d'achat. La plupart d'entre eux ont bénéficié d'une assistance technique extérieure pour se procurer ou fournir des contraceptifs. Dans certains pays, tels que le Botswana, le gouvernement se charge de la fourniture de tous les produits de santé de la reproduction.

Un certain nombre de pays d'Asie et du Pacifique, en particulier certains pays des Iles du Pacifique et le Bangladesh, ont initié des mesures visant à résoudre les problèmes de transport. La création d'un poste budgétaire pour faire face à ces problèmes constitue, dans de nombreux pays, une autre mesure importante.

Des pays de l'Amérique latine, tels que le Paraguay et le Nicaragua, ont aussi pris des mesures, notamment en mettant en place des systèmes de gestion logistique ou des plans d'achat utilisant un système informatisé. Dans les Caraïbes, la Jamaïque a élaboré des tableaux annuels d'achat de contraceptifs prévoyant une distribution directe trimestrielle des produits. Le Mexique a mis au point des systèmes pour évaluer les besoins des utilisateurs et assurer la disponibilité d'une large gamme de méthodes modernes et réversibles.

Il existe, au sein du ministère de la Santé de l'Inde, une division chargée de la sécurisation des produits de la santé de la reproduction. Le ministère a choisi deux organismes nationaux pour les achats. Les industriels indiens produisent et fournissent les produits de santé de la reproduction pour le pays mais aussi pour l'exportation. L'Iran pourvoit aussi à la majeure partie de ses besoins en matière de contraception, encourage les importations pour combler les déficits et a initié un processus d'adoption d'un système de contrôle de la qualité des contraceptifs.

L'Albanie dispose aujourd'hui d'une commission nationale pour la sécurité des contraceptifs et l'Arménie a mis sur pied un système d'information de gestion logistique. L'Azerbaïdjan a intégré l'accès à des médicaments et contraceptifs de qualité dans son programme de réduction de la pauvreté et de croissance économique pour la période 2000/2005 et son manuel de formation à la sécurisation des produits contraceptifs a été traduit en azéri. Cependant, il reste encore quelques pays de la CEI et de l'Europe centrale et de l'Est qui ne disposent d'aucune politique ou stratégie de sécurisation des produits de la santé de la reproduction.

Environ 70 % des pays arabes ont pris des mesures pour améliorer l'achat, le stockage et la distribution des produits. Les pays comme la Syrie et le Liban financent ou prévoient le financement de leurs propres achats. En Palestine, les produits de santé de la reproduction sont aujourd'hui inscrits sur la principale liste d'achat du ministère de la Santé.

De nombreux pays comptent sur l'aide extérieure pour financer les produits de santé de la reproduction. Douze pays de l'Afrique subsaharienne ont fait savoir qu'ils reçoivent de l'aide des partenaires au développement pour l'acquisition de contraceptifs avec, dans certains cas, un financement à 100 % par les donateurs. Des exemples existent dans toutes les régions. Plusieurs pays, parmi lesquels le Bhoutan, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, l'Indonésie et le Pérou travaillent à la réalisation de l'auto-suffisance et ont intégré des dispositions budgétaires pour assurer la sécurisation des produits de la santé de la reproduction ou des programmes de recouvrement des coûts.

Tableau 4.8 Mesures prises par les pays pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Formation des fournisseurs de soins de santé	76	53
Stratégies/plans/programmes relatifs à la mortalité maternelle	68	47
Services prénatals et postnatals améliorés	66	46
Amélioration de la collecte des données et de la tenue des dossiers pour le suivi	45	31
Fourniture d'IEC/plaidoyer pour réduire la mortalité maternelle	40	28
Création d'un réseau de centres de santé de la reproduction/planification familiale	21	15
Fourniture de services de santé maternelle pour les groupes vulnérables/zones éloignées	19	13
Partenariat avec des organismes des Nations Unies/ONG en ce qui concerne les services de santé maternelle	17	12
Mise à disposition de moyens de transport pour les soins obstétricaux d'urgence	12	8
Tous les accouchements se font à l'hôpital	10	7
Total	144	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

Dans de nombreux pays situés dans toutes les régions, les produits de la santé de la reproduction sont fournis en partenariat avec les ONG telles que les associations de planification familiale, ou avec le secteur privé, et bon nombre de ces dernières ont mis en place des comités de coordination interorganisations pour assurer la disponibilité de produits de qualité à des prix abordables.

4.9 REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLES

La CIPD a reconnu les complications liées à la grossesse et à l'accouchement comme faisant partie des principales causes de mortalité des femmes en âge de procréer dans de nombreuses régions du monde en développement. Elles provoquent la mort de 529 000 femmes chaque année, 99 % de ces cas étant enregistrés dans les pays en développement. Un nombre vingt fois plus important de femmes, au moins, souffrent de lésions débilitantes et de complications, notam-

ENCADRE 4.4 ATTEINDRE LES ZONES DIFFICILES D'ACCES

L'Etat du Rajasthan, en Inde, a rénové 79 centres de soins obstétricaux, formé le personnel des hôpitaux de district à la prise en charge des cas obstétricaux d'urgence et s'est mis à l'écoute des communautés, des responsables de la santé, des dirigeants des communautés villageoises et des hommes politiques. Le projet financé par l'UNFPA a permis de multiplier par deux le nombre d'établissements utilisables et d'augmenter de 50 % le nombre de femmes traitées.

L'Arménie a entrepris des projets portant sur une détection, une prise en charge et une référence précoces des complications liées à la grossesse. Ces projets permettent notamment de former les médecins et des sages-femmes ainsi que de fournir du matériel médical moderne et des produits de santé de la reproduction. En outre, plusieurs districts disposent d'équipes mobiles qui fournissent des soins obstétricaux de base, d'autres services de santé maternelle et des services de planification familiale dans les zones difficiles d'accès ou éloignées.

Avec l'aide des donateurs, l'Azerbaïdjan a exécuté un projet de Maternité sans risques et de soins aux nouveau-nés qui comprend un renforcement des capacités du personnel de santé, assure une meilleure sensibilisation des femmes et adolescentes à la nécessité d'adopter des styles de vie sains, promeut un environnement favorable aux mères et aux nouveau-nés dans les services de maternité et accorde une attention toute particulière aux populations vulnérables.

développées du monde. Le ratio de mortalité maternelle était estimé à 400 pour 100 000 naissances vivantes dans le monde en 2000. Si l'on considère les statistiques par région, c'est l'Afrique subsaharienne qui a enregistré le plus grand nombre de cas (830), suivie de l'Asie, y compris le Japon (330), le Pacifique, à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande (240), l'Amérique latine et les Caraïbes (190) et les pays développés (20). Dans les zones à taux de fécondité élevé, les femmes sont confrontées plusieurs fois dans leur vie à ce risque et le risque cumulé de mortalité maternelle pendant la durée de la vie pourrait être de 1 pour 16, alors qu'il n'est que de 1 pour 2 800 dans les pays développés.⁸

Cinq causes médicales sont à l'origine de 75 % des décès maternels. Les syndromes tels que l'éclampsie ou l'hémorragie, qui représentent ensemble plus du tiers des décès maternels, peuvent survenir très soudainement, d'où la nécessité de mettre l'accent sur un diagnostic rapide et sur l'orientation vers des services spécialisés. En Afrique subsaharienne, la proportion des accouchements bénéficiant de l'assistance d'un personnel qualifié est passée de 33 % à 41 % entre 1985 et 2000. Dans les pays en développement, environ 65 % des femmes sont suivies médicalement pendant la grossesse, 40 % des accouchements se déroulent dans des établissements de santé et un peu plus de la moitié des accouchements se font avec l'assistance d'un personnel qualifié.⁹

Les stratégies de réduction de la mortalité maternelle ont également besoin de plus larges efforts pour la prise en charge de la santé des femmes. Il s'agit, en particulier, de l'amélioration de la nutrition des femmes et des filles afin de renforcer leur résistance et prévenir l'anémie, de lutter contre les maladies infectieuses, telles que le paludisme et les affections non contagieuses, comme la cardiopathie rhumatismale, et de prévenir la violence. Les interventions de santé de la reproduction œuvrent à la promotion de la santé et de la survie des enfants en bas âge et permettent de créer un lien important entre les objectifs de la santé maternelle et infantile.

L'Enquête demandait aux pays de rendre compte des mesures clés qu'ils avaient pris afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Cent quarante-six des 151 pays interrogés ont répondu à la question, 144 d'entre eux ayant signalé avoir pris des mesures spécifiques et un grand nombre d'entre eux (113) ayant déclaré avoir pris des mesures multiples (Tableau 4.8).

Des pays tels que la Malaisie et Sri Lanka ont maintenu un environnement politique favorable et un engagement politique durable. Outre le fait qu'ils disposent de sages-femmes qualifiées et veillent à garantir la présence d'un

ment les 50 000 à 100 000 d'entre elles qui souffrent de fistules obstétricales. La plupart de ces décès et incapacités auraient pu être évités si toutes les femmes avaient accès aux soins prénatals, à l'assistance d'une personne qualifiée lors de l'accouchement, et avaient accès aux soins médicaux d'urgence en cas de complications. Un certain nombre de femmes développeront des complications à l'accouchement, mais il est difficile de prévoir ces complications ou de les déceler préalablement par le biais des soins prénatals. Il en résulte que les soins obstétricaux d'urgence sont essentiels.

En 1999, les Principales mesures avaient affiné et renforcé les objectifs de la CIPD visant à réduire de 75 % l'incidence de la mortalité maternelle. Dans les zones connaissant une mortalité maternelle élevée, les accouchements devraient être pratiqués par un personnel qualifié pour au moins 40 % des naissances d'ici 2005, 80 % d'ici 2010 et 90 % d'ici 2015. La réduction de la mortalité maternelle est l'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement.

Sur les quelque 529 000 décès maternels (estimation) relevés en 2000, 95 % sont survenus en Afrique subsaharienne et en Asie, 4 % (22 000) en Amérique latine et dans les Caraïbes et moins de 1 % (2500) dans les régions les plus

Tableau 4.9 Mesures principales prises par les pays pour réduire la propagation des IST et les prendre en charge

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Plans/programmes/stratégies nationaux	114	77
Prestation de services de prévention, de traitement et de prise en charge des IST	99	66
Campagnes d'IEC/plaidoyer sur la prévention et le traitement	80	54
Commission/organisme/ministère/bureau national créé par le gouvernement	49	33
Partenariats avec les ONG, l'ONU et d'autres organisations internationales	43	29
Systèmes de suivi et de surveillance	35	23
Initiatives de sensibilisation ciblant les populations vulnérables	27	18
Politiques nationales de prévention/lutte contre les IST	23	15
Marketing social des préservatifs et des médicaments contre les IST	22	15
Partenariats entre organismes intragouvernementaux pour la prestation de services	13	9
Lois/mesures législatives sur la prévention du VIH/sida/IST	10	7
Total	149	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

personnel qualifié au cours des accouchements, ils ont aussi renforcé leurs systèmes sanitaires, instauré l'enregistrement des actes d'état civil et amélioré l'accès aux services et la qualité des soins par le biais de l'intervention des sages-femmes rurales, étroitement associée à la fourniture de services obstétricaux d'urgence. Ils ont tenté de trouver un bon équilibre entre les dépenses privées et les dépenses publiques.

Il est possible, comme l'ont démontré la Bolivie, la Chine, l'Égypte, le Honduras, l'Indonésie, la Jamaïque, la Mongolie et le Zimbabwe, de réduire considérablement la mortalité maternelle en une seule décennie. Ces pays ont prouvé que les politiques cohérentes visant à assurer une maternité sans risques peuvent avoir un impact. Le facteur commun est la présence d'une accoucheuse qualifiée ou la disponibilité d'un système de référence médicale satisfaisant et acceptable.

Les coûts liés à la fourniture de services de maternité sans risques peuvent être considérables et décourager les éventuels utilisateurs desdits services. Le programme bolivien d'assurance a renforcé le recours aux services maternels, mais de nombreux pauvres demeurent hors du système. Par ailleurs, en Indonésie, une petite étude a démontré que le système de protection sociale utilisé pour réduire les coûts des services aux pauvres n'avait pas du tout entraîné une intensification de l'utilisation des infrastructures sanitaires.

Un certain nombre de pays de l'Afrique subsaharienne ont introduit la formation aux soins obstétricaux de base. Il s'agit, en particulier, de l'Angola, du Bénin, du Burundi, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Kenya, du Lesotho, du Libéria, du Mozambique, du Niger, de la Namibie, du Sénégal, du Swaziland, du Tchad et de la Zambie. De nombreux pays des autres régions ont aussi noté qu'ils avaient formé des sages-femmes. En Iran, par exemple, les sages-femmes rurales reçoivent une formation théorique et pratique pour une période de six mois et sont également tenues d'avoir géré un minimum de 20 accouchements avant d'être reconnues comme sages-femmes qualifiées. Au Panama, la formation des sages-femmes travaillant dans les zones rurales et avec les populations autochtones est une priorité. Le Liban a progressivement supprimé l'utilisation d'accoucheuses non qualifiées et le Liban et Oman ont renforcé leurs services de référence des malades vers des établissements de soins obstétricaux d'urgence.

Certains pays, notamment Fidji, encouragent toutes les mères à accoucher, soit en milieu hospitalier, soit avec l'aide de professionnels de la santé qualifiés. Le Bhoutan prend des mesures pour que la moitié, au moins, de tous les accouchements normaux soient suivis par un personnel qualifié. L'Argentine a réorganisé ses services sanitaires afin de rendre disponibles des soins obstétricaux essentiels. Le Chili a réduit les risques liés à l'accouchement avec l'instauration de directives pour le traitement périnatal. L'El Salvador a mis en place des services obstétricaux modèles de qualité dans les hôpitaux et les centres de santé. Le Paraguay a amélioré les soins obstétricaux d'urgence et néonataux. L'Uruguay a un taux de mortalité maternelle relativement faible, situation attribuable à la généralisation des soins prénatals et à la haute qualification du personnel chargé d'assister aux accouchements.

Dans les Caraïbes, certains gouvernements ont mis en place des comités de santé maternelle et infantile ou des groupes techniques consultatifs, comprenant des médecins, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux. D'autres mesures ont été prises, en particulier l'amélioration de

l'analyse des données, les soins obstétricaux d'urgence et la fourniture généralisée de soins prénatals et postnatals par des sages-femmes. En Jamaïque, les patientes dans chaque district peuvent accéder aux soins obstétricaux d'urgence, plus précisément à des infrastructures spécialisées pour le transport et l'orientation vers des services plus spécialisés. Il existe aussi, pour les grossesses à haut risque, des centres spécialisés de consultation prénatale qui fournissent une formation interne sur les signes annonciateurs de problèmes obstétricaux et les mesures à prendre. Saint-Vincent-et-les-Grenadines organise une conférence annuelle sur la morbidité et la mortalité périnatales afin d'étudier les données recueillies au niveau national.

De nombreux pays de l'Afrique subsaharienne ont pris des mesures visant à améliorer les soins prénatals et postnatals et à assurer une meilleure nutrition, un traitement précoce du paludisme et la fourniture de suppléments en vitamine A. En Amérique latine, depuis la CIPD, 73 % des pays de la région ont amélioré leurs services prénatals et postnatals et 70 % ont élaboré des stratégies et des programmes de réduction de la mortalité maternelle.

Il a été enregistré un recul significatif de la mortalité maternelle et infantile en Egypte, pays où la santé générale des femmes et des adolescentes a connu une amélioration. Des services ont également été fournis pour les soins de santé périnatals et postnatals.

Bon nombre de pays ont pris des mesures visant à améliorer la collecte et le stockage des données pour le suivi, par exemple en Angola, en Argentine, en Bolivie, au Cambodge, à Cuba, en Namibie, à Sri Lanka, aux Philippines et au Zimbabwe. On peut noter, au nombre des mesures prises, les audits sur la mortalité maternelle.

Dans les pays à taux de mortalité maternelle élevé, la priorité est de garantir la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence, de moyens de communication et de moyens de transport abordables et accessibles. Certains pays veillent à assurer des services ambulanciers et de transfusion sanguine dans les zones rurales. La Mongolie, pays aux vastes étendues et au climat rigoureux, dispose de 316 maisons de repos maternelles dans lesquelles les gardiennes de troupeaux peuvent séjourner et bénéficier de soins prénatals essentiels dans les semaines précédant leur accouchement. En Syrie, le nombre de maternités a augmenté et des ambulances ont été fournies, en particulier dans les zones mal desservies.

Même si certains pays, en particulier les plus pauvres, ont réussi à réduire la mortalité maternelle, les progrès réalisés dans la plupart des pays demeurent lents. La mortalité et la morbidité maternelles se situent toujours à des niveaux inacceptables dans de nombreux pays.

4.10 PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La recherche, la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles font partie des initiatives liées à la santé de la reproduction mises en exergue dans le PA-CIPD. L'Enquête a posé des questions distinctes sur le VIH/sida, qui sont analysées au Chapitre 6.

Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé, l'on enregistre, chaque année, quelque 340 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles curables.¹⁰ Une forte proportion des infections touchent les jeunes, les jeunes femmes étant particulièrement vulnérables. Les IST représentent une importante proportion de la morbidité mondiale et elles accroissent le risque d'infection par le VIH, ce qui renforce considérablement leur impact sur la vie et la santé des individus.

Les IST peuvent être asymptomatiques, notamment chez les femmes, ce qui les rend plus difficiles à détecter et à traiter, alors qu'elles peuvent causer des problèmes à long terme, tels que les douleurs chroniques, la stérilité, les grossesses extra-utérines, les grossesses à mauvaise évolution et le cancer génitaux. Le recours à l'observation des maladies et symptômes associés (l'approche syndromique) peut entraîner un diagnostic par excès et une surmédicalisation, mais il n'existe pas encore d'instruments efficaces de diagnostic.

La difficulté relative des diagnostics et des traitements ainsi que les graves conséquences des IST, en particulier pour la santé des femmes, rendent la véritable prévention encore plus cruciale, notamment parmi les jeunes, qu'ils soient mariés ou non. Les programmes d'information, d'éducation et de communication peuvent aider les jeunes à comprendre la nécessité d'une attitude et d'une pratique responsables dans leur comportement sexuel, notamment, selon qu'il est approprié, par l'abstinence. Mais les services, en particulier les préservatifs masculins et féminins, sont tout aussi essentiels.

Sur les 149 pays ayant répondu à la question, 147 ont déclaré avoir pris des mesures clés pour prévenir et prendre en charge les infections sexuellement transmissibles, 135 d'entre eux ayant indiqué avoir pris des mesures multiples. Le Tableau 4.9 montre la variété des mesures clés prises par les pays.

Soixante pour cent des pays de l'Afrique subsaharienne ont mis en œuvre, pour de nombreux cas dans le cadre des programmes de prévention du VIH/sida, des mesures clés pour prévenir les IST. Plus de 51 % des pays fournissent des services de prévention, de traitement et de prise en charge des IST. Si seulement 7 pays ont adopté des politiques nationales pour la prévention et la lutte contre les IST, plus de la

Tableau 4.10 Mesures principales prises par les pays pour prévenir les complications liées aux avortements à risques et les prendre en charge

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Prestation de services post-avortement	62	53
Services de planification familiale et contraceptifs disponibles à titre de mesures de prévention	38	32
Formation des agents de santé à la prestation de services post-avortement	24	21
Mise en place d'infrastructures pour la prévention et la prise en charge des complications liées à l'avortement	15	13
Définition des directives pour les soins post-avortement en l'absence d'une politique ou d'un programme officiel	14	12
Total	117	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

moitié des pays de la région mènent des activités d'information et de sensibilisation. Compte tenu de la forte incidence du VIH dans la région, il est essentiel que les pays restent vigilants pour ce qui concerne le suivi et la surveillance des IST ; toutefois, seuls neuf pays ont signalé disposer de tels systèmes.

Dans leurs programmes de lutte contre les IST et le VIH/sida, un certain nombre de pays de la région utilisent l'approche syndromique au traitement des IST. Il s'agit, notamment, du Burundi, de la Côte d'Ivoire, de l'Erythrée, du Ghana, de la Guinée, du Libéria, de la Namibie, du Nigéria, du Swaziland et du Zimbabwe. La Guinée et le Tchad ont déclaré avoir procédé à une promotion de vaste envergure de l'utilisation des préservatifs. Le Botswana offre des programmes de dépistage au grand public. Les autres mesures prises concernent la promotion du dépistage chez les travailleurs du sexe, les centres de conseils et de dépistage volontaires, ainsi que le suivi des partenaires. Cependant, bon nombre de pays ne disposent pas encore de ces services.

Plus d'un cinquième des pays de l'Afrique subsaharienne ont augmenté les effectifs du personnel de santé de la reproduction formé à la prise en charge des IST et du VIH/sida et aux interventions en partenariat avec les ONG.

Plusieurs pays d'Asie et du Pacifique ont adopté des politiques nationales relatives aux IST, en particulier l'Afghanistan, le Bangladesh et la Mongolie, où les infections de l'appareil génital ainsi que les IST sont incluses dans les services de santé de la reproduction. Le Népal a mis

au point, en matière de VIH/sida, une stratégie nationale qui est également considérée comme une sorte de feuille de route pour la prévention et la réduction des IST.

Dans le cadre de leur programme national de prévention du sida et des IST et de lutte contre ces affections, les Philippines intègrent l'approche syndromique dans les points de fourniture de services du secteur public, instaurent une collaboration avec les cliniques privées en matière de diagnostic, de traitement et de surveillance des IST, favorisent une utilisation systématique des préservatifs, mettent à disposition des médicaments contre les IST par le biais d'un marketing social et collaborent avec les ONG à l'éducation par les pairs en vue de la promotion des préservatifs et de la prévention des IST. Un Laboratoire national de référence sur les IST et le sida a également été créé, avec des bureaux implantés en divers points stratégiques du pays. En Inde, la prévention, la détection précoce et la prise en charge efficace des infections de l'appareil génital/IST sont intégrées en tant qu'éléments vitaux des soins de la santé de la reproduction, par le biais des établissements de soins de santé primaires existants. Le pays renforce les services des hôpitaux de district et des centres hospitaliers universitaires traitant les IST et travaille à l'amélioration des services d'orientation pour le traitement des IST.

Seize pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ont indiqué avoir mis en œuvre des plans, des programmes et des stratégies de prise en charge des IST. Au Brésil, plus de 1 300 centres de service de santé fournissent des services de prévention et de traitement des IST et du VIH. Le Chili a des

Tableau 4.11 Mesures clés prises par les pays pour impliquer les bénéficiaires dans la fourniture de services de la santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Consultation/inclusion de représentants des communautés/ONG/organisations communautaires dans l'élaboration des politiques/programmes	71	57
Création de groupes d'action communautaires/locaux	30	24
Campagnes d'IEC/plaidoyer en matière de santé de la reproduction	27	22
Enquêtes visant à recueillir les points de vues des consommateurs	17	14
Conseils dispensés par les pairs	12	10
Total	124	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

programmes de prévention des IST et du VIH, avec un total de 203 projets impliquant 435 organisations. Les activités peuvent couvrir le traitement des IST chez les femmes enceintes, comme en Bolivie. Le Pérou a décidé que les programmes de sensibilisation intègreraient la prévention des IST et du VIH/sida, la violence sexuelle et les questions liées à l'égalité des sexes.

La forte incidence de l'infection par les IST et le VIH dans les Caraïbes est source de grande préoccupation pour tous les pays de la région. Ces derniers ont mis en œuvre des programmes de prévention et de traitement. A Antigua-et-Barbuda, pays de dimensions relativement modestes, le centre de soins de santé primaires de la capitale joue le rôle de centre de traitement des IST. La Jamaïque travaille à l'amélioration de la prise en charge des cas dans les secteurs public et privé, au renforcement du programme d'enquêtes de contact, des infrastructures des laboratoires d'IST et des services de collecte et de transfusion sanguines, et elle mène également des recherches en vue de l'élaboration des politiques.

Dans toute la région, les pays mènent des activités de sensibilisation et d'information sur les IST et le VIH destinées au grand public et aux groupes à haut risque. Les Bahamas, par exemple, ont organisé des activités de sensibilisation aux IST et au VIH par le biais d'une campagne médiatique de grande envergure. Les gouvernements travaillent en étroite collaboration avec les ONG, en particulier avec les associations de planification familiale, dans la lutte pour la prévention des IST et du VIH/sida.

Dans la CEI ainsi qu'en Europe centrale et de l'Est, la forte incidence croissante de l'infection à VIH a amené les pays à renforcer les stratégies de prévention et suscite la prise de mesures visant à prévenir les autres IST. La Roumanie, par exemple, dispose de services spécialisés de diagnostic et de traitement des IST et elle élargit ses services dans le cadre des soins de santé primaires. Le traitement de la syphilis est gratuit. Les gouvernements ont initié des mesures visant à prévenir la propagation du VIH/sida et autres IST, comme les conseils et le dépistage volontaires. La Fédération de Russie a adopté un programme fédéral de « Prévention et de contrôle des maladies socialement dépendantes », qui comporte des sous-programmes sur la prévention des IST et du VIH/sida. L'Estonie a, quant à elle, mis sur pied des programmes destinés aux jeunes et aux groupes à haut risque. D'autres programmes ciblant les jeunes ont été lancés en Arménie (avec un marketing social des préservatifs) et au Belarus. Le Kazakhstan, pays où les niveaux d'infection par le VIH sont faibles mais où les IST constituent une source de préoccupation, a mis en œuvre un programme à la suite d'un décret gouvernemental pour

la prévention et le contrôle des IST. Certains pays ont élaboré des documents d'information et lancé des campagnes médiatiques dans le cadre de leurs activités de prévention. D'autres pays, tels que la Pologne, ont établi des services téléphoniques et des sites web respectant la confidentialité des communications.

Soixante pour cent des pays de la région arabe ont pris des mesures pour la prévention, le traitement et la prise en charge des IST ; ils ont aussi lancé des campagnes d'IEC et de plaidoyer et ont mis sur pied des systèmes de suivi et de surveillance.

4.11 GESTION DES COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS A RISQUES

Le PA-CIPD encourage les pays à accorder une attention toute particulière à l'impact sur la santé des avortements à risques, en les considérant comme une préoccupation majeure de santé publique, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des complications. Chaque année, environ 46 millions de grossesses se terminent par des avortements provoqués, 20 millions d'entre eux étant pratiqués dans des conditions insalubres. Environ 13 % des décès liés à des grossesses sont attribués à des complications, soit 67 000 décès environ par an. Les complications résultant d'avortements effectués dans des conditions insalubres ont de graves conséquences, telles que la stérilité et les douleurs chroniques.

Cent dix-sept des 151 pays ayant répondu à l'Enquête ont pris des mesures afin de prévenir et de prendre en charge les complications résultant d'avortements à risques (Tableau 4.10). Certains pays ont indiqué que le renforcement de leurs services de planification familiale constituait une mesure clé pour prévenir les avortements clandestins. D'autres ont fait état de mesures (formation, infrastructures, directives) visant à améliorer l'accès aux services post-avortement, à la fois pour prendre en charge les complications et pour prévenir la répétition des avortements à risque. C'est ainsi, par exemple, que 40 % des Etats arabes offrent des services post-avortement. Au Népal, où à peu près la moitié des décès maternels résultent d'avortements insalubres, des politiques et programmes ont été élaborés dans le but de prévenir les avortements clandestins et prendre en charge les complications y relatives.

Nombre de pays indiquent qu'ils allouent des ressources et moyens à la prévention et à la prise en charge des complications liées aux avortements effectués dans des conditions insalubres. Aux Philippines, un rapport intérimaire sur les objectifs du Millénaire pour le développement s'est intéressé à la prévention et à la prise en charge des complications résultant des avortements à risques : le Département de la Santé a notamment pour mission, « la fourniture de soins

post-avortement de qualité, dispensée avec humanité aux femmes concernées, et par des agents de santé compétents, compatissants, objectifs et sans préjugés ».

Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, les professionnels de la santé sont formés à la prise en charge des conséquences des avortements à risques. Le Viet Nam et le Laos ont défini des directives et des normes pour la gestion des complications des avortements à risques. En Bolivie, presque toutes les maternités sont dotées de programmes post-avortement. L'Éthiopie a introduit des directives nationales sur les soins post-avortement. Au Nigéria, il a été établi des sites spécifiques dans lesquels les services de planification familiale sont intégrés. Le Botswana a intégré la planification familiale dans les conseils post-avortement.

4.12 IMPLICATION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION PAR LE BIAIS DE PARTENARIATS

Le Programme d'action et les *Principales mesures* ont adopté l'objectif de veiller à ce que les services de santé de la reproduction, en particulier la planification familiale et la santé sexuelle, soient accessibles à tous d'ici 2015 et qu'ils soient également sans risques, abordables, confidentiels, que les clients soient traités avec respect et qu'ils gèrent leurs divers besoins en tenant compte de la spécificité des sexes et des réalités culturelles. Les efforts visant à faire mieux entendre la voix des clients, en particulier celle des femmes, et à faciliter la création de partenariats plus forts entre bénéficiaires, prestataires de services et responsables locaux sont au cœur du programme de la CIPD.

A la question de l'Enquête relative aux mesures clés prises pour impliquer les bénéficiaires des services de santé de la reproduction, 124 des 137 pays ayant répondu ont indiqué avoir agi dans ce sens et 48 d'entre eux ont déclaré avoir pris plusieurs mesures.

Certains pays ont pris des mesures pour évaluer les besoins et l'opinion des populations en organisant des auditions publiques ou des enquêtes auprès des consommateurs ou en impliquant la communauté ou la société civile dans la formulation des politiques et/ou programmes. Plusieurs pays ont aussi mis en place des groupes d'action locaux, alors que d'autres ont dispensé une formation aux agents de la santé de la reproduction intervenant au niveau communautaire dans le but d'impliquer les bénéficiaires et de répondre à leurs besoins. Enfin, un certain nombre de pays ont fait état d'activités d'information et de plaidoyer visant à informer et à impliquer les bénéficiaires (Tableau 4.11).

Plus de 40 % des pays de l'Afrique subsaharienne ont pris des mesures pour impliquer les bénéficiaires des services de

santé de la reproduction. Des pays tels que le Ghana et Maurice ont créé des groupes communautaires ou d'action locale, reconnaissant que la santé de la reproduction fait partie des soins de santé primaires. D'autres pays ont tenté d'impliquer les bénéficiaires au niveau des districts et à un niveau supérieur. Certains pays ont aussi associé des adolescents à la diffusion d'informations sur la santé de la reproduction des jeunes. D'autres pays ont également impliqué des groupes spéciaux : par exemple, l'Erythrée a associé des travailleurs du sexe à l'éducation par les pairs et à la gestion des programmes ciblant les autres travailleurs du sexe. Le Kenya a fait intervenir les chefs de village et les guérisseurs traditionnels en qualité de personnes ressources au niveau communautaire.

Dans toute l'Asie et le Pacifique, les gouvernements ont commencé à tisser des liens très étroits et à associer un large éventail de bénéficiaires à la prestation de services de santé de la reproduction. Il s'agit, notamment, des groupes féminins, des groupes de la société civile et des ONG. Certains gouvernements reconnaissent la nécessité de prendre des initiatives concertées pour impliquer les bénéficiaires. Ces derniers interviennent dans les évaluations des besoins de la communauté, lorsqu'il est envisagé de procéder à la décentralisation des services. L'approche adoptée par la Malaisie consiste à procéder à des échanges de vues avec les prestataires de services sur les intérêts des bénéficiaires et, ensuite, à organiser des réunions avec les bénéficiaires eux-mêmes.

En Amérique latine, les pays impliquent les organisations communautaires et les ONG dans l'élaboration et l'évaluation des programmes. Le Brésil a mis sur pied, aux niveaux national, régional et municipal, des comités de santé animés par les patients, les soignants, les groupes de plaidoyer et autres. Les groupes féminins sont associés au suivi et à l'évaluation du programme national en Argentine. Au Honduras, tous les systèmes, depuis les cliniques maternelles et infantiles jusqu'aux associations nationales destinées aux personnes vivant avec le VIH/sida, utilisent des questionnaires, des groupes de discussion et des entretiens approfondis pour susciter des réactions. En Equateur, la loi sur la protection des consommateurs offre le droit de réclamer et de recevoir des dédommagements en cas de prestations de services de qualité insuffisante ou de mauvaise gestion.

Aux Bahamas, des échanges de vues et des entretiens ont eu lieu au sein des groupes de discussion pour impliquer les adolescents, les parents et les enseignants dans l'élaboration de documents. La Jamaïque et le Suriname ont aussi associé les adolescents au processus de formulation des programmes.

Les gouvernements de la CEI et de l'Europe centrale et de l'Est travaillent avec les ONG telles que les associations de planification familiale dans le domaine de la conception et de la mise en œuvre des activités de santé de la reproduction. Les ONG sont particulièrement impliquées dans les efforts visant à toucher les populations des zones rurales. De nombreux pays associent les organisations de jeunes, les associations d'étudiants en médecine et les écoles de médecine aux activités de service de soins de santé tenant compte des intérêts des jeunes. En Roumanie, le gouvernement a consulté une coalition d'ONG actives dans le domaine de la santé de la reproduction pour déterminer les services à inclure dans la série de mesures devant être financées par le système d'assurance-maladie. La Lettonie dispose d'un Bureau des droits des patients qui procède à des enquêtes régulières afin de s'assurer que les patients sont satisfaits des soins de santé, notamment des soins de santé de la reproduction. En Moldova, les points de vue des consommateurs sur leurs besoins sont intégrés dans des échanges radiophoniques et des enquêtes ont également été effectuées pour examiner les failles du système de santé de la reproduction ; par ailleurs, la technique d'auto-évaluation dite COPE (*Client Oriented-Provider Efficient*) est utilisée pour déterminer la mesure dans laquelle les clients apprécient les services de planification familiale.

Environ 80 % des Etats arabes ont pris des mesures pour impliquer les bénéficiaires tels que les organisations communautaires, les ONG et les organisations féminines. Au Liban, des enquêtes ont été menées pour évaluer les services de santé de la reproduction et les programmes de sensibilisation, là encore, avec l'implication des ONG.

4.13 PRINCIPALES DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE SANTE DE LA REPRODUCTION

Il ne faut pas sous-estimer les défis de l'intégration des services de santé de la reproduction dans le système des soins de santé primaires, en particulier dans le contexte de la réforme du secteur de la santé. Les programmes verticaux ont leur propre logique, leur histoire, leur culture et un personnel dévoué qui résiste à l'intégration, souvent avec raison : de nombreux pays ont jugé qu'il était difficile de préserver la qualité et d'élargir la portée des services en réduisant les coûts et en créant des synergies par le biais de l'intégration. Les programmes de prévention, tels que la planification familiale, peuvent manquer d'avocats en leur faveur au sein du système intégré, ce qui les met dans une situation défavorable dans la course aux financements.

Ce sont des problèmes de même nature qui ont retardé l'intégration ou le renforcement des différents volets des

programmes de santé de la reproduction, surtout compte tenu du fait que le VIH/sida est devenu une priorité. Les services de planification familiale sont bien établis et largement utilisés, mais l'insertion de la prévention et du traitement des IST a posé de véritables problèmes, en particulier du fait de l'absence d'outils de diagnostic appropriés pour les IST. Les programmes n'ont pas prêté assez d'attention à la nécessité d'atteindre les hommes ou les jeunes, en partie à cause de l'insuffisance des ressources ou de la faible priorité accordée à la prévention dans les services de santé qui privilégient le volet soins.

Par ailleurs, il apparaît clairement que les pays ont réussi à surmonter les difficultés et à intégrer la santé de la reproduction dans les soins de santé primaires ainsi que les différents volets de la santé de la reproduction dans un système unique de mise à disposition d'informations et de services.

Certaines difficultés sont communes à toutes les régions, notamment le déficit de financement et le manque de durabilité (64 pays), le manque d'agents de santé qualifiés (38 pays), le manque d'équipements et de facilités (33 pays), les difficultés liées à l'accès aux services, en particulier dans les zones isolées, souvent dues à une décentralisation déficiente (22 pays), et les mauvaises communications (19 pays). Les pays ont également fait mention de l'inégalité entre les sexes ainsi que des problèmes qui entravent la fourniture de services aux hommes et aux adolescents.

Sur les 62 pays ayant mentionné l'insuffisance des ressources financières, 26 sont de l'Afrique subsaharienne. Au Kenya, par exemple, le financement des services de santé de la reproduction ne fait pas l'objet d'un poste budgétaire spécifique et au Bénin, les crédits sont insuffisants pour l'acquisition du matériel et des produits nécessaires à la fourniture de services complets de santé de la reproduction. De même, les difficultés économiques et financières des pays de l'Amérique latine ont retardé les progrès.

Le déficit de ressources humaines est un problème majeur en Afrique subsaharienne. L'implication proactive des professionnels de la santé a posé d'importantes difficultés dans certains pays de l'Amérique latine ; l'Argentine, le Guatemala et le Honduras ont organisé des séminaires destinés au personnel, des programmes de formation et des campagnes de sensibilisation pour résoudre ce problème. Dans de nombreux pays, les troubles civils entraînent un important roulement du personnel médical en milieu rural. Le déficit d'expertise technique retarde la fourniture des services de santé de la reproduction dans certains pays des Caraïbes, mais les incertitudes liées à la carrière n'incitent pas les personnels qualifiés à poser leur candidature. Dans plusieurs pays, l'absence d'expertise technique est exacerbée

par l'absence de données et d'indicateurs pour l'analyse, la planification, la gestion et le suivi.

Certains pays font référence aux difficultés posées par les « besoins non satisfaits » en termes de contraception, alors que d'autres soulèvent le problème de la sous-utilisation des services de santé de la reproduction. L'un des principaux obstacles tient à la difficulté à atteindre et à contacter les plus pauvres des pauvres, en particulier dans les zones rurales. Il peut également arriver que l'accès à des îles éloignées ou des zones montagneuses isolées ou le maintien des services en cas d'absence de routes praticables en tout temps posent problème.

Plusieurs pays ont pris des mesures pour veiller à ce que les informations relatives à la santé de la reproduction soient mises à la disposition des pauvres et des analphabètes. De nombreux pays, comme l'Afrique du Sud, traduisent les documents d'informations dans les langues locales.

Des mesures novatrices ont été prises pour surmonter les difficultés, par exemple le programme de santé de la reproduction de l'École de Police du ministère de l'Intérieur de l'Azerbaïdjan qui cible le personnel en uniforme et tente de trouver une solution aux problèmes liés à l'accès aux personnes déplacées.

4.14 CONCLUSION

L'Enquête mondiale de 2003 montre que, malgré les difficultés, les pays réussissent à aller de l'avant grâce au Programme d'action et aux *Principales mesures* adoptées en 1999. Malgré l'impact du VIH/sida, les pays continuent d'élargir et d'améliorer la qualité des services de santé de la reproduction et l'accès à ces derniers. Des progrès ont été notés dans les domaines suivants :

- L'acceptation et l'utilisation des techniques modernes de planification familiale continuent de se développer ;
- Les pays s'attaquent au problème des infections sexuellement transmissibles ;
- La maternité sans risques tend à occuper une place de plus en plus importante dans le programme politique, un accent plus prononcé étant mis sur les accouchements assistés et l'orientation vers des services spécialisés en cas d'urgence ;
- Le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein fait son apparition ;
- Les pays prennent des mesures pour garantir un flux sécurisé et régulier des produits de santé de la reproduction vers les individus qui en ont besoin ;

- Les parties prenantes des communautés et de la société civile, en particulier les groupements féminins, deviennent partie intégrante de l'appareil de formulation des politiques.

Autre fait plus important, les pays ont adopté les conclusions de la CIPD pour en faire leur propre programme politique. Ils reconnaissent les soins de santé de la reproduction comme un facteur auquel chaque homme et chaque femme a le droit d'aspirer et ils agissent pour en faire une réalité.

Les pays ont adopté une large gamme de mesures stratégiques. Ils ont inséré la santé de la reproduction dans la réforme du secteur de la santé et l'ont également intégrée dans les soins de santé primaires. La plupart des pays améliorent la formation et augmentent les effectifs des professionnels de la santé et autres prestataires de service. Ils ont amélioré les infrastructures des services et œuvrent pour rendre l'accès plus facile aux individus ayant besoin desdits services, notamment en ce qui concerne les personnes vivant dans les zones isolées et inaccessibles.

Il reste cependant beaucoup à faire à ce sujet, et l'amélioration de l'accessibilité et l'adoucissement des conditions financières, en particulier pour les ménages pauvres, seront une grande priorité de la décennie à venir. Les pays pauvres et les personnes démunies de tous les pays continuent de supporter une part disproportionnée du poids d'une mauvaise santé en matière de reproduction, sans avoir accès aux services et aux informations nécessaires et sans moyens d'en assumer les coûts. Si certains progrès ont été réalisés pour atteindre les pauvres, notamment dans le domaine de la planification familiale, il faut noter que l'écart entre riches et pauvres demeure stupéfiant. Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, par exemple, les femmes appartenant au quintile le plus riche de la population ont cinq fois plus de chances d'accéder à la contraception et de l'utiliser que les femmes du quintile le plus pauvre. En Asie du Sud, une femme appartenant au quintile le plus riche a neuf fois plus de chances de bénéficier à l'accouchement de l'assistance de personnel médical qualifié qu'une femme appartenant au quintile le plus pauvre.¹¹

Un certain nombre de stratégies dont l'efficacité a été démontrée pour rendre les services plus accessibles aux pauvres mériteraient d'être poursuivies et de faire l'objet d'un examen plus approfondi. Il s'agit, notamment, de la décentralisation des services de santé vers les communautés, des programmes de financement alternatifs tels que l'assurance médicale sociale, et de la sensibilisation des populations eu égard à leurs droits en tant que consommateurs. Le renforcement de la motivation des prestataires de services, facteur

clé pour l'amélioration de la qualité des soins, est un autre domaine très important qui mériterait d'être examiné et traité. La violence faite aux femmes, phénomène tragique qui a une influence néfaste sur la vie de millions de femmes (notamment les femmes pauvres), devrait être traitée dans le cadre des programmes de santé de la reproduction.

Les services destinés aux hommes, en particulier, demeurent insuffisants. De nombreux jeunes, notamment ceux qui sont mariés, sont toujours incapables de trouver des informations et services appropriés permettant la protection de la santé de la reproduction. Les déséquilibres entre les sexes concernant la mise à disposition d'informations et de services, et les inégalités sous-jacentes qui en sont la cause, continuent de menacer la réalisation des objectifs de la CIPD. Les taux de mortalité maternelle, qui se maintiennent obstinément à un niveau élevé dans certains pays en développement, attestent de cette tendance.

Depuis la CIPD, de nombreux efforts se sont focalisés sur la création de services axés sur le client. Parmi ces efforts, on note, en particulier, la mise à disposition de supports didactiques, l'amélioration des services de conseils et la collecte des points de vues des utilisateurs dans le but d'améliorer la prestation des services. Suite à la prise de

conscience de l'importance du volet demande, les nouvelles approches sont essentiellement dirigées vers le renforcement des capacités des individus et des groupes à obtenir des soins de qualité, par le biais de la sensibilisation aux besoins en santé de la reproduction et aux droits en matière de reproduction et par l'amélioration des relations entre les fournisseurs de service et les clients.

L'approche des droits de la personne devrait continuer de guider la politique, la conception des programmes et la fourniture de services. En plaçant la santé de la reproduction dans un contexte plus large, et en mettant l'accent sur les valeurs fondamentales, et plus particulièrement sur le respect des clients et de leurs décisions en matière de reproduction, l'approche des droits de la personne peut fournir des outils d'analyse des causes profondes des problèmes de santé et des inégalités qui entravent la fourniture des services et l'élaboration de programmes et politiques humains et efficaces en matière de santé de la reproduction.

L'universalisation des soins de santé de la reproduction d'ici 2015 reste un objectif réaliste. Cependant, il faudra, pour y parvenir, l'engagement sans faille de tous les membres de la communauté internationale.

Références

- 1 Nations Unies, *Programme d'action adopté à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (New York, Nations Unies, 1995) ST/ESA/SER.A/149, par. 7.3.
- 2 Nations Unies, *op. cit.*, par. 7.3.
- 3 Nations Unies, *Principales mesures pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD*, (New York, Nations Unies, 1999) A/RES/S-21/2, par. 52.b.
- 4 Nations Unies, *Programme d'action adopté à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994 (New York, Nations Unies, 1995) ST/ESA/SER.A/149, par. 7.6.p
- 5 Nations Unies, *Rapport du Secrétaire général : Etude et Evaluation des progrès enregistrés dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, (New York, Nations Unies, 2004), E/CN.9/2004/3, par. 42, p. 16.
- 6 Nations Unies, *op. cit.*, par. 43, p.17.
- 7 Nations Unies, *op. cit.*, par. 43, p.18.
- 8 Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Fonds des Nations Unies pour la population, *La Mortalité maternelle en 2000 : Prévisions de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA*, p. 3.
- 9 Nations Unies, *op. cit.*, par. 62, p. 22.
- 10 Organisation mondiale de la Santé, *Reproductive Tract Infections and Sexually Transmitted Infections including HIV/AIDS*. Note d'information OMS et ONUSIDA (Genève, OMS et ONUSIDA, 2001).
- 11 Tom Merrick, *Maternal-Newborn Health and Poverty*, Projet. (Washington, D.C., Banque mondiale, 2004).

5 Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes

5.1 INTRODUCTION

Près de la moitié de la population mondiale, la génération de jeunes la plus importante de l'histoire, a moins de 25 ans. Environ 20 % de cette population, soit le chiffre prodigieux de 1,2 milliard de personnes, ont entre 10 et 19 ans.¹ Quarante-sept pour cent d'entre eux vivent dans des pays en développement. Pour leur permettre d'atteindre l'âge adulte en bonne santé, il faut, entre autres, les habiliter à négocier efficacement avec autrui pour adopter un style de vie sain, notamment un comportement en matière de reproduction tel qu'il est présenté dans le PA-CIPD. Ce Programme d'action a joué un rôle important dans la reconnaissance des droits des adolescents à la santé, en particulier l'accès à l'information, à l'éducation et aux services relatifs à la santé de la reproduction adaptés, compte tenu de leur âge. Les *Principales mesures* de la CIPD+5 sont venues réaffirmer le droit des adolescents à une santé de qualité. Elles soulignent également la nécessité de fournir des services appropriés spécifiques, confidentiels, conviviaux et accessibles pour répondre aux des jeunes en matière de santé de la reproduction.

Depuis 1994, certains pays sont devenus plus conscients de la nécessité de veiller à ce que des politiques soient mises en place pour s'occuper du droit à la santé et des besoins des adolescents en matière de santé de la reproduction, de dispenser une éducation à la santé et notamment des connaissances pratiques aux jeunes qu'ils soient scolarisés ou non, et de fournir l'accès à l'information, à l'éducation et aux services relatifs à la santé de la reproduction. Par la suite, ils ont commencé à reconnaître qu'il est essentiel d'investir dans les jeunes pour favoriser la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dont la plupart sont étroitement liés à la satisfaction des besoins des jeunes.

Certains pays reconnaissent de plus en plus que la question de la santé de la reproduction des adolescents doit être traitée dans le contexte d'autres aspects de la vie des jeunes, notamment l'acquisition de connaissances pratiques et le soutien nécessaire du point de vue de leurs futurs moyens d'existence, particulièrement par le biais de la formation professionnelle et des opportunités d'emploi. En outre, le contexte culturel dans lequel vivent, évoluent et se développent les adolescents peut contribuer à leur croissance et leur bien-être futurs ou y faire obstacle.

La prise de conscience de la nécessité de prendre en considération la diversité des populations d'adolescents et de jeunes s'est également accrue. L'on sait notamment qu'il convient de tenir compte des besoins des adolescents les plus jeunes et les plus âgés, garçons et filles, adolescents mariés et célibataires, urbains et ruraux.

Certains pays commencent à comprendre la nécessité d'élaborer des programmes sexospécifiques qui protègent les filles et facilitent le renforcement de leur autonomie de telle sorte que les normes sociales ne les exposent pas à des risques en matière de santé de la reproduction. Parallèlement, ils reconnaissent la nécessité de mettre au point des stratégies permettant de travailler avec les garçons et les jeunes hommes pour promouvoir l'égalité des sexes, ainsi que les droits en matière de reproduction et la santé de la reproduction.

Ces pays se sont rendu compte que les programmes de santé sexuelle et de la reproduction permettent de fournir aux jeunes les moyens de devenir des agents de changement et de développement par leur pleine participation et leur leadership dans les domaines qui concernent leur vie et leurs communautés. Ceci peut contribuer à interrompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté.

Il a donc été jugé opportun d'inclure des questions concernant la santé de la reproduction et les droits en matière de reproduction des adolescents dans l'Enquête mondiale afin de faciliter le suivi des progrès réalisés dans ces domaines depuis l'adoption du PA-CIPD, en 1994. Le présent chapitre indique les changements majeurs intervenus au cours de la mise en œuvre du PA-CIPD. Les principaux domaines couverts concernent les mesures prises par les pays pour garantir les droits des adolescents à l'information et aux services relatifs à la santé de la reproduction, dispenser des cours d'éducation à la santé, notamment les connaissances pratiques au niveau et/ou en dehors de l'école, favoriser les possibilités d'acquisition de moyens d'existence pour les adolescents et les jeunes, promouvoir la participation des jeunes à l'élaboration des politiques et programmes et faire rapport sur la culture en tant que facteur de facilitation ou obstacle à la promotion de la santé des adolescents en matière de reproduction. Des exemples de partenariats entre le gouvernement et la société civile sur les questions relatives à la santé de la reproduction et aux droits en matière de reproduction des adolescents figurent au Chapitre 8.

5.2 PRISE EN COMPTE DES DROITS DES ADOLESCENTS A L'INFORMATION, A L'EDUCATION ET AUX SERVICES RELATIFS A LA SANTE DE LA REPRODUCTION

Force importante et efficace de changement positif, les adolescents et les jeunes d'aujourd'hui font face à des défis multiples. Pour beaucoup d'entre eux, les rêves d'un avenir radieux sont compromis par la pauvreté, le manque d'opportunités, l'abandon des études, le VIH/sida, les grossesses non désirées et les grossesses précoces, ainsi que les abus et l'exploitation dont ils font l'objet. Il est reconnu dans le PA-CIPD et les *Principales mesures* que la protection et la promotion des droits des jeunes sont essentielles pour leur permettre de relever ces défis de manière efficace, mais aussi pour l'avenir de leurs pays respectifs. N'étant plus des enfants et pas tout à fait des adultes, les adolescents ont des capacités évolutives de prise de décisions, de pensée critique sur les choix concernant leur vie et la manière dont ils vont assumer leurs responsabilités.

Il est recommandé dans le PA-CIPD et les *Principales mesures* qu'il est essentiel pour protéger leur droit de bénéficier de normes de santé de la meilleure qualité possible, il est essentiel de fournir aux adolescents des services qui répondent aux divers besoins des différents groupes d'âge, qui sont sensibles aux différences entre les sexes, spécifiques, accessibles et conviviaux. Ces services doivent prendre efficacement en compte les besoins de santé des adolescents en matière de reproduction. Ils doivent veiller à ce que les adolescents, scolarisés ou non, reçoivent les informations nécessaires, notamment les informations sur la prévention, l'éducation, les conseils et les services de santé, pour leur permettre de prendre des décisions de manière responsable et en toute connaissance de cause, en ce qui concerne leur santé de la reproduction. L'un des objectifs visé est de réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes.

L'Enquête mondiale montre qu'un certain nombre de pays ont pris des mesures visant à traiter de la question de la santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction des adolescents. Cent trente-neuf pays (92 %) sur les 151 interrogés ont indiqué avoir pris au moins une mesure à cette fin et 79 % ont pris au moins deux mesures, reflétant une approche globale de ces questions. Les mesures appartiennent grosso modo à deux catégories : a) les mesures politiques, juridiques et législatives, et b) les mesures programmatiques et stratégiques.

Mesures politiques, juridiques et législatives

Les mesures politiques, juridiques et législatives comprennent : a) l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sensibles à la question (34 %) ; b) l'adoption et la mise en

œuvre de lois et/ou de mesures législatives sur les besoins des adolescents eu égard à la santé de la reproduction et aux droits en matière de reproduction (27 %) ; et c) la ratification et la mise en œuvre ces Conventions des Nations Unies (9 %). Voir le Tableau 5.1 pour de plus amples informations.

Un peu plus d'un quart des pays ont promulgué des lois et mis en place des mesures législatives, concernant notamment l'application des conventions et traités. La Convention relative aux droits de l'enfant qui prend en compte les droits des enfants y compris des adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans, est l'instrument le plus ratifié de tous les instruments des droits humains. De nombreux pays ont introduit et mis en œuvre des mesures législatives pour veiller à ce que les droits qu'ils ont convenu de respecter, de protéger et d'appliquer en ratifiant cette Convention soient mis en œuvre dans leurs pays respectifs. Cette mesure est particulièrement importante pour s'assurer que les jeunes reçoivent des informations et bénéficient de services, particulièrement en ce qui concerne leur santé en matière de reproduction. Les pays ont également appris par expérience qu'avant d'adopter des lois, les personnes concernées, notamment les jeunes gens et les enseignants soient pleinement consultés.

Certains pays ont abrogé des lois et des politiques qui limitaient l'accès des adolescents et des jeunes à l'information et aux services relatifs à la santé de la reproduction, alors que d'autres organisent des débats publics sur le meilleur moyen de garantir le respect du droit des adolescents à la santé de la reproduction.

Mesures programmatiques et stratégiques

La plupart des pays se heurtent à des difficultés pour insti-

Tableau 5.1 Mesures spécifiques prises par les pays pour prendre en compte les besoins et les droits des adolescents en matière de reproduction et de santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Politiques élaborées et mises en œuvre sur les besoins des adolescents eu égard aux droits en matière de reproduction et à la santé de la reproduction	47	34
Lois/mesures législatives formulées et mises en œuvre sur les besoins des adolescents eu égard aux droits en matière de reproduction et à la santé de la reproduction	38	27
Conventions des Nations Unies ratifiées	13	9
Total	139	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

Tableau 5.2 Mesures programmatiques et stratégiques spécifiques prises par les pays pour prendre en compte les besoins et les droits des adolescents en matière de reproduction et de santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Plans/programmes/stratégies nationaux sur les droits en matière de reproduction et les besoins en santé de la reproduction des adolescents	86	62
Campagnes d'IEC/de plaidoyer sur les droits en matière de reproduction et les besoins en santé de la reproduction des adolescents	46	33
Intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires	36	26
Création d'une commission nationale sur les jeunes	31	22
Partenariats avec des ONG nationales et internationales sur les droits à la procréation et les besoins en santé de la reproduction des adolescents	28	20
Financement public des services de jeunes	28	20
Intégration de la santé en matière de reproduction des adolescents dans le programme national de soins de santé	26	19
Conseils aux adolescents	25	18
Formation des personnes qui travaillent avec les adolescents sur leurs droits et leurs besoins de santé en matière de reproduction	14	10
Total	139	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

tutionnaliser la programmation fondée sur les droits, qui est un concept relativement nouveau. S'appuyant sur la reconnaissance de ces besoins, un cadre fondé sur les droits est sous-tendu par le concept selon lequel les populations ont des droits dont elles doivent jouir pleinement et qu'elles doivent pouvoir exercer. Il s'agit là d'un concept relativement nouveau que certains pays commencent à opérationnaliser et c'est à partir de cette perspective qu'ils ont pris un certain nombre de mesures programmatiques et stratégiques. (Voir le Tableau 5.2).

Entre autres mesures prises dans ce domaine, on a relevé: a) la formulation de plans et programmes nationaux (par 62 % des pays qui ont pris au moins une mesure), notamment ceux relatifs aux besoins des adolescents dans le domaine des droits en matière de reproduction et de santé de la

reproduction ; b) des campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) et de plaidoyer sur les questions relatives aux adolescents (33 %) ; c) l'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires (26 %) ; et d) la création d'une commission nationale sur les jeunes (22 %). Le Tableau 5.2 montre qu'un certain nombre d'autres mesures ont été prises, bien que par des pays moins nombreux, telles que la création de partenariats avec des ONG nationales et internationales sur les droits en matière de reproduction et les besoins en santé de la reproduction des adolescents, le financement public des services de santé de la reproduction des jeunes, les conseils aux adolescents, l'élaboration de programmes nationaux de soins de santé, notamment en santé de la reproduction des adolescents, la recherche sur les adolescents, et le marketing social.

Les pays ont reconnu progressivement que les adolescents et les jeunes ont une part disproportionnée de responsabilité dans les problèmes de santé de la reproduction et que ces problèmes ont sur eux des conséquences plus négatives. Le VIH/sida a un impact d'une ampleur disproportionnée sur les jeunes. Environ 13 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu un de leurs parents ou les deux. Une jeune personne est infectée par le VIH toutes les 14 secondes. Les adolescentes font partie des personnes les plus vulnérables à l'infection avec environ 7,3 millions d'entre elles vivant avec l'infection à VIH contre environ 4,5 millions d'adolescents du même âge. Parmi les problèmes de santé de la reproduction qui touchent particulièrement les adolescentes figurent les grossesses non désirées et les accouchements qui constituent des causes principales de décès et les maladies sexuellement transmissibles qui peuvent accroître le risque d'infection à VIH et de stérilité chez les adolescentes. Les jeunes sont de plus en plus exposés aux tentatives de suicide, aux problèmes de santé mentale, à la violence, notamment la violence contre les femmes et les filles, et au trafic à des fins d'exploitation sexuelle.

L'analyse des données de l'Enquête mondiale montre l'existence de variations régionales dans les quatre mesures les plus importantes prises par certains pays sur les questions relatives aux droits en matière de reproduction et à la santé de la reproduction des adolescents. (Voir Matrice 5.1).

Par rapport à l'Enquête mondiale de 1998, il a été constaté une augmentation notable du nombre de pays qui protègent les droits et besoins des adolescents liés à la reproduction grâce à l'élaboration de programmes nationaux². En fait, le nombre de pays qui déclarent avoir pris au moins une mesure est passé de 55 (48 %) en 1999 à 139 (92 %) en 2003. Cinquante-cinq pour cent des pays ont pris au moins deux mesures au cours de la même période et l'augmentation est plus importante pour ces pays. Par exemple, en Asie et en

Matrice 5.1 Importantes mesures prises au niveau des régions et sous-régions concernant la santé de la reproduction des adolescents

Régions/Sous-régions	1. Formulation de plans et de programmes nationaux	2. Elaboration et mise en œuvre de politiques	3. Campagnes d'IEC et de plaidoyer	4. Elaboration et mise en application de mesures législatives
Afrique, Caraïbes et Pacifique	Oui	Oui	Oui	
Asie et Etats arabes	Oui			
Amérique latine	Oui			Oui
Républiques d'Asie centrale		Oui		Oui
CEI, Europe centrale et de l'Est et Turquie	Oui			Oui

Afrique subsaharienne, le taux est passé de 54 % et 38 % respectivement en 1999 à 78 % et 80 % en 2003. Cette variation considérable peut être due à la nécessité de satisfaire d'urgence les divers besoins des importantes populations de jeunes et d'adolescents, en particulier les questions de santé urgentes et émergentes telles que l'épidémie du HIV/SIDA. (En 2000, le VIH/sida était devenu une maladie des jeunes qui touchait les adolescentes de façon disproportionnée.) Le pourcentage de pays ayant pris au moins deux mesures reflète le caractère globale des efforts actuellement entrepris pour faire respecter les droits en matière de reproduction et satisfaire les besoins en santé de la reproduction des adolescents.

En établissant un rapport entre les pays ayant pris au moins deux mesures sur les droits et la santé des adolescents en matière de reproduction et les indicateurs sur l'inscription des filles dans l'enseignement secondaire et la fécondité des adolescents, on obtient des résultats intéressants. Soixante-quatorze pour cent des pays ayant des taux de scolarisation de filles de moins de 50 % ont pris des mesures globales, alors que 70 % des pays ayant des taux de scolarisation des filles de 50 % ou plus l'ont fait. Quarante-six pour cent des pays où le taux de fécondité des adolescents est de 100 pour mille ou plus ont pris des mesures globales alors que 73 % des pays où le taux de fécondité des adolescents est inférieur à 100 pour mille l'ont fait. Ces pourcentages appuient la thèse selon laquelle les pays où les adolescents et les jeunes sont confrontés à de nombreux problèmes, tels que de faibles taux de scolarisation des filles et des taux de fécondité des adolescents élevés, consentent davantage d'efforts concertés pour couvrir les besoins des adolescents eu égard aux droits en matière de reproduction et à la santé de la reproduction.

Ce progrès noté peut être en partie attribué au fait que depuis 1994, les programmes qui ont adopté une approche plus globale des besoins des jeunes semblent être plus efficaces dans l'amélioration de la santé de la reproduction de ces jeunes. Toutefois, dans de nombreux pays, les programmes de santé de la reproduction des adolescents sont encore assez modestes et doivent être renforcés. C'est là l'un des défis auxquels ces pays seront confrontés au cours des dix prochaines années de la CIPD.

En outre, les pays reconnaissent de plus en plus que l'intégration systématique de l'égalité des sexes constitue un volet programmatique important, mais largement négligé. La discrimination sexuelle et les rôles assignés à chacun des sexes constituent des facteurs clés de la santé de la reproduction et de la vie reproductive des jeunes qui limitent fortement leurs options et leurs choix. Toutefois, les programmes traitent généralement les jeunes comme un groupe homogène. La conception de stratégies de programme qui tiennent compte spécifiquement du profil des bénéficiaires visés est un autre défi à relever.

5.3 EDUCATION A LA SANTE, NOTAMMENT PREPARATION A LA VIE QUOTIDIENNE, DANS L'ENSEIGNEMENT ET HORS DE L'ENSEIGNEMENT

Pour mettre en œuvre le PA-CIPD du point de vue de la promotion du bien-être des adolescents, du renforcement de l'égalité des sexes et de l'équité, et de l'encouragement de l'exercice de responsabilité dans les comportements sexuels, on accorde une attention croissante à une éducation formelle et non formelle sur les questions de population et de santé. Dans le domaine de la santé de la reproduction, ces questions concernent la protection des adolescents et des jeunes

contre les grossesses précoces et non désirées, les infections sexuellement transmissibles (notamment le VIH/sida), les abus sexuels, l'inceste et la violence.

L'une des actions les plus importantes proposées par le PA-CIPD concerne la formulation de programmes complets d'éducation sexuelle et de santé de la reproduction sensibles à la spécificité des sexes, adaptés à l'âge, et basés sur le concept de l'égalité des sexes. Les programmes éducatifs conçus pour les adolescents scolarisés ou non requièrent une approche axée sur les connaissances pratiques qui puisse aider les jeunes à acquérir l'estime de soi et à prendre conscience de leur propre identité. En outre, les programmes devraient renforcer les relations personnelles avec leurs pairs et le mentorat afin que les jeunes puissent opérer des choix responsables concernant leur santé, notamment la santé de la reproduction, promouvoir l'égalité des sexes dans les relations personnelles, améliorer leurs moyens d'existence et s'impliquer davantage dans les travaux domestiques et les processus familiaux (notamment la grossesse et le soin des enfants), et favoriser le respect mutuel et l'amour réciproque dans leurs relations, ce qui doit exclure toutes formes de violence contre les femmes et les pratiques traditionnelles néfastes.

Il ressort de l'Enquête que 140 (93 %) des 151 pays ont pris au moins une mesure pour introduire l'éducation à la santé, notamment les connaissances pratiques dans les programmes scolaires et les programmes destinés aux jeunes non scolarisés. Comme l'indique le Tableau 5.3, les quatre mesures les plus appliquées sont : a) la mise en œuvre d'un programme scolaire comprenant la santé sexuelle et de la reproduction ainsi que les connaissances pratiques (89 %), b) les programmes extrascolaires et les cours pratiques (39 %), c) la formation en matière de santé de la reproduction destinée aux enseignants et autres membres du personnel des écoles (26 %), et d) les programmes d'éducation par les pairs (19 %). Parmi les autres mesures figurent : l'IEC/le plaidoyer, les activités parascolaires relatives à la santé de la reproduction et aux connaissances pratiques, l'éducation des élèves du primaire en matière de santé de la reproduction et de préparation à la vie quotidienne, l'utilisation des moyens d'information comme la télévision, la radio, l'Internet et les services d'aide téléphonique pour diffuser l'information sur la santé de la reproduction et les connaissances pratiques, la fourniture de manuels de formation et de guides pédagogiques sur la santé de la reproduction et les connaissances pratiques, le lancement de projets pilotes sur la santé de la reproduction et les connaissances pratiques et l'expansion de l'éducation en santé de la reproduction et connaissances pratiques à d'autres établissements d'enseignement et à d'autres classes.

Les mesures prises par les pays pour dispenser l'éducation sur la santé et préparer les adolescents à la vie quotidienne varient en fonction du contexte culturel, des ressources disponibles, de l'influence de la religion et d'autres facteurs. Les mesures sont essentiellement mises en œuvre au niveau de l'enseignement secondaire ou supérieur. Les informations relatives à la santé de la reproduction figurent dans les programmes d'enseignement et les programmes extrascolaires à des degrés divers. Presque tous les pays promeuvent à présent l'enseignement des connaissances pratiques aux enfants et aux adolescents qui englobe souvent l'éducation à la santé en matière de reproduction, parfois en faisant fond sur les concepts de l'initiation à la vie familiale.

Alors que toutes les régions insistent principalement sur l'élaboration de programmes scolaires intégrant la santé sexuelle et de la reproduction et la préparation à la vie quotidienne (100 % pour l'Asie, 98 % pour l'Afrique subsaharienne, 88 % pour les Caraïbes et la CEI, l'Europe centrale et de l'Est, 85 % pour les Etats arabes, 73 % en Amérique latine,

Tableau 5.3 Mesures spécifiques prises par les pays pour introduire l'éducation à la santé de la reproduction dans l'enseignement formel ou hors de l'enseignement formel

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Intégration de la santé de la reproduction et/ou des connaissances pratiques dans les programmes d'enseignement	124	89
Programme et/ou cours pratiques pour les jeunes non scolarisés	55	39
Formation des enseignants et/ou du personnel des écoles en matière de santé de la reproduction	36	26
Programme d'éducation par les pairs	27	19
IEC/plaidoyer	26	19
Activités parascolaires sur la santé de la reproduction et/ou les connaissances pratiques	24	17
Education en matière de santé de la reproduction /connaissances pratiques des élèves du primaire	22	16
Utilisation des médias, notamment la télévision, la radio, l'Internet, les services d'aide téléphonique	10	7
Manuels de formation et/ou guides pédagogiques	10	7
Total	140	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

58 % dans le Pacifique et 50 % dans les républiques d'Asie centrale), elles ont recours aux autres mesures à des degrés divers. La deuxième mesure la plus importante pour l'Afrique subsaharienne, l'Asie et le Pacifique et les républiques d'Asie centrale est la conception de programmes et de cours pratiques à l'intention des jeunes non scolarisés alors que pour les Caraïbes et l'Amérique latine, c'est la formation d'enseignants et d'autres personnels. Ces deux mesures ont été appliquées par les Etats arabes. L'Asie et les Caraïbes ont déclaré utiliser certains projets pilotes novateurs alors que l'Afrique subsaharienne, l'Asie et l'Amérique latine ont reconnu l'IEC/le plaidoyer comme un outil important.

Vingt-deux pays ont signalé l'introduction de l'éducation à la santé et de l'enseignement des connaissances pratiques dans les écoles primaires. Plus de 36 pays au niveau mondial et près d'un tiers des pays d'Amérique latine et des Caraïbes dispensent une formation aux enseignants sur la manière d'atteindre les jeunes pour ce qui concerne la santé de la reproduction et le renforcement des connaissances pratiques et fournissent le matériel didactique nécessaire. Certains pays ont mentionné qu'en dépit de la formation reçue par les enseignants, ceux-ci ne sont toujours pas assez compétents ou à l'aise pour enseigner le sujet à leurs élèves ou travailler avec les parents, les dirigeants communautaires et les chefs religieux sur ces questions.

Certains pays sont encore confrontés à des défis importants pour dispenser une éducation à la santé et apporter des connaissances pratiques sensibles aux différences entre les sexes et globale et pour permettre aux enseignants de parler ouvertement de ces questions à leurs élèves. Certains pays ont également noté que souvent, l'enseignement des connaissances pratiques – la préparation à la vie quotidienne – n'est introduit qu'au niveau de l'enseignement secondaire ou supérieur et qu'il n'est pas toujours dispensé dans tous les établissements, bien qu'il soit reconnu comme très populaire auprès des élèves.

Les chefs religieux et les parents pensent parfois, à tort, que l'introduction de l'éducation à la santé de la sexualité dans les programmes d'enseignement entraînera une activité sexuelle plus intense et le vagabondage sexuel. C'est pourquoi l'on constate une certaine résistance à son introduction. Certains gouvernements prennent des mesures proactives pour travailler avec les chefs religieux et faire participer les parents à l'élaboration des programmes scolaires. Certains pays connaissent des problèmes dus à l'absence de consensus sur l'importance de l'introduction de l'enseignement des connaissances pratiques dans les programmes.

En outre, des programmes ont été introduits pour les jeunes non scolarisés dans 55 pays (39 %). Ces jeunes peuvent être plus difficiles à atteindre en raison de l'insuf-

fisance des ressources humaines et financières et de l'inadéquation du transport devant permettre aux agents de vulgarisation de couvrir les zones rurales. Cependant un certain nombre de programmes novateurs ont été élaborés pour couvrir leurs besoins spécifiques, en particulier avec le soutien des ONG. L'éducation à la santé et l'apport de connaissances pratiques, notamment les volets concernant la santé de la reproduction, est dispensée aux jeunes non scolarisés grâce à des programmes spécifiques, notamment par l'entremise de clubs, camps d'été, ateliers et séminaires dirigés par des ONG, particulièrement dans les zones rurales. Les médias, en particulier la radio, la télévision et les journaux sont également utilisés dans certains pays. Des programmes d'enseignement par les pairs sont également en cours d'exécution dans 27 pays (19 %) en vue d'atteindre les jeunes scolarisés comme les non scolarisés.

5.4 ACCES DES ADOLESCENTS A L'INFORMATION SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, un changement majeur s'est opéré dans la manière de fournir l'information aux adolescents et aux jeunes. En sus de son intégration dans

Tableau 5.4 Mesures spécifiques prises par les pays pour fournir l'accès à l'information sur la santé de la reproduction, notamment sur les connaissances pratiques

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
IEC/plaidoyer	72	54
Stratégie /programme/ plan nationaux d'éducation sur l'accès des adolescents à l'information sur la santé de la reproduction	46	35
Programmes d'éducation par les pairs	38	29
Création de services adaptés aux besoins des jeunes	38	29
Utilisation des médias, notamment télévision et radio	37	28
Fourniture de conseils aux adolescents et aux jeunes	32	24
Création d'associations/ organisations de jeunes	27	20
Promotion des ONG axées sur les jeunes	26	20
Mise à disposition d'un service d'aide téléphonique	15	11
Total	133	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

les programmes d'enseignement, l'accent a été mis sur la production et la distribution de documents écrits (bandes dessinées, affiches et publications destinées aux jeunes), les théâtres de rue, les théâtres et chansons populaires. Les pays reconnaissent à présent que la fourniture d'information par le biais des médias est non seulement rentable mais encore attrayante pour les jeunes. Lorsqu'ils sont adaptés aux goûts et au langage des jeunes, les médias, notamment la télévision, la radio, les revues populaires, les concerts de musique et l'Internet se sont révélés capables de capter l'attention d'un auditoire important. Ils sont également très rentables par personne atteinte. En conséquence, les programmes soutenus par le gouvernement et les ONG expérimentent l'application de cette approche à une plus grande échelle. Des exemples d'efforts déployés dans ce domaine figurent au Chapitre 7.

Les médias aident également à dévoiler les tabous et les questions négligées en encourageant une discussion plus ouverte et publique. Cela peut constituer un premier pas vers la mobilisation du public et la prise de conscience politique concernant les questions cruciales de la vie des jeunes. Les médias tels que les services d'aide téléphonique, les sites web ou les émissions radiophoniques à lignes ouvertes sont des sources populaires et précieuses d'information et/ou de conseils pour les jeunes. Ils leur fournissent un accès anonyme à des informations précieuses, en contournant les barrières communes et les intermédiaires (enseignants, prestataires de service, parents et autres). Ils fournissent aussi des informations importantes sur les endroits où l'on peut accéder aux services.

Cent trente-trois (88 %) des 151 pays qui ont participé à l'Enquête mondiale ont déclaré avoir pris des mesures pour donner accès à l'information sur la santé de la reproduction aux adolescents. Les conclusions résumées au Tableau 5.4 indiquent les mesures prises par ces pays pour fournir l'information. Parmi ces mesures, on note : a) l'IEC/plaidoyer (54 %), b) l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, programmes et plans nationaux d'enseignement en tenant compte de l'accès des adolescents à l'information sur la santé de la reproduction (35 %), c) l'élaboration de programmes d'éducation par les pairs (29 %), et d) la création de services adaptés aux besoins des jeunes (29 %). Entre autres mesures, l'on a noté : l'utilisation de médias tels que la télévision et la radio pour véhiculer l'information sur la santé de la reproduction, les conseils en matière de santé de la reproduction aux adolescents et aux jeunes, la création d'associations/organisations de jeunes, la promotion d'ONG axées sur les jeunes et la mise à disposition de services d'aide téléphonique.

Les mesures importantes adoptées par chaque région sont les suivantes : Afrique subsaharienne : IEC/plaidoyer,

médias, éducation par les pairs, services adaptés aux besoins des jeunes ; Asie : IEC/plaidoyer, plans et programmes, médias ; Amérique latine et Caraïbes : IEC/plaidoyer, plans et programmes, services adaptés aux besoins des jeunes ; CEI, Europe centrale et de l'Est : IEC/plaidoyer ; républiques d'Asie centrale et Pacifique : IEC/plaidoyer, médias ; Etats arabes : IEC/plaidoyer, éducation par les pairs.

Des mesures novatrices telles que l'utilisation de services d'aide téléphonique ont été signalées en Afrique subsaharienne (3 pays), Asie (4 pays), Amérique latine (2 pays) et CEI, Europe centrale et de l'Est (2 pays). Il a été signalé la mise sur pied d'associations de jeunes par l'Afrique subsaharienne et l'Asie, la fourniture de services de conseils par l'Afrique, l'Asie, l'Amérique latine et la CEI, l'Europe centrale et de l'Est, et la promotion d'ONG axées sur les jeunes par l'Afrique subsaharienne, les Caraïbes, l'Amérique latine et les Etats arabes.

Certains pays ont produit des spots vidéo et audio et des programmes médiatiques destinés aux adolescents. Nombre d'autres pays utilisent des sites web et des documents audiovisuels. Dans de nombreux pays, les jeunes peuvent utiliser gratuitement les services d'aide téléphonique, bien que principalement dans les zones urbaines, et peuvent également consulter les rubriques de journaux spécialement conçues pour répondre à leurs besoins. Aux Bahamas, par exemple, il existe un supplément de journal intitulé *The Vibe and Youth Corner*. Tout récemment, les jeunes ont pu accéder aux sites web et au courrier électronique afin de trouver ce qu'ils veulent ou doivent savoir. A l'évidence, ce type d'information est limité pour les adolescents des zones rurales éloignées. Une approche mitigée alliant des méthodes traditionnelles et modernes a donc été adoptée.

Pour de nombreux jeunes, il est important de pouvoir demander des informations face à face, et 32 pays ont répondu à ce besoin en prenant des mesures visant à mettre à la disposition des adolescents des lieux où ils peuvent se rencontrer pour obtenir des informations et des conseils. De plus, 27 pays ont créé des associations ou organisations de jeunes. A la Trinité-et-Tobago, des groupes de jeunes et des groupes de sensibilisation travaillent en collaboration avec les jeunes, à l'instar de Rapport, la section des jeunes du Programme national sur le sida. Trente-huit pays ont ouvert des services adaptés aux besoins des jeunes en vue de créer un environnement favorable à l'accès des jeunes à l'information. Des festivals de jeunes sont également organisés dans de nombreux pays. Dans la plupart des cas, les mesures visant à assurer le soutien des parents ont, tout comme l'utilisation des pairs conseillers, été considérées comme importantes.

Les gouvernements reconnaissent le rôle important que les ONG et la société civile peuvent jouer en mettant l'infor-

mation à la disposition des jeunes. Ils soutiennent donc la diffusion d'informations, par les ONG, sur les services disponibles pour les jeunes et travaillent en collaboration avec les agents de santé pour s'assurer que les adolescents en quête d'informations et de services soient traités avec respect.

Les principales difficultés auxquelles les gouvernements se heurtent dans l'examen des stratégies des médias concernent la durabilité et la continuité des messages motivationnels visant à opérer un changement de comportement et à promouvoir des modifications durables des normes sociales relatives au genre, à la santé sexuelle et à la reproduction. Dans certains pays, le ministère de la Jeunesse et des Sports collabore avec des associations de jeunes, les anciens de la communauté, les clubs sportifs et les organisations de la société civile qui s'intéressent à la jeunesse. Dans certains pays, des équipes de formateurs en matière de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents ont été établies. Parallèlement, ils mettent en œuvre des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida particulièrement axés sur les jeunes et comportant des activités d'éducation par les pairs.

Parmi les autres obstacles figurent le manque de ressources pour fournir les documents appropriés ainsi que des problèmes en matière de formation des pairs éducateurs, où l'accent est essentiellement mis sur la formation des adultes. Dans certains pays, la mise à disposition d'informations aux adolescents et jeunes célibataires pose encore des problèmes dans la mesure où elle requiert une approche acceptable aux plans social et culturel. Lorsque le pourcentage des adolescents mariés est élevé, des programmes spéciaux sont développés pour prendre en compte leurs besoins. Le manque de ressources et la mise à disposition d'informations aux adolescents difficiles à atteindre constituent également d'autres obstacles.

5.5 ACCES AUX SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Dans le PA-CIPD, il est clairement recommandé aux pays de donner accès aux adolescents à des services de santé de la reproduction d'un coût abordable, confidentiels, sexospécifiques et conviviaux. La recommandation a été reprise par d'autres conférences internationales, notamment la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida et le Sommet des enfants. Les avantages considérables liés à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents justifient l'urgence de mesures conformes à cette recommandation.³ En outre, la moitié des séropositifs sont infectés avant leur vingt-cinquième anniversaire. Le fait que le taux d'infection des adolescentes soit cinq à six fois plus élevé que celui des garçons laisse supposer que la

discrimination sexuelle laisse aux adolescentes moins de moyens de s'informer pour se protéger. Des facteurs biologiques, sociaux et économiques rendent les jeunes femmes particulièrement vulnérables au VIH, ce qui aboutit parfois à des infections à brève échéance après qu'elles deviennent sexuellement actives.

Depuis la CIPD et particulièrement depuis la CIPD+5, des progrès importants ont été accomplis dans la fourniture de services de santé de la reproduction aux adolescents et dans la confiance avec laquelle les adolescents et les jeunes accèdent à ces services. On entend par services conviviaux pour les jeunes des services conçus pour permettre aux adolescents de se sentir à l'aise lorsqu'ils les utilisent. Il importe de les rendre plus accessibles parce que les jeunes ne peuvent ou ne veulent pas faire de longues distances pour y accéder. Les adolescents attachent une grande importance à la confidentialité et à l'intimité et ne veulent pas que leurs parents ou d'autres membres de leur communauté sachent qu'ils utilisent ces services. L'importance de la formation d'agents de santé qui soient en mesure de fournir des conseils et des soins aux adolescents est reconnue. Les besoins des adolescents, mariés ou célibataires, sont de plus en plus considérés comme spécifiques de leur groupe d'âge.

Sur les 151 pays ayant participé à l'Enquête mondiale, 136 (90 %) prennent des mesures pour fournir aux adolescents

Tableau 5.5 Mesures spécifiques prises par les pays pour permettre l'accès des adolescents aux services de santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Création de services de santé de la reproduction adaptés aux besoins des jeunes	78	57
Plans/programmes/stratégies sur l'accès des adolescents aux services de santé de la reproduction	46	34
Conseils sur la santé de la reproduction	37	27
IEC/plaidoyer sur les services de santé de la reproduction des adolescents	37	27
Conseils et normes sur les services de santé de la reproduction des adolescents	23	17
Politique relative à la santé de la reproduction des adolescents	14	10
Loi/législation sur les services de santé de la reproduction des adolescents	10	7
Total	136	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

et aux jeunes l'accès aux services de santé de la reproduction. Soixante-dix-huit de ces pays (57 %) ont fait état de la création de services adaptés aux besoins des jeunes. D'autres mesures importantes portées au Tableau 5.5 concernaient : les plans et programmes de fourniture de services de santé de la reproduction aux adolescents (34 %), les conseils aux adolescents en matière de santé de la reproduction (27 %) et l'IEC/plaidoyer sur les services de santé de la reproduction à l'intention des adolescents (27 %). Certains pays ont également eu recours à l'émission de directives et normes ainsi qu'à la formulation de politiques sur la santé des adolescents en matière de reproduction et à l'adoption de lois/mesures législatives dans ce domaine.

Diverses combinaisons de mesures ont été prises au niveau de chaque région. Cependant, l'accent a été mis sur : les plans et programmes visant la mise à disposition de services de santé de la reproduction pour les adolescents des républiques d'Asie centrale (80 %), les services de santé de la reproduction adaptés aux besoins des jeunes en Afrique subsaharienne (77 %), en Amérique latine (69 %), dans la CEI, en Europe centrale et de l'Est (75 %), aux Caraïbes (60 %), et dans le Pacifique (42 %), les conseils et l'IEC/plaidoyer dans les Etats arabes (40 % et 40 % respectivement), la formulation de plans et programmes et les conseils et d'IEC/plaidoyer en Asie (39 % pour chacun des services).

Les mesures prises par les pays varient considérablement en fonction de la région et du contexte culturel, mais l'on relève certains thèmes communs. Les soins de santé de la

reproduction pour les adolescents sont souvent offerts dans le système général de soins de santé, dans les centres de planification familiale ou dans les dispensaires locaux et toute personne, quel que soit son âge, est libre d'y accéder au niveau des centres de santé et des hôpitaux. Toutefois, 78 pays sur 151 ont reconnu l'importance des services adaptés aux besoins des jeunes et ont annoncé la création d'au moins un centre de services dans ce domaine.

Les jeunes ruraux célibataires, les adolescentes et jeunes gens mariés constituent des groupes particulièrement mal desservis, et les prestataires de services ont des difficultés à les attirer, soit un défi de plus à relever. Les services touchent encore très peu d'adolescents. Ils sont souvent essentiellement utilisés par les aînés des jeunes, plutôt que par ceux qui en ont le plus besoin et à qui ces services sont destinés. Il existe également très peu de programmes du secteur public à grande échelle sur la santé de la reproduction pour les adolescents dans les pays en développement. La plupart des services adaptés aux besoins des jeunes ont été conçus par des ONG sur une échelle limitée.

Le fait que des services conviviaux pour les jeunes soient disponibles ne signifie pas nécessairement que les jeunes les utiliseront. Aussi est-il essentiel de disposer d'un environnement communautaire favorable qui permet aux jeunes de se sentir en sécurité et à l'aise. Certains gouvernements font remarquer que les attitudes communautaires négatives et les barrières psychologiques peuvent dissuader les jeunes de recourir aux services, même s'ils sont adaptés à leurs

ENCADRE 5.1 EXPERIENCES DE PAYS CONCERNANT L'AMELIORATION DE L'ACCES DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES A DES SERVICES CONVIVIAUX

En Afrique subsaharienne, l'**Ouganda** a reconnu la nécessité de répondre aux besoins spécifiques des petites filles, particulièrement dans le contexte du VIH/sida. Le pays a également recours à des groupes de jeunes pour toucher les jeunes non scolarisés. En **Côte d'Ivoire**, les jeunes des zones urbaines ont été ciblés par certains programmes sur le VIH/sida.

En Asie et dans le Pacifique, des services sont souvent disponibles pour les adolescents mariés, mais pas pour les célibataires. Au **Bangladesh**, par exemple, il existe un programme spécialement conçu pour les jeunes qui travaillent dans l'industrie du vêtement. En **Inde**, les besoins des adolescents des bidonvilles ont été pris en compte. Des efforts ont été consentis en **Indonésie** pour atteindre les jeunes, alors qu'en **Malaisie**, des ONG ont

introduit des programmes destinés aux adolescents des zones rurales et aux jeunes handicapés.

En Amérique latine et aux Caraïbes, l'**El Salvador** a créé des services destinés aux jeunes et aux adolescents. En **République dominicaine**, des ONG et des agences internationales travaillent avec des jeunes des zones rurales et urbaines. Au **Honduras**, un programme cible les jeunes dans des zones où vivent des populations autochtones. Des pays comme **Saint-Kitts-et-Nevis**, **Saint-Vincent-et-les-Grenadines** et le **Suriname** offrent des services aux adolescents des zones rurales et urbaines. Quelques pays comme la **Jamaïque** et **Trinité-et-Tobago** ont élaboré des programmes distincts destinés aux adolescents, jeunes et moins jeunes. Le

premier pays met l'accent sur l'abstinence alors que le dernier insiste à la fois sur l'abstinence et les pratiques sexuelles à moindre risque.

Dans la CEI, en Europe centrale et de l'Est, dans les Etats arabes et dans les républiques d'Asie centrale, un certain nombre d'activités ont été entreprises, notamment des programmes spécifiques destinés aux garçons/hommes et aux jeunes des zones rurales en **Estonie**. En **Roumanie**, les programmes ciblent les jeunes Roumains, particulièrement ceux qui ont abandonné l'école. La **Jordanie** offre des services médicaux prénuptiaux et la **Palestine** a élaboré des programmes pour répondre aux besoins des utilisateurs de drogues injectables et aux victimes d'abus sexuel.

besoins et faciles d'accès. Les dispensaires ont connu plus de succès en associant la prestation de services adaptés aux besoins des jeunes à une campagne de sensibilisation communautaire. Les efforts de sensibilisation au niveau communautaire « déstigmatisent » les services et les rendent plus acceptables, permettant ainsi de surmonter les principaux obstacles à l'accès des jeunes.

Les établissements non cliniques et les centres de services polyvalents se sont avérés utiles en matière de prestation de services. Selon certains gouvernements, cela semble accroître l'accès effectif des jeunes aux services.

En dépit des progrès notés, un certain nombre d'obstacles demeurent. Certains pays s'emploient à les surmonter en vue de renforcer l'accès à l'avenir. Pour régler le problème du coût de prestations des services spéciaux pour les jeunes, certains pays prévoient des services réguliers avec des horaires spécifiques pour les adolescents ou assurent ces services dans des clubs de jeunes ou autres lieux de rencontre des adolescents. Le volume de travail des prestataires de services, associé aux bas salaires, entraîne une résistance à l'introduction d'autres engagements tels que la fourniture de services adaptés aux besoins des jeunes.

Les adolescents peuvent encore connaître l'opprobre et la discrimination et l'accès aux services lorsqu'ils se rendent à des cliniques adaptées aux besoins des jeunes peut être subordonné au consentement des parents. C'est pourquoi le niveau élevé de connaissances en matière de contraception peut ne pas se refléter sur l'utilisation de contraceptif chez les jeunes, en dépit du fait qu'ils puissent avoir de nombreux

partenaires sexuels. Toutefois, la menace de la propagation du VIH/sida chez les jeunes leur a facilité l'acquisition de préservatifs. La confidentialité est une autre question considérée comme importante, particulièrement dans les pays à population peu nombreuse.

Parmi les autres obstacles rencontrés figurent le manque de volonté politique, l'insuffisance des ressources allouées, l'attitude du personnel de santé et l'absence de formation, la non implication des jeunes dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes et les coûts réels pour les jeunes eux-mêmes. De plus, la diversité chez les adolescents et les jeunes est grande et peut être difficile à prendre en compte dans la mesure où de nombreux pays commencent seulement à instaurer des mesures pour répondre à leurs besoins. Cependant, des progrès ont été réalisés dans l'adoption de mesures visant à satisfaire les besoins des différentes sous-catégories d'adolescents (Encadré 5.1).

5.6 MOYENS D'EXISTENCE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Les pays ont également adopté des stratégies spécifiques en matière de moyens d'existence en vue de respecter et de préserver les droits des adolescents et des jeunes à la santé et au développement. Bien que la plupart des initiatives politiques des pays visent le domaine de l'éducation et de la santé, une attention de plus en plus grande est accordée au renforcement des capacités en matière de moyens d'existence qui constituent la première préoccupation des adolescents et de leurs parents. La préparation à la vie active est liée au rendement économique et peut augmenter le capital humain à long terme. L'on pense qu'un capital humain plus important et la possibilité d'avoir un revenu peuvent aussi avoir un impact sur la santé de la reproduction.

Le Tableau 5.6 montre que 130 (86 %) des 151 pays prennent des mesures pour soutenir le développement global des jeunes. Parmi ces mesures figurent : a) la mise à disposition d'un système d'enseignement, de formation professionnelle et de préparation à la gestion des entreprises (61 % des pays ayant pris au moins une mesure), b) la formation professionnelle et en gestion d'entreprise pour les jeunes non scolarisés (55 %), c) l'emploi des jeunes par le gouvernement (33 %), et d) la formation des jeunes en gestion d'entreprise par des ONG (18 %).

Les pays de toutes les régions ont fourni un système d'enseignement pertinent et une formation professionnelle et en gestion d'entreprise, ainsi qu'un enseignement professionnel et en gestion d'entreprise pour les jeunes non scolarisés.

Pratiquement tous les pays ont reconnu l'importance de soutenir les jeunes pour leur permettre de trouver des

Tableau 5.6 Mesures spécifiques prises par les pays pour soutenir l'évolution des moyens d'existence et les connaissances pratiques des jeunes

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Mise à disposition d'un système d'enseignement pertinent et d'une formation professionnelle/ en gestion d'entreprise	79	61
Formation professionnelle/ en gestion d'entreprise aux jeunes non scolarisés	71	55
Offre d'emplois aux jeunes par le gouvernement	43	33
Formation en gestion d'entreprise aux jeunes par des ONG	24	18
Total	130	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

ENCADRE 5.2 MESURES VISANT A RENFORCER LES COMPETENCES DES JEUNES QUANT AUX MOYENS D'EXISTENCE

Un pourcentage considérable de la population mondiale a moins de 25 ans. Il est donc urgent d'élaborer des programmes visant à améliorer les compétences des jeunes et à leur garantir des moyens d'existence. Les efforts déployés par les pays, qui sont souvent axés sur la participation des jeunes à la gestion de leurs propres entreprises, comprennent des programmes de formation et de financement. Des cours de formation technique professionnelle sont également dispensés.

En **Malaisie**, il existe de nombreux programmes de développement pour les jeunes dont le plus important est le programme dénommé « Rakan Muda » (Jeunes amis), sous l'égide du ministère de la Jeunesse et des Sports. On compte également de nombreux programmes de jeunes et programmes d'ONG destinés aux jeunes qui favorisent l'acqui-

sition de moyens d'existence, de compétences en matière de gestion des entreprises et de connaissances pratiques.

Au **Guyana**, une formation professionnelle est dispensée aux adolescents. Le ministère de l'Agriculture a lancé un programme de jeunes stagiaires qui implique environ 200 jeunes agriculteurs de l'enseignement supérieur, en plus de ceux qui donnent à l'agriculture une orientation pratique.

Au **Chili**, le gouvernement a créé un réseau de centres de jeunes dans 23 localités du pays, où les jeunes ont librement accès aux ordinateurs, à l'Internet, à des cours, à des ateliers et à des services d'imprimerie. Diverses activités culturelles y ont également organisées.

Au **Pakistan**, le chômage est considéré comme l'un des problèmes majeurs auxquels les

jeunes sont confrontés. Le gouvernement s'intéresse à quatre domaines majeurs dont les petites et moyennes entreprises et la technologie de l'information. Des prêts à des conditions favorables destinés aux petites et moyennes entreprises sont consentis à des jeunes en vue de promouvoir le travail indépendant et des mesures sont prises pour offrir aux femmes un meilleur accès au micro-crédit par le biais de la Women's Bank et de la Agricultural Development Bank.

Au **Ghana**, le gouvernement a intégré dans sa stratégie de réduction de la pauvreté des interventions spéciales ciblant les jeunes, telles que la formation professionnelle et technique destinée à plus de 6 000 jeunes chômeurs, et l'accès au crédit et à d'autres services d'appui au travail indépendant.

moyens d'existence par la formation professionnelle, l'emploi et l'acquisition de connaissances pratiques telles que la pensée critique et la prise de décision. Soixante-treize pays ont élaboré un ensemble de programmes en vue de transmettre diverses connaissances (Encadré 5.2). Les ONG ont apporté une importante contribution à cette formation dans 24 pays. Certains pays ont également déclaré soutenir les jeunes dans le domaine de l'enseignement supérieur où l'on insiste sur les connaissances relatives à la pensée critique et à la résolution de problème.

Plusieurs pays ont déclaré que leurs gouvernements reconnaissent l'importance d'offrir une formation professionnelle et des opportunités d'emploi aux jeunes, mais qu'ils ont cependant enregistré des succès variables. Certains pays ont un nombre disproportionné de jeunes sans emploi qui peuvent constituer 75 % du nombre total des chômeurs. Néanmoins, ces pays accordent une grande priorité à la formation professionnelle accompagnée d'incitations financières. La volonté des jeunes et leur aptitude à passer d'une spécialité à l'autre et à acquérir de nouvelles compétences constituent un facteur important qui leur permet de trouver un emploi. Bien que les jeunes parviennent à des niveaux de qualification plus élevés, ils peuvent se faire une idée erronée des besoins réels du marché du travail lorsqu'ils choisissent leur domaine d'étude et éprouver de la difficulté à trouver un emploi après leurs études.

5.7 PARTICIPATION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES A L'ELABORATION DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES

La participation des jeunes à l'élaboration des politiques et des programmes a été encouragée depuis la Conférence du Caire. Le PA-CIPD a recommandé que les jeunes soient acti-

Tableau 5.7 Mesures spécifiques prises par les pays pour favoriser la participation des adolescents et des jeunes à l'élaboration de politiques et de programmes

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Participation des adolescents et des jeunes à la formulation et à la mise en oeuvre de projets pilotes	75	64
Participation des adolescents et des jeunes à l'élaboration de politiques	56	47
Organisation de forums pour les jeunes pour leur permettre d'obtenir des informations	33	28
Création d'organisations de jeunes afin qu'elles leur servent de mécanisme de participation au niveau local	22	19
Total	118	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.



D. Hirrichsen/UNFPA

communautaire. Les prestations de services tout au long du cycle de programmation améliorent la pertinence et les résultats du programme. On commence par demander aux jeunes de quel mode de soutien ils ont besoin et l'endroit où ils souhaiteraient recevoir ce soutien. Puis on les habilite à s'assurer que les programmes conçus par des adultes sont bien exécutés.

Sur les 151 pays qui ont participé à l'Enquête mondiale, 118 (78 %) ont pris des mesures visant à assurer la participation des jeunes à l'élaboration de politiques et programmes (voir Tableau 5.7). Parmi les mesures prises à cet égard on a noté : a) la participation d'adolescents et de jeunes à la formulation et à la mise en œuvre de projets pilotes (64 % des pays ayant pris au moins une mesure), b) la participation d'adolescents et de jeunes à l'élaboration de politiques (47 %), c) l'organisation de forums pour les jeunes en vue d'obtenir des informations (28 %) et d) la promotion d'organisations ou d'associations de jeunes comme moyen de participation à un niveau local (19 %). Au niveau régional, toutes les régions ont mis l'accent sur les deux premières mesures.

Quelques pays institutionnalisent la participation des jeunes. Il existe par exemple, dans certains pays, des représentants de jeunes à des postes de décision au niveau de l'exécutif et du législatif, et dans d'autres, ils participent à la planification du développement humain industriel et agricole.

Il existe également une nouvelle stratégie visant à garantir la participation des jeunes en encourageant la création de réseaux de jeunes. Le fait de permettre à leurs membres d'acquérir des compétences en leadership telles que le plaidoyer et la gestion rend leur participation plus efficace et leur exemple plus attrayant pour les autres.

De nombreux pays soutiennent la participation des jeunes, généralement par le biais de leurs organisations et groupes. Cependant, ce soutien a tendance à être apporté en plusieurs étapes et sur une base empirique. En outre, les jeunes ont souvent été invités à participer à l'élaboration de politiques et programmes visant les jeunes, mais ils ne sont généralement pas consultés sur d'autres questions. Il reste donc beaucoup à faire pour assurer la réalisation des objectifs du PA-CIPD dans les 10 prochaines années.

5.8 LA CULTURE EN TANT QUE FACTEUR FAVORISANT ET OBSTACLE A LA PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS

Toutes les sociétés ont des normes qui s'appliquent au comportement des populations selon l'âge, le stade de la vie, le sexe et la classe sociale. Ces normes créent un contexte culturel qui influe, entre autres, sur la promotion de la santé

vement impliqués dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de développement qui ont un impact direct sur leur vie quotidienne, en particulier les activités relatives à santé de la reproduction et notamment à la prévention des grossesses précoces, à l'éducation sexuelle, et à la prévention du VIH/sida et des autres maladies sexuellement transmissibles. Les *Principales mesures* ont réaffirmé le droit de participation des adolescents.

Les pays comprennent de plus en plus que le fait d'associer les jeunes aux activités peut entraîner des progrès considérables, notamment une amélioration de la qualité de l'information et des connaissances, une plus grande prise de conscience et l'utilisation des services disponibles. En outre, il est reconnu que la participation des adolescents et des jeunes aux programmes de santé de la reproduction tend à renforcer leur capacité à participer de manière plus large à la vie sociale, économique et politique. La pertinence et les résultats des programmes sont améliorés par un appui en vue de renforcer les capacités des organisations et réseaux de jeunes grâce à des initiatives visant à améliorer leurs compétences et leur leadership en matière de débats législatifs, de politiques et de plaidoyer, d'accès aux médias, de droits de la personne et d'approche

de la reproduction des adolescents. Parallèlement, les jeunes grandissent dans un contexte socioculturel, dit « culture juvénile », susceptible d'être souvent en contradiction avec les normes et valeurs de leurs père et mère ou de leur communauté. Il en est particulièrement ainsi, compte tenu des rôles assignés à chacun des sexes et de la sexualité, notamment du début précoce de l'activité sexuelle. En ce qui concerne les normes relatives aux sexes, la santé, l'éducation et le choix des filles concernant leur mode de vie sont souvent brusquement restreints par la discrimination sexuelle, la violence, les grossesses non désirées, le mariage précoce et la maternité précoce.

En conséquence, dans le cadre de l'examen des progrès de la mise en œuvre du PA-CIPD, il a été demandé aux pays, dans l'Enquête mondiale, de répondre à une série de questions sur les différentes manières dont la culture contribue à la promotion de la santé de la reproduction des jeunes et s'y oppose.

La pertinence des réponses varie considérablement, bien qu'un certain nombre de questions communes aient été signalées. Certains pays font état aussi bien de facteurs favorables que défavorables de la culture, alors que d'autres évoquent l'un ou l'autre aspect. La question a été donc analysée comme deux questions distinctes : celle des contributions culturelles et celle des obstacles culturels à la santé de la reproduction des jeunes.

Contribution culturelle

Soixante-dix (46 %) des 151 pays ont répondu à la question de savoir comment le contexte culturel du pays contribuait à la promotion de la santé de la reproduction des adolescents. Certains ont affirmé que les jeunes sont considérés comme l'avenir de la société, comme un investissement en ce qu'ils aident à préserver et à promouvoir la culture. Dans quelques pays, l'activité sexuelle chez les jeunes est plus largement reconnue et les valeurs culturelles l'associent au fait d'être amoureux et d'être partenaire dans le cadre d'une union stable. Les jeunes de ces pays sont plus susceptibles d'utiliser la contraception et d'éviter les IST. Toutefois dans la plupart des sociétés, l'activité sexuelle n'est pas encouragée chez les jeunes et les adolescents célibataires. En raison de la discrimination sexuelle, les filles sont souvent victimes de violence, d'abus sexuels et de trafic sexuel. Les normes culturelles obligent de nombreuses adolescentes à se marier contre leur gré, pratiquant ainsi leur sexualité avec des maris qui peuvent être de plusieurs années leurs aînés.

La menace de la pandémie du VIH/sida et l'usage accru de drogues ont contribué à convaincre les parents, les directeurs d'établissements d'enseignement et les chefs religieux de soutenir davantage les programmes des adolescents. Dans

les pays où le statut de la femme s'est amélioré au cours des dernières décennies, une évolution a été constatée dans les mentalités par rapport à la mise à disposition d'informations et/ou de services aux jeunes.

Dans certains pays, la religion a été déclarée facteur favorisant la promotion de la santé de la reproduction chez les adolescents. Pour certaines religions, l'information sur la question fait partie intégrante de l'enseignement religieux. Certains pays de la CEI, de l'Europe centrale et de l'Est et des républiques d'Asie centrale ont répondu que la religion ne s'oppose pratiquement pas ou pas du tout aux prestations de services de santé de la reproduction pour les adolescents et qu'il existe une très grande prise de conscience chez les jeunes, ce qui contribue à l'amélioration des prestations.

Entraves culturelles

A la question de savoir comment le contexte culturel entrave la promotion de la santé de la reproduction pour les adolescents, 120 (79 %) des 151 pays ont apporté une réponse (Tableau 5.8). De nombreux pays ont souligné le manque d'information dans ce domaine comme étant un obstacle majeur. Certains pays ont également déclaré qu'un débat ouvert sur les comportements sexuels et les questions

Tableau 5.8 Entraves culturelles au traitement de la question de la santé de la reproduction des adolescents

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Le débat ouvert sur les questions de santé sexuelle et de la reproduction est considéré comme culturellement inopportun	51	43
La culture empêche les jeunes de solliciter les services de santé de la reproduction	49	41
Les pratiques traditionnelles empêchent les jeunes de solliciter les services de santé de la reproduction	38	32
Les adolescents et les jeunes font face à l'opposition de la religion à leur recours aux services de santé de la reproduction	28	23
Manque de capacité de certains prestataires de service, parents et chefs religieux à parler de santé de la reproduction avec les adolescents et les jeunes	22	18
Total	120	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

relatives à la santé de la reproduction est considéré comme culturellement inopportun (43 %). En outre, il a été déclaré que la culture peut constituer un obstacle pour les jeunes qui sollicitent les services de santé de la reproduction (41 %); les pratiques traditionnelles empêchent les jeunes de solliciter les services de santé de la reproduction (32 %) et les adolescents et jeunes se heurtent à des oppositions de la religion dans la recherche de services de santé de la reproduction (23 %). Certains pays ont également déclaré que les prestataires de service, les parents et les chefs religieux ne sont pas assez compétents pour discuter de manière adéquate avec les adolescents et les jeunes de questions relatives à la santé sexuelle et de la reproduction (18 %). Ces facteurs ont des implications majeures pour ce qui concerne l'aptitude des adolescents à accéder à l'information et aux services et pour la confiance qu'ils leur accordent.

Parmi les autres entraves à la promotion de la santé de la reproduction pour les adolescents SRA figurent les coutumes telles que le mariage précoce qui, surtout lorsqu'il est associé à la maternité précoce, peut avoir un effet néfaste majeur sur la santé des adolescents, les traditions qui favorisent les grandes familles, et les pratiques dangereuses telles que la coupure génitale féminine et certains rites d'initiation sexuelle. Dans certaines sociétés, la période d'adolescence n'est pas reconnue dans la mesure où les personnes du groupe d'âge de 10 à 14 ans sont considérées, soit comme des enfants, soit comme des adultes, ce qui les empêche de recevoir des renseignements opportuns sur la santé de la reproduction au cours des années décisives de leur développement physique, mental et émotionnel. Dans certains cas, les enfants ont une indépendance limitée par rapport à leurs parents ou leurs familles, ce qui contribue à limiter l'indépendance du processus décisionnel. De plus, les attentes socioculturelles ont entraîné une stigmatisation et une discrimination à l'égard des filles-mères tout en favorisant le machisme ou la domination de l'homme chez les garçons.

5.9 CONCLUSION

Depuis la tenue de la CIPD et surtout depuis la CIPD+5, certains pays ont fait des progrès remarquables dans la prise en considération des besoins des adolescents eu égard aux droits et à la santé en matière de reproduction. Cette situa-

tion laisse supposer que l'approche progressive ancrée dans le contexte socioculturel, adoptée par la plupart des pays dans la mise en œuvre du PA-CIPD a porté ses fruits. Alors que de nombreux pays viennent juste de commencer à mettre en œuvre des programmes visant les adolescents et les jeunes, d'autres ont accompli de grands progrès dans ce domaine. Certains pays ont fait montre d'une compréhension de plus en plus grande des stratégies nécessaires à l'amélioration de la santé de la reproduction des jeunes. Certains d'entre eux ont élaboré des programmes fondés sur les droits et sensibles à la spécificité des sexes, qui reconnaissent la diversité des adolescents et prennent en compte leurs besoins et leurs droits relatifs au développement. De plus en plus de pays se rendent compte de l'importance de l'enseignement fondé sur les connaissances pratiques qui soutient les adolescents dans leur transition vers l'âge adulte et leur fournit les connaissances dont ils ont besoin pour préserver leur santé en matière de reproduction.

La participation des jeunes est souvent reconnue comme un élément essentiel au succès des programmes. De plus, elle est considérée comme un moyen de renforcer le droit des adolescents et des jeunes de participer aux activités de leurs sociétés en tant que forces dynamiques du changement. La nécessité de la participation des ONG et de la société civile aux programmes visant les jeunes est également en train d'être reconnue.

Le grand défi de la prochaine décennie consistera à lancer de nouveaux projets ou d'amplifier et d'institutionnaliser les projets fondés sur les droits, sensibles à la spécificité des sexes et destinés aux adolescents. Quelques pays ont déjà commencé à œuvrer dans ce sens, puisqu'ils reconnaissent que c'est le seul moyen d'améliorer la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, particulièrement des filles. C'est également le seul moyen de les habiliter à négocier leur comportement sexuel et à réduire les taux croissants d'infection à VIH/sida. Plusieurs pays reconnaissent à présent que les adolescents et les jeunes ont des droits légitimes à la procréation et des besoins en matière de santé de la reproduction qui ne pourront être satisfaits que grâce à un engagement accru au niveau national. Cette reconnaissance est un début encourageant pour les progrès futurs.

Références

- 1 UNFPA, *Etat de la population mondiale 2003 : un milliard à ne pas oublier : investir dans la santé et les droits des adolescents* (New York, UNFPA, 2003), p. 1.
- 2 UNFPA, *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action* (New York, UNFPA, 1999), p. 34.
- 3 Singh, et al., *Adding it up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care* (New York, the Alan Guttmacher Institute and UNFPA, 2004), p. 29.

6 VIH/sida

6.1 INTRODUCTION

Au moment où se tenait la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), en 1994, la question du VIH/sida ne figurait pas au premier rang des priorités des programmes politiques. Dans le PA-CIPD, il est fait référence au VIH/sida essentiellement dans le contexte de la prévention des infections sexuellement transmissibles. C'est au cours de l'examen quinquennal de 1999 visant à évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du PA-CIPD que des objectifs ont été fixés par rapport au VIH/sida. Les paragraphes 67 à 72 des *Principales mesures*, donnent les éléments d'une réponse multisectorielle à la question du VIH/sida tout en soulignant que la prévention du VIH/sida devrait faire partie intégrante des programmes de santé sexuelle et de la reproduction. Selon les objectifs visés au paragraphe 70, « Les taux d'infection à VIH chez les personnes âgées de 5 à 24 ans devraient être réduit de 25 % dans les pays les plus touchés d'ici 2005, et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010 ». Il est noté dans ce paragraphe que d'ici 2005, « 90 % au moins, et d'ici 2010, 95 % au moins des jeunes hommes et des jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans [devraient] avoir accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires à l'acquisition des connaissances pratiques requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH ». Aujourd'hui, le VIH/sida fait partie du programme mondial, comme en témoignent d'autres documents et instruments internationaux consensuels tels que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida publiée par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), et la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM).

Le message émanant des statistiques globales sur le VIH/sida est clair : aucun pays n'est à l'abri du VIH/sida, dans la mesure où l'épidémie continue de prendre une avance considérable sur les efforts visant à l'éradiquer. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime qu'en 2003 seulement, trois millions de personnes sont décédées du sida ; dans la même année, le nombre d'orphelins du sida est passé à 14 millions dont 11 millions vivent en Afrique subsaharienne. Ce qui porte à croire que le taux des infections à VIH ne se stabilise pas. Le nombre de personnes vivant avec le VIH et le sida continue

d'augmenter, de façon plus marquée en Afrique subsaharienne, mais l'épidémie se propage également en Asie, dans le Pacifique, en Europe de l'Est et en Asie centrale. En 2003, plus de cinq millions de personnes ont été nouvellement infectées – la moitié d'entre elles étant des jeunes de 15 à 24 ans – et font désormais partie des 40 millions de gens qui vivent aujourd'hui avec le VIH/sida, à travers le monde. Le nombre de femmes infectées tend à augmenter de manière alarmante. En 1997, les femmes âgées de 15 à 49 ans représentaient 41 % des adultes vivant avec le VIH/sida ; elles étaient 50 % en 2003. La tendance est encore plus accentuée en Afrique subsaharienne où les femmes représentent environ 60 % des adultes vivant avec le VIH/sida. Cette féminisation de l'épidémie est encore aggravée par la charge qui incombe aux femmes en leur qualité de premières personnes s'occupant des malades et gardiennes du foyer et par les inégalités juridiques et sociales auxquelles elles font souvent face dans les domaines de l'éducation, des soins de santé, des opportunités de moyens d'existence, de la protection juridique et de la prise de décision.

L'impact du VIH/sida dépasse de loin les statistiques tant au plan économique que social. Les infrastructures sont souvent exploitées au delà de leurs capacités, les gains déjà acquis en matière de développement s'érodent rapidement et les familles et communautés se déstabilisent. Le VIH/sida est, assurément, un des plus grands défis auquel la communauté internationale est actuellement confrontée. Cependant, le récent *Rapport du Secrétaire général sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* fait le constat ci-après : « Malgré un renforcement des engagements politiques et des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/sida, la situation mondiale sera la suivante :

- a) Moins d'une personne sur quatre susceptibles d'être infectées peut obtenir des informations de base sur le VIH/sida ;
- b) Seule une personne sur neuf cherche à savoir si elles sont ou non séropositives a accès aux services de conseils et de dépistage volontaires ;
- c) Moins d'une femme enceinte sur 20 se présentant pour des soins prénatals peut accéder à des services de prévention en matière de transmission du virus de la mère à l'enfant ;

ENCADRE 6.1 THAÏLANDE - LA FOCALISATION SUR LES SUCCES ANTERIEURS CACHE-T-ELLE UNE RESURGENCE POSSIBLE DU VIH/SIDA?

Un leadership précoce de haut niveau qui crée un environnement politique favorable à des mesures énergiques, une mobilisation générale de partenaires intervenant même en dehors du secteur de la santé publique et une ouverture d'esprit envers le sida, les pratiques sexuelles à moindre risque et l'utilisation de préservatifs sont les facteurs essentiels du succès extraordinaire enregistré par la Thaïlande dans la maîtrise de la propagation du VIH/sida. Les résultats demeurent incontestables si l'on tient compte du fait que les nouvelles infections annuelles ont enregistré une baisse de 85 %, passant de 143 000 en 1991, au plus fort de l'épidémie, à environ 21 000 en 2003.

Toutefois, dans un monde où sévit le VIH/sida, le succès enregistré dans la maîtrise de l'épidémie doit être soutenu. L'excès de confiance permet aux épidémies sous-jacentes et aux foyers d'épidémies d'inverser les tendances à la baisse. Au cours de ces dernières années, les campagnes de sensibilisation du public se sont pratiquement arrêtées en Thaïlande et la mobilisation des partenaires

fléchit sous le coup d'une réaction axée exclusivement sur le secteur de la santé publique. A l'heure actuelle les ministères autres que ceux de la santé ne sont pas suffisamment associés aux efforts et les budgets prévus pour les dépenses relatives au VIH/sida ont considérablement baissé. L'on ne prend pas suffisamment en compte les facteurs importants de transmission. Il est prouvé, par exemple, que les jeunes Thaïlandais débutent leur activité sexuelle très tôt, que seuls 20 % à 30 % d'entre eux utilisent des préservatifs et que moins de 5 % sont touchés par les services de prévention. L'augmentation du taux de prévalence du VIH chez d'autres groupes vulnérables tels que les populations mobiles et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) devrait constituer un signal d'alarme. Selon les estimations, le taux de prévalence du VIH est passé de 4 % en 1991 à 17 % parmi les groupes d'homosexuels, de 35 % en 1996 à 50 % chez les UDI et il est de 6 % chez les travailleurs mobiles de certains sites industriels.

Fort de ses succès antérieurs et des effets de synergie sur le leadership, la participation

multisectorielle et les ressources, la Thaïlande pourrait intensifier ses efforts dans le domaine de la prévention, des soins et du traitement en vue d'éviter une recrudescence de l'épidémie. Les programmes efficaces de prévention du VIH axés sur les maisons closes devraient être maintenus et mais l'action devrait également porter, et d'urgence, sur la prévention du VIH chez les jeunes et autres populations vulnérables citées. Une opportunité pour la Thaïlande de toucher les jeunes, serait de mobiliser le secteur de l'éducation en vue de l'introduction systématique de la santé sexuelle, des connaissances pratiques et de l'éducation par les pairs dans les programmes scolaires. Une autre opportunité consisterait à faciliter davantage l'accès à la thérapie antirétrovirale pour ceux qui en ont besoin en se basant sur le système de santé bien organisé du pays et sur sa capacité à produire des antirétroviraux génériques à moins de 300 dollars US par patient et par an.

- d) Moins de 5 % des personnes qui pourraient être traitées par antirétroviraux peuvent actuellement accéder à ce traitement ;
- e) Dans la plupart des pays où l'échange de seringues entre utilisateurs de drogues injectables constitue un des principaux modes de transmission du VIH, moins de 5 % de la population concernée est touchée par les programmes de prévention et de traitement .»'

Dans la mesure où le VIH/sida constitue un élément clé de la santé de la reproduction et un facteur qui influe sur la réalisation des objectifs de la CIPD, l'on a tenté d'obtenir dans l'Enquête mondiale de 2003 des renseignements sur les mesures et actions entreprises par certains pays pour prendre en compte l'épidémie. La question relative aux dimensions pertinentes de la pandémie a également été débattue dans plusieurs autres chapitres du présent rapport, plus particulièrement au Chapitre 4 sur la question du VIH/sida dans le contexte des IST, au Chapitre 5 sur la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, au Chapitre 7 sur la communication pour le changement de comportement, au Chapitre 8 sur les partenariats et au Chapitre 9 sur les pays donateurs. Le présent chapitre concerne trois aspects importants de l'épidémie qui ont été examinés en détail dans

l'enquête : il s'agit premièrement, d'une analyse des principales stratégies adoptées par rapport aux taux de prévalence actuels de l'infection dans diverses régions du monde ; deuxièmement, d'une présentation des groupes vulnérables et à haut risque exposés à l'infection et des types de mesures adoptés pour toucher ces groupes ; et enfin, d'une étude sur l'influence des facteurs culturels. Vu le rôle primordial que joue la prévention pour arrêter ou faire reculer l'épidémie, l'analyse est axée principalement sur les mesures préventives adoptées par les différents pays.

6.2 LA PANDEMIE DU VIH/SIDA ET LES STRATEGIES VISANT A L'ABORDER

Aperçu mondial

Au niveau mondial, la riposte à la pandémie, dont les aspects sont notés dans l'introduction, présente une image collective d'action et d'inaction. Au début de l'année 2004, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde était estimé à 40 millions, soit une augmentation d'environ 50 % par rapport aux prévisions faites une décennie auparavant. Des progrès ont été réalisés sur plusieurs fronts. Cependant, beaucoup reste encore à faire dans la lutte

contre le VIH/sida. Des stratégies et technologies de prévention efficaces sont disponibles. Il existe un regain de volonté et de leadership politiques. Des fonds sont mis à disposition. Les roues commencent donc à tourner, mais il faut d'urgence une mobilisation sans précédent de tous les secteurs pour renforcer les activités de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida ; une mobilisation qui soit proportionnelle à l'ampleur des menaces posées par l'épidémie.

Toutefois, pour avoir un plus grand impact sur la crise, les mesures devraient être fondées sur les facteurs de transmission des épidémies individuelles les plus spécifiques au niveau régional, national ou communautaire. Alors qu'il est largement reconnu que la majorité des personnes infectées par le VIH/sida vivent en Afrique subsaharienne, cela ne doit pas faire oublier le fait que le VIH/sida se propage également et a un impact dans d'autres régions du monde. La situation appelle une action efficace et décisive.

Dans l'Enquête mondiale de 2003, il a été demandé aux pays de décrire les stratégies efficaces actuellement en cours, de confirmer l'utilisation d'approches choisies et de décrire les approches utilisées pour cibler les populations difficiles à atteindre. Les résultats résumés au Tableau 6.1 sont classés de façon similaire en trois volets distincts : a) formulation de plans, de politiques ou de stratégies, b) adoption d'approches de prévention et c) activités de soutien. Comme il ressort du tableau, parmi les pays qui ont répondu à l'enquête, 74 % ont signalé avoir adopté une stratégie nationale sur le VIH/sida, 36 % ont déclaré avoir élaboré des stratégies spécifiques visant les groupes à haut risque, 18 % ont indiqué avoir adopté une politique spécifique sur le VIH/sida et 16 % ont déclaré avoir adopté des lois ou des mesures législatives pour soutenir les efforts déployés en direction du VIH/sida.

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays développés ont mis sur pied des commissions nationales sur le sida et élaboré des politiques et programmes visant à atténuer l'impact de la pandémie. En outre, il existe dans les pays en développement de nombreux exemples de chefs d'Etat qui participent directement à la lutte contre le VIH/sida. Les conclusions de l'Enquête mondiale indiquent également qu'un nombre de plus en plus important de pays a introduit une approche plus multisectorielle qui appelle la participation d'un grand nombre de ministères renforcée par l'implication croissante des ONG. Il s'agit là d'une mesure positive qui s'éloigne de la première réponse dans laquelle le VIH/sida était essentiellement ou uniquement perçu comme un problème de santé ne devant être traité que dans le cadre du ministère de la Santé.

Aperçus régionaux

Les statistiques mondiales n'informent que sur une partie infime de l'histoire du VIH/sida. La dynamique de l'épidémie peut varier de manière considérable d'une région à l'autre et même au sein des régions ou des communautés. Il est donc essentiel que l'élaboration de stratégies et de programmes sur le VIH/sida tienne compte des facteurs de transmission spécifiques et des entraves à la mise en œuvre d'une prévention, de soins et d'un traitement efficaces pour mieux garantir l'efficacité de la mesure. Un aperçu de la dynamique régionale du VIH/sida est donné ci-dessous, suivi d'exemples qui illustrent les diverses mesures prises. Il existe, certes, des points communs dans les approches adoptées dans différentes régions, mais également des différences considérables.

Tableau 6.1 Stratégies adoptées par les pays pour prendre en compte la question du VIH/SIDA

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
A. Plan/politique/stratégies		
Stratégie nationale sur le VIH/SIDA	109	74
Stratégies nationales ciblant les groupes à haut risque	53	36
Politique relative au VIH/SIDA	26	18
Lois/législations sur le VIH/SIDA	23	16
B. Approches de prévention		
IEC/plaidoyer	98	66
Prévention de la transmission mère-enfant	70	47
Conseils et dépistage volontaires	69	47
Dépistage sanguin	46	31
Marketing social	27	18
C. Activités de soutien		
Création d'un environnement propice	46	31
Coordination Interinstitutions (au sein du gouvernement)	40	27
Système d'information de gestion	23	16
Formation des fournisseurs de soins de santé	22	15
Mobilisation de ressources	15	10
Total	148	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne, région la plus durement touchée par le VIH/sida, comptait environ 26,5 millions de personnes infectées par le virus à la fin de l'année 2003. Au niveau de la région, les femmes risquent environ 1,2 fois plus d'être infectées que les hommes. Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes femmes risquent 2,5 fois plus d'être infectées que les hommes.² Alors que le taux de prévalence varie au niveau national, trois pays de l'Afrique australe affichent des taux chez la population adulte qui atteignent ou dépassent 30 % : le Botswana (39 %), le Swaziland (39 %) et le Lesotho (30 %). Dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Nigéria et l'Éthiopie, l'importance de la taille de la population associée à la propagation rapide de l'infection donne une formule d'épidémie explosive.

Toutefois, les chiffres à eux seuls ne reflètent pas l'impact dévastateur qu'a eu le VIH/sida sur le développement en Afrique. Au cours de la dernière décennie, l'espérance de vie a été considérablement réduite dans les pays les plus gravement touchés. Au Botswana, l'espérance de vie est tombée de 65 ans en 1990-1995 à 56,3 ans en 1995-2000 et à 39,7 ans en 2000-2005. Sans le sida, l'espérance de vie aurait atteint 68,1 ans pour les hommes et 76,2 ans pour les femmes d'ici 2045-2050. Au Zimbabwe l'espérance de vie pour 2010-2015 est estimée à 31,8 ans. Sans le VIH/sida, les prévisions la situaient à 70,5 ans. D'ici 2050 les estimations sont de 45,7 ans et 76,2 ans respectivement. Les décès liés au sida peuvent se traduire par une perte stratégique de ressources humaines à travers tous les secteurs de la société, les secteurs publics déjà affaiblis, notamment celui de la santé et de l'éducation, étant souvent les plus perturbés. Le VIH/sida demeure toutefois un problème soluble. L'Ouganda, par exemple, montre qu'une action concertée, notamment des campagnes de sensibilisation et des mesures préventives, peut aider à renverser la tendance de l'épidémie. Une baisse des taux de prévalence a également été constatée à Addis-Abeba (Éthiopie), en Ouganda et tout récemment en Afrique du Sud. Les efforts déployés très tôt au Sénégal ont maintenu le taux de prévalence à un niveau faible.

L'un des enseignements tirés au cours des deux dernières décennies est que l'engagement des dirigeants joue un rôle essentiel. Les réponses fournies au cours de l'Enquête mondiale de 2003 indiquent que tous les gouvernements en Afrique subsaharienne ont pris des mesures pour lutter contre la pandémie du VIH/sida et atténuer son impact sur leurs populations, sur le développement et sur la sécurité de leurs pays. Dix-neuf pays africains ont déclaré avoir mis sur pied des commissions nationales ou des conseils de haut niveau sur le sida, qui relèvent souvent directement du Cabinet du Président ou du Chef du gouvernement. Quelque

40 pays de la région ont fait état de l'élaboration de plans stratégiques nationaux sur le VIH/sida qui couvrent des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui, plusieurs d'entre eux ayant déclaré utiliser une approche multisectorielle. Cependant, beaucoup reste à faire pour permettre aux 90 % d'Africains non infectés de le demeurer.

Asie et Pacifique

Le taux de prévalence en Asie et dans le Pacifique est actuellement relativement faible. Cependant, l'éventualité de conséquences catastrophiques est très grande dans la mesure où 61 % de la population mondiale vit dans cette région. Plus d'un million de personnes dans la région ont contracté le VIH en 2003, portant le nombre total de personnes vivant avec le VIH et le sida à 7,4 millions environ. Alors que le taux de prévalence national chez les adultes est toujours de 1 % dans la plupart des pays, ces chiffres faibles masquent ou cachent souvent de graves épidémies, particulièrement parmi les groupes à comportements à risque élevé. La consommation de drogues et la prostitution sont si intenses dans certaines zones que même les pays à faible taux d'infection pourraient connaître des poussées épidémiques soudaines. Les taux de prévalence les plus élevés de la région sont relevés au Myanmar (3,5 %), au Cambodge (environ 3 %), en Thaïlande (environ 2 %), en Inde (0,8 %) et en Papouasie-Nouvelle-Guinée (presque 1 %). Cependant, si l'on tient compte des chiffres réels, le tableau semble différent. Par exemple, en Inde où la population est très importante, entre 3,8 et 4,6 millions de personnes vivent avec le virus, ce qui place ce pays au deuxième rang mondial derrière l'Afrique du Sud en terme de nombre réel d'infections. De même, en Chine, on comptait environ 840 000 personnes vivant avec le VIH/sida au milieu de l'année 2002.³

La plupart des pays de l'Asie et du Pacifique ont élaboré des stratégies nationales sur le VIH/sida. L'importance de la priorité accordée varie d'un pays à l'autre, en fonction de la dimension et de l'impact de l'épidémie du VIH/sida. Cependant, l'analyse des réponses des gouvernements à l'Enquête mondiale de 2003 semble indiquer qu'il existe des lacunes statistiques. Par exemple, alors qu'un certain nombre de pays se réfère à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, beaucoup ne traitent pas d'autres aspects importants du VIH/sida, bien qu'ils considèrent les femmes comme un des groupes cibles les plus vulnérables à l'infection. Les efforts de prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes ont été principalement axés sur les jeunes scolarisés, présentant ainsi des lacunes statistiques par rapport à la prise en compte de la question des jeunes non scolarisés. Heureusement, la plupart des pays ont fini par adopter une

approche plus multisectorielle après avoir appliqué au départ une approche médicale émanant du ministère de la Santé.

Amérique latine et Caraïbes

Vers la fin de l'année 2003, 1,3 à 1,9 million d'adultes et d'enfants de la région vivaient avec le VIH/sida. Fait inquiétant, la prévalence nationale avait atteint ou dépassé 1 % dans 12 pays du bassin des Caraïbes. Les principaux modes d'infection à VIH coexistent dans la plupart des pays de la région avec d'importants niveaux de comportements à haut risque, notamment la sexualité précoce, les rapports sexuels multipartenaires non protégés et l'utilisation de matériel d'injection de drogue douteux. Les rapports sexuels entre hommes constituent un facteur important, mais souvent négligé, de l'épidémie en Amérique latine. Le Brésil compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région, y compris les enfants, et des pays comme le Honduras, le Guatemala et le Panama ont des taux qui avoisinent 1 %. Il convient de noter que 8 des 53 pays les plus touchés par le VIH/sida dans le monde se trouvent en Amérique latine et aux Caraïbes (Bahamas, Belize, Brésil, République dominicaine, Guyana, Haïti, Honduras et Trinité-et-Tobago).⁴ La stigmatisation et la discrimination constituent toujours d'importants obstacles, particulièrement pour ce qui concerne la programmation ciblant les groupes à haut risque souvent marginalisés, ce qui renforce encore la tendance manifeste de l'élévation des taux d'infection chez les groupes socialement et économiquement défavorisés de la région.

Selon l'Enquête mondiale de 2003, presque tous les pays d'Amérique latine ont élaboré des plans et stratégies nationaux pour enrayer la propagation du VIH. Cependant, les approches et méthodes d'exécution diffèrent d'un pays à un autre, notamment pour ce qui a trait à leur portée multisectorielle. Il convient de noter le plan stratégique du Brésil qui garantit un accès gratuit, public et universel à toutes sortes de méthodes utilisées pour la prévention et au traitement.

Environ la moitié des pays de la région ont promulgué des lois, notamment contre la discrimination et en faveur d'un traitement égal pour les personnes infectées par le VIH. Le Panama, par exemple, a adopté en janvier 2000 une loi qui, non seulement considère le VIH/sida et les IST comme préjudiciables à l'intérêt national (nécessitant donc une réponse multisectorielle), mais encore interdit la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida au niveau de l'enseignement, de la communauté ou du lieu de travail.

En dépit des problèmes économiques que la région

a connus au cours de la dernière décennie, les pays d'Amérique latine à revenu intermédiaire ont consacré une part importante de leurs ressources à la lutte contre le VIH/sida, notamment le Brésil (750 millions de dollars EU en 2002). Tout en prenant simultanément des mesures eu égard à sa propre crise économique, l'Argentine a dépensé environ 75 millions de dollars en 2002.⁵ Les pays les plus pauvres ont été confrontés à davantage de difficultés pour financer leurs activités de prévention et de traitement du VIH/sida et plusieurs d'entre eux ont introduit des requêtes auprès du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour qu'il soutienne leur action. L'Encadré 6.2 illustre les mesures préventives prises par le Mexique.

Caraïbes

Les Caraïbes ont le second taux d'infection à VIH le plus élevé du monde après l'Afrique subsaharienne. Les gouvernements reconnaissent que la maladie s'est implantée dans la région avec 350 000 à 590 000 adultes et enfants infectés. Les deux épidémies les plus graves de la région sévissent en Haïti et en République dominicaine. En Haïti, les taux de prévalence sont de 5 % à 6 % depuis la fin des années 1980 ; en République dominicaine, les taux nationaux de prévalence parmi certaines populations sont passés de moins de 1 % à 12 %. En outre, les taux nationaux de prévalence chez les femmes enceintes dépassent 2 % aux Bahamas, au Belize, au Guyana et à la Trinité-et-Tobago.

D'après les réponses à l'Enquête, certains pays des Caraïbes adoptent une approche multisectorielle alors que

ENCADRE 6.2 MEXIQUE - AGIR POUR PREVENIR LE VIH/SIDA

Le Mexique a commencé à suivre l'incidence du VIH en 1985. Depuis 1986, des mesures ont été prises en vue de garantir la sûreté du sang par le biais de l'éducation et d'éliminer les donneurs à haut risque, ce qui a entraîné la baisse du taux d'infection des réserves de sang à 0,02 %. La transmission périnatale demeure faible avec seulement 14 cas en 2000.

Le virus est généralement transmis par voie sexuelle (90 %), d'où la vulnérabilité des femmes et la nécessité de les inclure dans les programmes. Le Groupe de travail des femmes d'Amérique latine et l'Institut national de santé publique regroupent 140 ONG travaillant avec des femmes dans la région en vue de promouvoir des politiques et programmes ciblant des groupes de femmes particuliers, notamment les travailleuses du sexe, les filles prépubères, les adolescentes et les jeunes femmes, les groupes ruraux et urbains marginalisés, les travailleurs migrants ou les épouses de migrants, les femmes vivant avec le VIH et les « femmes au foyer » qui ont des relations susceptibles d'être à haut risque.

d'autres maintiennent des programmes élaborés sous l'égide du ministère de la Santé. Par exemple, le Programme de prévention et de contrôle de Cuba a été établi en 1986, lorsque le Groupe chargé de juguler et de lutter contre le sida a été mis sur pied sous la direction du ministère de la Santé. La Communauté des Caraïbes (CARICOM) prend également d'importantes initiatives dans la sous-région.

CEI, Europe centrale et de l'Est et Asie centrale

L'Europe de l'Est et les pays de la Communauté des Etats indépendants sont les régions du monde où la pandémie du VIH/sida se propage le plus rapidement. A la fin de l'année 2003, l'ONUSIDA estimait que 1,5 million de personnes vivaient avec le VIH et le sida en Europe de l'Est et en Asie centrale. Le pays le plus durement touché était la Fédération de Russie, avec environ 1 million de personnes vivant avec le VIH/sida en 2003. Viennent ensuite l'Ukraine, le Bélarus et le Kazakhstan : en 2001, on comptait 25 000 personnes infectées par le VIH en Ukraine, 15 000 au Bélarus et 6 000 au Kazakhstan.⁶

Au niveau de la région, la propagation de l'épidémie résulte de comportements à risque élevé très répandus, principalement de l'utilisation de drogues injectables et, dans une certaine mesure, de comportements sexuels à risque, surtout chez les jeunes. La situation a été aggravée par les changements socioéconomiques. Le taux d'infection à VIH est par conséquent très élevé chez les jeunes de la région; 80 % des personnes vivant avec le VIH/sida ont moins de 30 ans. La région se caractérise également par le nombre croissant de femmes en pourcentage d'infections nouvellement décelées (de 24 % en 2001 à 33 % en 2002). Les plus récentes poussées épidémiques du VIH sont constatées en Asie centrale où les cinq républiques se trouvent sur les principales routes du trafic de stupéfiants vers la Fédération de Russie et l'Europe.⁷

Selon l'Enquête, 61 % des pays de la CEI, de l'Europe centrale et de l'Est et de l'Asie centrale ont adopté des stratégies pour faire face à la pandémie du VIH/sida. Des commissions ou comités nationaux sur le sida ont été mis en place et des programmes visant à lutter contre le VIH/sida élaborés dans l'ensemble de la région. Les interventions sont multisectorielles à des degrés variables aux niveaux national et infranational. Toutefois, dans la plupart des cas, la responsabilité incombe d'abord au ministère de la Santé, bien que d'autres ministères puissent être impliqués. L'Enquête mondiale semble également indiquer que les pays à faibles taux de prévalence sont conscients des facteurs qui pourraient entraîner l'accroissement des taux d'infection, à savoir, l'existence d'une population jeune et mobile et de faibles niveaux de connaissances en matière de santé sexuelle

et de la reproduction et de droits en matière de reproduction.

Etats arabes

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, à quelques exceptions près, l'épidémie semble être à ses débuts. L'ONUSIDA estime qu'à la fin de l'année 2003, environ 600 000 habitants de la région vivaient avec le VIH/sida. Le mode de transmission prédominant est la voie sexuelle qui représente 82 % de l'ensemble des cas signalés. L'utilisation de drogues injectables représente 4 % des infections. Toutefois, les faiblesses des systèmes de surveillance au niveau de la région peut dissimuler des poussées épidémiques graves au sein de certains groupes de population. Dans certains pays de la région, les transfusions sanguines comportent un risque d'infection. Il y a également eu dans la région une dénégation généralisée du VIH/sida, doublée d'une ignorance au niveau de plusieurs couches de la population concernant la prévention du VIH et la protection de la santé sexuelle. A Djibouti, 11,7 % de la population âgée de 15 à 49 ans est séropositive, ce qui classe le pays parmi les 10 pays du monde les plus gravement atteints par le VIH/sida. Au Soudan où les taux nationaux de prévalence dépassent 2 %, le conflit en cours dans le sud du pays entrave l'apport de soins de santé, la surveillance du VIH et les efforts de réaction face à l'épidémie.

Selon les conclusions de l'Enquête, certains pays de la région favorisent une approche multisectorielle de la pandémie et beaucoup d'entre eux ont élaboré des plans stratégiques de lutte contre la maladie. Par exemple, le Plan stratégique national de Djibouti comporte des mesures visant à réduire l'impact socioéconomique du VIH/sida et des autres IST sur les individus, leurs familles et communautés.

6.3 MESURES PROGRAMMATIQUES VISANT LA MISE EN ŒUVRE DE STRATEGIES

Dans l'Enquête mondiale de 2003, il avait été demandé aux pays d'identifier les principales mesures programmatiques prises pour appuyer les stratégies précédemment définies. Les réponses indiquent clairement que de nombreux pays prennent en compte la question de la prévention dans leur riposte face au VIH/sida. Parmi les mesures programmatiques déclarées figurent l'information, l'éducation et la communication, la sûreté du sang, les conseils et le dépistage volontaires, la prévention et le traitement du VIH/sida et des autres IST, la promotion de l'utilisation de préservatifs, la surveillance (épidémiologique et comportementale), la réduction des préjugés, les soins, le traitement et l'appui aux personnes infectées et affectées, le renforcement des capacités combiné à l'amélioration des infrastructures de santé, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimi-

nation, une participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida, le plaidoyer et d'autres mesures de soutien, et le suivi et l'évaluation. Le Tableau 6.2 résume les données selon le type de mesures et d'approches de prévention adoptées au sein des pays ayant participé à l'Enquête.

Les informations propres à chaque pays sur les mesures programmatiques mises en œuvre sont, dans bien des cas, très complètes. On trouvera ci-après un échantillon des diverses mesures adoptées par les pays.

- **Promotion de l'utilisation du préservatif** : Bien que de nombreux pays dans l'ensemble des régions promeuvent l'utilisation des préservatifs, les interventions sont restées insuffisantes. Par exemple, bien que des pays comme le Cambodge, le Pakistan et les Philippines aient effectivement favorisé l'utilisation systématique et correcte des préservatifs, seuls 24 % des gens en Asie et 28 % dans le Pacifique ont accès à ces types de programmes.
- **Conseils et dépistage volontaires** : Il s'agit là d'une approche utilisée dans de nombreux pays et régions. En Iran, des centres de conseils et de dépistage ont été créés en tant que cliniques « triangulaires » et ont été intégrés dans le système de soins de santé primaires qui offre des services de conseils et de dépistage volontaires en même temps que l'éducation, les soins, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida. Les principales populations cibles comprennent les utilisateurs de drogues injectables et leurs familles, y compris les femmes et les enfants.

Tableau 6.2 Mesures prises par les pays eu égard à la prévention du VIH

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Disponibilité du préservatif	109	83
Communication pour le changement de comportement	106	81
Conseils volontaire	103	79
Test de dépistage volontaire	102	78
Prévention chez la femme enceinte	100	76
Renforcement des capacités des prestataires de services	96	73
Total	131	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

- **Information, éducation et communication** : La plupart des pays du monde ont des programmes d'IEC. Le choix de « messagers » peut s'avérer capital. Parmi les intermédiaires efficaces en matière d'IEC on compte souvent des dirigeants respectés, des célébrités et des pairs au sein des populations cibles. En Jamaïque, par exemple, des célébrités, notamment des chanteurs, des artistes, des journalistes, des personnalités de la radio et du monde des affaires diffusent des messages éducatifs sur le VIH/sida. A la Trinité-et-Tobago, « Rapport », la section des jeunes du Programme national contre le sida a procédé à plusieurs interventions, notamment des programmes destinés aux jeunes de groupements confessionnels, aux Rotary clubs, au YWCA, au YMCA et à d'autres ONG. Les messages aussi ont leur importance. Les programmes d'information en Egypte mettent l'accent sur l'importance de la consultation d'un médecin dès que l'on commence à soupçonner des risques d'infection par le VIH. D'autres programmes font appel aux dirigeants religieux en vue d'encourager les comportements sexuels à moindre risque.
- **Sûreté du sang** : De nombreux pays, notamment la Somalie, la Tunisie et la Turquie, procèdent à des tests de dépistage sanguin en tant que partie de leurs programmes visant à réduire la transmission dans le cadre de la fourniture de soins de santé.
- **Prévention de la transmission mère-enfant** : Pour prévenir la transmission aux enfants, il convient de veiller à ce que les femmes enceintes ne soient pas infectées et de fournir une thérapie antirétrovirale aux femmes enceintes séropositives. La Politique d'introduction des antirétroviraux, principes visant à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, mise en œuvre par le Service national de santé du Mozambique, a été publiée au Journal officiel. Il convient toutefois d'amplifier ces initiatives. L'Afrique subsaharienne constitue un cas typique : dans la sous-région, quelque 5 % seulement des femmes ont accès aux programmes.
- **Élimination de la stigmatisation et de la discrimination** : La stigmatisation et la discrimination demeurent les principaux problèmes communs à toutes les régions. Bien que de nombreux pays dont le Ghana, l'Afrique du Sud et l'Ouganda aient initié des programmes contre la stigmatisation et la discrimination, de nouvelles initiatives sont requises dans l'ensemble des régions. Les ONG, qui comptent souvent parmi leurs membres des PVVIH, ont été les premières à adopter des mesures visant l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination. On

peut prendre comme exemple les Bahamas où la Loi de 2002 sur l'emploi interdit la discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH sur le lieu de travail. A la Trinité-et-Tobago, des ateliers ont été organisés sur les questions éthiques et juridiques du VIH/sida à travers le programme national de lutte contre le sida.

- **Programmes d'appui aux PVVIH, soins à domicile et soutien aux groupes vulnérables** : Il est important de noter que les PVVIH peuvent constituer des ressources précieuses et contribuer à la conception et à la mise en œuvre de programmes efficaces. En Afrique du Sud, des programmes ont été élaborés en faveur des PVVIH, y compris l'octroi de subventions sociales et de soins communautaires à domicile. En Zambie, outre les programmes de soins à domicile, des services de soins et d'appui sont offerts aux orphelins et aux enfants vulnérables.
- **Réduction des préjudices** : Le taux de transmission du VIH peut être très rapide chez les utilisateurs de drogues injectables, d'abord par l'échange de matériel d'injection mais aussi par la voie sexuelle. La plupart des régions ont un certain niveau de programmation qui cible cette population à haut risque. En Asie, plus de 55 % des pays disposent de programmes de réduction des effets préjudiciables de certaines pratiques. Au Viet Nam, les programmes visent à amener les utilisateurs de drogues injectables à ne plus procéder à des échanges d'aiguilles et de seringues. L'adoption de telles stratégies, en particulier les programmes d'échange de seringues, est encouragée dans de nombreux pays d'Europe centrale et de l'Est et d'Asie centrale, notamment la Bulgarie, l'Estonie, le Kazakhstan et le Kirghizistan.

- **Atteindre les jeunes** : Plus de la moitié des nouvelles infections affectent les jeunes de 15 à 24 ans. En Ouganda, les programmes sur le VIH/sida ont été élaborés en vue d'identifier les besoins spécifiques des fillettes et de toucher les jeunes non scolarisés. Les jeunes en milieu urbain sont



Friedrich Stark / Still Pictures

ciblés par certains programmes sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Toutefois, dans de nombreux pays, la réticence manifestée par les parents, les communautés et les chefs religieux à reconnaître les droits des jeunes à l'information et aux services de santé de la reproduction entrave la participation et l'autonomisation des jeunes.

- **Surveillance** : Une surveillance, tant épidémiologique que comportementale, est entreprise dans certains pays. En République démocratique populaire lao, les activités, données et informations ont été améliorées. Aux Philippines, une surveillance périodique est effectuée grâce au test sérologique pour le VIH 1 et 2, l'hépatite B et la syphilis chez les groupes à comportement à risque élevé tels que les travailleurs du sexe.
- **Formation des professionnels de la santé** : Les professionnels de la santé ont souvent les mêmes croyances et les mêmes tabous que la communauté dans laquelle ils travaillent ; ils ont donc besoin d'être formés et sensibilisés afin de pouvoir offrir avec efficacité les services relatifs au VIH/sida. Il n'est pas rare que des prestataires rechignent à s'occuper du VIH/sida ou à soigner des sidéens. La Trinité-et-Tobago organise des ateliers à l'intention des étudiants de deuxième et quatrième années de médecine, donnant ainsi un bon exemple d'intégration de la formation de professionnels de la santé dans un programme national sur le sida. Les différents volets de l'atelier comprennent : une approche médicale de la compréhension de la maladie, des compétences dans le domaine des conseils et de la communication, des questions juridiques et éthiques et la prise en compte de la question de la stigmatisation et de la discrimination.

6.4 APPROCHES VISANT À LA PARTICIPATION DES POPULATIONS VULNÉRABLES ET DIFFICILES À ATTEINDRE

Le PA-CIPD et les Principales mesures n'ont pas spécifiquement pris en compte la nécessité de toucher les sous-groupes à plus haut risque d'infection par le biais d'interventions spécifiques. Ils avaient cependant reconnu la vulnérabilité de certains groupes tels que les femmes et les filles qui risquent d'être entraînées dans la prostitution, et les jeunes en général. Dans les pays à ressources limitées mais affectés par l'épidémie, la mise en œuvre d'interventions visant les groupes à plus haut risque d'infection peut s'avérer être la stratégie la plus efficace. Néanmoins, la fourniture d'informations et de services à ceux qui n'appartiennent pas à des groupes à haut risque ne devrait pas être négligée.

L'on a tenté, dans l'Enquête mondiale de 2003, d'obtenir

des informations sur le ciblage des groupes à haut risque et/ou vulnérables dans le cadre des stratégies nationales de prévention. Cent trente et un pays ont signalé des interventions ciblées concernant des groupes à haut risque, des groupes vulnérables et d'autres groupes à risque ou vulnérables à l'infection. Le Tableau 6.3 fournit des données sur le pourcentage de pays ayant adopté des stratégies ciblées. On constate que dans la catégorie des groupes à haut risque, la plupart des pays ont déclaré avoir adopté une mesure ciblant les travailleurs du sexe (73 %), suivie de mesures ciblant les utilisateurs de drogues injectables (31 %), les routiers (24 %) et les homosexuels (24 %).

Dans la catégorie des groupes vulnérables, le pourcentage des mesures prises est le plus élevé pour les adolescents et les jeunes (62 %), suivi des femmes enceintes et de leurs époux (28 %), des femmes (14 %) et des enfants de la rue (5 %). Parmi les autres groupes vulnérables et à risque, les soldats et le personnel en uniforme ont été ciblés par 18 % des pays et les travailleurs migrants par 12 % des pays.

L'on a également cherché, à travers l'Enquête, à obtenir des informations sur les approches adoptées en vue de fournir des informations et services de santé de la reproduction aux populations difficiles à atteindre (par exemple, les travailleurs du sexe, les travailleurs migrants, les routiers, les

Tableau 6.3 Groupes ciblés par les programmes de prévention du VIH/SIDA

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
A. Groupes à haut risque		
Travailleurs du sexe	95	73
Utilisateurs de drogues injectables	40	31
Routiers	32	24
Homosexuels	31	24
B. Groupe vulnérable		
Adolescents et les jeunes	81	62
Femmes enceintes et leurs partenaires	37	28
Femmes	18	14
Enfants de la rue	6	5
C. Autres		
Soldats/personnes en uniforme	24	18
Travailleurs migrants	16	12
Total	131	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

Tableau 6.4 Mesures prises par les pays concernant la prévention du VIH en vue d'impliquer les groupes difficiles à atteindre

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
A. Adoption de stratégies élargies		
Stratégies/plans/programmes nationaux en faveur des sous-groupes	36	27
B. Programme d'IEC et de plaidoyer		
IEC/Plaidoyer pour toucher les sous-groupes	88	67
Formation de groupe de pairs financée par une ONG	39	30
C. Plaidoyer en faveur de l'utilisation des préservatifs et du renforcement des services		
Programme de répartition et de plaidoyer en faveur du préservatif	53	40
Services/centre de santé ciblant des groupes spécifiques	33	25
D. Conseils et test de dépistage volontaires et autres		
Services de conseils et dépistage volontaires	26	20
Elaboration de programmes de prévention des préjugés	26	20
Total	131	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

enfants de la rue et les toxicomanes). Comme il ressort du Tableau 6.4, les réponses indiquent que les pays ont non seulement adopté des stratégies ou plans, mais aussi trois approches : le plaidoyer et l'IEC sur les aspects préventifs de l'épidémie, le plaidoyer en faveur de l'utilisation des préservatifs et leur distribution ainsi que le renforcement des centres de santé eu égard à la fourniture de services, la prestation de services de conseils et de dépistage volontaires, et l'élaboration de programmes de prévention des préjudices. Il faut noter qu'à cet égard, les ONG jouent un rôle important dans toutes les régions. Des exemples illustratifs des mesures prises par les pays à l'endroit des différents sous-groupes sont résumés ci-dessous.

Les travailleurs du sexe : Le risque d'infection chez les travailleurs du sexe et leurs clients en fait un groupe cible commun à pratiquement toutes les régions. Plus des deux tiers des pays subsahariens ont déclaré avoir élaboré des stratégies et interventions visant à atteindre les travailleurs du sexe dans leurs pays respectifs, avec la participation d'ONG dans la plupart des cas. Le Kenya a mis en œuvre un projet qui touche 15 000 travailleurs du sexe et leurs clients.

Ce projet offre un enseignement et des conseils sur les comportements sexuels responsables et encourage l'utilisation de préservatifs. Il comporte également un volet de démarcialisation économique qui propose des solutions de rechange aux femmes impliquées dans le commerce du sexe. En Côte d'Ivoire, une *Clinique de Confiance* a été créée à l'intention des travailleurs du sexe et parmi les efforts déployés, on note l'introduction du préservatif féminin. Dans certains pays, les préservatifs sont disponibles dans les lieux fréquentés par les travailleurs du sexe. En Tanzanie, des recherches ont été axées sur les femmes des « villes d'étape ». On a pu constater que la majorité de ces femmes sont pauvres, jeunes, célibataires, ont à peine dépassé le niveau de l'enseignement primaire et travaillent comme vendeuses de brasserie, serveuses de bar ou femmes de chambre d'hôtel ou occupent d'autres emplois non spécialisés.

A Vanuatu, Wan Smol Bag mène une enquête sur les travailleurs du sexe et leurs clients en vue de collecter des données et renseignements de base sur des services à leur proposer. Au Bangladesh, il existe à l'heure actuelle 29 sites où différentes organisations offrent des services de santé sexuelle aux travailleurs du sexe. A Dacca, des programmes de sensibilisation ciblent l'industrie du sexe au niveau des hôtels et des résidences. Lorsque la prostitution est illégale, les travailleurs du sexe ont de fortes chances d'exercer leurs activités clandestinement, ce qui présente des difficultés majeures pour l'exécution de programmes de prévention et de traitement. Le ministère iranien de la Santé est en train d'élaborer un protocole de soins et traitement ainsi que des stratégies visant à les atteindre. Au Bhoutan, le ministère de la Santé garantit la confidentialité aux travailleurs du sexe qui souhaitent faire le test de dépistage du VIH et qui demandent d'autres services relatifs aux IST.

Certains pays de l'Amérique latine et des Caraïbes exigent des bilans de santé périodiques avant de délivrer des permis d'exercer aux travailleurs du sexe et organisent des campagnes de sensibilisation à l'utilisation de préservatifs. L'El Salvador a adopté un programme dénommé « Le Petit figuier » dans le cadre duquel des conseillers interviennent auprès de travailleurs du sexe sur leurs lieux de travail. A Antigua-et-Barbuda, des préservatifs sont distribués gratuitement à travers des programmes qui ciblent les travailleurs du sexe de « maisons d'amusement ». En Haïti, des programmes fournissent aux travailleurs du sexe des informations sur les mesures de prévention du VIH, y compris l'utilisation des préservatifs.

En Algérie, les travailleurs du sexe bénéficient de services de consultations spécialisées. A Djibouti, des services sont également offerts aux travailleurs du sexe et à leurs

ENCADRE 6.3 INITIATIVES IMPLIQUANT LES FORCES ARMÉES ET LA POLICE NATIONALE EN AMÉRIQUE LATINE ET AUX CARAIBES

Les hommes et les femmes des forces armées et de la police nationale sont considérés comme un groupe à haut risque d'infection à VIH. Ces risques sont aggravés par un certain nombre de facteurs, à savoir : la mobilité et l'éloignement de leurs familles, leur relative jeunesse, le faible taux d'utilisation des préservatifs et/ou leur mauvaise utilisation, la tendance à avoir des partenaires multiples (notamment chez les travailleurs du sexe), l'utilisation de la drogue et la « culture du risque » qui prévaut. Le fait que les communautés voisines puissent les considérer comme étant investis de pouvoirs et de privilèges est également un facteur aggravant de leurs risques. Cependant, ces hommes et femmes sont en mesure de jouer un rôle majeur dans la prévention du VIH et dans la

promotion de la santé sexuelle et de la reproduction, de l'équité entre les sexes et de l'implication des hommes. Des initiatives impliquant leur participation sont prises depuis 1994 au **Costa Rica**, en **Equateur**, au **Honduras**, au **Nicaragua**, au **Paraguay**, au **Pérou**, en **République dominicaine** et au **Venezuela**.

Au **Nicaragua**, un programme d'éducation intitulé « Population et santé sexuelle et de la reproduction » a été exécuté au niveau du Centre supérieur d'études militaires en 1995 ; des activités d'intégration des services de santé sexuelle et de la reproduction, notamment de lutte contre le VIH/sida dans l'armée, ont été introduites en 1997. Les services offerts et les activités entreprises en matière d'IEC par

l'armée ont été renforcés dans le domaine des droits en matière de reproduction et de la santé sexuelle et de la reproduction entre 1998 et 2001. La santé sexuelle et de la reproduction, du point de vue de l'égalité des sexes et des droits, a été introduite dans les forces armées et la police nationale en 2003.

Au **Pérou**, un atelier régional sur la santé sexuelle et de la reproduction, la prévention du VIH et l'équité entre les sexes dans les forces armées et la police nationale a eu lieu en novembre 2003 ; il visait à promouvoir l'échange d'expériences vécues au niveau national avec les forces armées et la police nationale des pays participants.

clients en vue de les sensibiliser davantage sur le VIH/sida.

Les routiers : Le fait qu'ils se séparent de leurs partenaires et de leur famille contribue à leur vulnérabilité et à l'accroissement des comportements à risque, faisant ainsi des routiers un groupe généralement ciblé et de leur itinéraire un cadre commun d'interventions. En Angola, des cliniques mobiles sont prévues aux relais routiers et aux postes de contrôle pour toucher les routiers et les travailleurs migrants. Au Botswana, des campagnes d'éducation ont été initiées en faveur des routiers et des préservatifs féminins et masculins sont disponibles aux postes frontières et aux points d'entrée. En Afrique de l'Ouest, un projet régional dénommé « Corridor » est en cours d'exécution sur la principale autoroute qui relie Abidjan (Côte d'Ivoire) à Lagos (Nigéria). Au Sénégal, des kiosques installés dans les relais routiers des principales autoroutes offrent des informations et des services.

Les artistes populaires du Bhoutan ont enregistré des messages d'IEC sous forme de chansons à distribuer aux routiers et aux chauffeurs de taxi. Au Pakistan, dans un effort visant la participation des routiers aux programmes sur le VIH/sida, plusieurs ONG ont pris contact avec les propriétaires de camions et visité les relais routiers et les hôtels en bordure de route. Dans plusieurs pays des Iles du Pacifique, les marins et, dans certains cas, leurs épouses, sont ciblés en tant que groupes à haut risque.

Les toxicomanes : Le taux d'infection à VIH peut augmenter de manière explosive, particulièrement chez les utilisateurs de drogues injectables. Toutefois, en raison de

la marginalisation sociale, ceux-ci peuvent être difficile à atteindre. Néanmoins, de nombreux pays ont élaboré des programmes axés sur ce groupe à haut risque. Au Venezuela, un programme commun avec la Fondation Jose Felix Ribas cible les jeunes toxicomanes qui ont abandonné leurs études. A l'instar des autres régions, les informations et services sont beaucoup plus disponibles dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Aux Bahamas, tous les toxicomanes qui fréquentent les centres de santé publics bénéficient de services d'éducation, de conseils et de test de dépistage volontaire concernant les IST (y compris le VIH).

L'Europe centrale et de l'Est et les pays de la CEI ont initié des programmes de réduction des préjudices/prévention du VIH ciblant différents sous-groupes. Au Bélarus et en Bulgarie, les professionnels de la santé qui s'occupent des toxicomanes reçoivent une formation. Des centres de dépistage anonyme ainsi que des cliniques mobiles ont été créés pour fournir aux utilisateurs de drogues injectables (UDI) et autres groupes vulnérables des informations, des préservatifs, un diagnostic et des traitements concernant les IST et le VIH/sida. Les données fournies par la Lettonie indiquent qu'entre 1997 et 2003, 37 % des UDI ont été touchés grâce aux programmes de réduction des préjudices. En Arabie saoudite, des programmes permettent aux UDI de bénéficier de services de conseils et de dépistage ainsi que de médicaments gratuits pour un traitement de réadaptation. La Fondation pour la mise en valeur des ressources humaines, ONG basée en Turquie, a mis en œuvre quelques projets destinés aux UDI, en particulier celui relatif au nettoyage gratuit des

seringues et des aiguilles.

Les migrants : Malgré l'importance de ce groupe dans la prévention du VIH, les mesures restent limitées. Le Mexique constitue un bon exemple pour ce qui concerne l'adoption de mesure dans ce domaine. Dans ce pays, le programme novateur du Ministère de la Santé, « Partir en bonne santé et revenir en bonne santé » transmet des messages d'éducation sanitaire aux travailleurs migrants. En outre, un document intitulé "le Permis du Travailleur" est un outil important qui aide le service de santé à offrir aux migrants et à leurs familles des services liés à l'éducation sanitaire et à la prévention, au diagnostic précoce et au traitement du VIH/sida. Les travailleurs itinérants constituent un groupe à haut risque d'infection et ils peuvent mettre leurs partenaires en danger une fois de retour chez eux. La population haïtienne migrante est considérée comme un groupe à haut risque aux Bahamas où des prestataires de soins de santé parlant créole ont été formés pour fournir des informations et des services aux Haïtiens non anglophones. Il existe d'autres sous-populations à haut risque mais difficiles à toucher, y compris les mineurs des zones rurales éloignées du Suriname. L'ONG Medical Mission Surinam propose à ceux-ci des informations et des services. Au Yémen, des programmes ciblent les réfugiés, également très vulnérables à l'infection.

Les enfants de la rue : Les enfants de la rue sont un groupe à haut risque d'infection à VIH. Des activités ont été entreprises dans certains pays du monde pour s'occuper de ce groupe vulnérable. GOAL, une ONG internationale active à Nairobi (Kenya), cible les enfants de la rue, mais aussi les personnes ayant auparavant vécu dans la rue. Ses principales activités comprennent notamment la diffusion d'informations sur le VIH/sida et les IST, l'éducation par les pairs, la promotion et la distribution de préservatifs et la mise à disposition de services de soins de santé, y compris le traitement des IST et la prise en charge des infections opportunistes. GOAL propose également une préparation à la vie quotidienne ainsi que des services d'orientation, y compris les conseils et le dépistage volontaires, vers des institutions sanitaires. Il est également offert des commissions versées pour orientation.

En Asie, l'organisation Oniyawara Seva Coota de Bangalore entreprend, depuis le 1^{er} janvier 2000, avec l'aide de la Société nationale de lutte contre le sida du Karnataka, des interventions ciblant les enfants de la rue et les enfants travailleurs. A ce jour, 1 000 enfants de la rue ont bénéficié de conseils interpersonnels et tous les cas d'IST ont été référés aux hôpitaux locaux pour traitement.

Les forces armées : Les pays de la région d'Amérique latine ont été particulièrement actifs dans leurs interventions ciblant cet important groupe. L'Encadré 6.3 donne un

résumé des efforts consentis par certains d'entre eux.

6.5 ROLE DES FACTEURS CULTURELS DANS LA RIPOSTE A LA PANDEMIE DU VIH/SIDA

Les pratiques et les facteurs culturels peuvent faciliter ou entraver la prise en charge de la pandémie du VIH/sida ; il convient donc d'en tenir compte dans la formulation et la mise en œuvre de programmes. L'analyse des réponses à l'Enquête reflète de manière fort intéressante l'influence de facteurs culturels spécifiques sur la planification et la programmation au niveau des pays. On en trouvera une synthèse dans les paragraphes qui suivent.

La culture en tant qu'élément facilitateur

Soixante-treize pays (48 % de ceux qui ont fourni des réponses) ont déclaré que la culture avait facilité leurs efforts visant à prendre en compte les divers aspects du VIH/sida. Vingt-trois % ont déclaré que les comportements socioculturels favorisaient la participation communautaire ; 16 % ont noté que les croyances religieuses dans leurs pays avaient la capacité de réduire les comportements à haut risque au niveau de la population ; 14 % ont estimé que les normes culturelles contribuaient à retarder le début des activités sexuelles des jeunes ; et 8 % ont pensé que le système de famille élargie contribuait à la prise en charge et au soutien des personnes vivant avec le VIH/sida, des orphelins et des enfants vulnérables.

Les normes et les traditions culturelles positives peuvent fortement influencer sur le comportement des individus et renforcer l'action communautaire contre le VIH/sida. En Afrique subsaharienne, de nombreuses traditions encouragent la chasteté avant, et la fidélité pendant, le mariage, par exemple le rituel traditionnel « Umcwasho » du Swaziland destiné aux filles et le rituel « Lusekwane » réservé aux garçons. Le « Lutsango », regroupement culturel composé de femmes adultes, a organisé des ateliers sur la prévention du VIH/sida. La possibilité d'entretenir un dialogue ouvert sur la santé sexuelle, notamment des discussions sur la prévention de l'infection à VIH, est considérée comme bénéfique dans de nombreuses sociétés. Beaucoup de pays ont déclaré que le VIH/sida avait aidé à parler ouvertement de questions comme la prostitution et le « machisme » ; d'autres ont noté que la culture jouait un rôle important dans la promotion d'un débat ouvert sur la santé sexuelle à tous les niveaux de la société, sur l'utilisation des préservatifs ainsi que sur d'autres aspects importants de la prévention du VIH. Les jeunes peuvent également aider à créer un environnement plus propice au discours sur le VIH/sida et à l'utilisation de préservatifs pour la prévention. En Europe centrale, de l'Est et dans la CEI, les sociétés

de certains pays sont devenues beaucoup plus ouvertes, facilitant ainsi la réaction face à l'épidémie. L'Estonie veille à ce que l'information soit disponible en russe et en estonien, afin de mieux toucher la minorité russophone chez laquelle il a été constaté, au départ, les taux d'infection les plus élevés.

Plusieurs pays notent également que les chefs religieux ont joué un rôle positif dans la réduction du risque d'exposition au VIH en encourageant l'abstinence avant le mariage ainsi que la fidélité. Ces chefs religieux se sont employés à sensibiliser la population sur l'importance d'éviter les contacts sexuels à risque. Les chefs musulmans ont également été influents en incitant les hommes à être plus fidèles et à utiliser davantage les préservatifs. En Indonésie, la plupart des dirigeants communautaires et des chefs religieux sont à présent sensibilisés sur l'impact que le VIH/sida peut avoir sur la société et le développement. Au Cambodge et en Thaïlande, des moines prodiguent des soins aux personnes infectées ou autrement affectées par le VIH/sida. Au Bangladesh, l'on estime que le milieu social conservateur et religieux est un élément dissuasif des comportements sexuels à haut risque. Dans les Etats arabes, la religion et l'enseignement religieux sont utilisés pour soutenir les efforts de lutte contre le VIH/sida. La religion joue un rôle très important en Algérie, en Mauritanie, au Maroc et en Arabie saoudite, car c'est un moyen de dissuasion des relations sexuelles avant et hors mariage interdites par la loi islamique.

La culture en tant que facteur limitant

Cent vingt et un pays (80 % de ceux qui ont répondu à l'Enquête) ont considéré que les facteurs socioculturels exerçaient une influence contraignante sur la réaction face à l'épidémie. Trente-deux pour cent des pays ont fait état de l'absence de débat et de dialogue ouverts sur les questions relatives au VIH/sida ; 28 % ont noté qu'en raison de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes vivant avec le VIH/sida, il était souvent difficile d'atteindre les personnes affectées ; 23 % ont signalé un manque de perception du risque ; 19 % ont mentionné que certaines pratiques traditionnelles et socioculturelles entravaient l'action ; 13 % ont cité le statut inférieur de la femme ; et 10 % ont indiqué la pratique de la polygamie comme étant un facteur limitant.

En l'absence de communication, les partenaires sexuels ne discutent pas de leur santé sexuelle et les questions que se posent les jeunes sur leur santé de la reproduction et leur sexualité restent souvent sans réponse. Alors qu'il est admis dans de nombreux pays que l'utilisation d'un langage approprié pour discuter du VIH/sida avec différents groupes d'âges est un impératif, les limites du vocabulaire rendent

difficile la traduction dans les langues locales du matériel didactique sur le VIH/sida.

Dans les pays où les chefs religieux n'acceptent pas l'utilisation du préservatif et ne recommandent que l'abstinence et la fidélité, cette prise de position peut être un facteur contributif à un faible taux d'utilisation du préservatif et, involontairement, à un accroissement du risque d'infection pour ceux qui ont des activités sexuelles extraconjugales. La culture du machisme dissuade souvent de l'utilisation des préservatifs même s'ils sont largement disponibles. Dans la région d'Amérique latine, en dépit du débat ouvert sur des questions comme la santé de la reproduction, la planification familiale et l'éducation sexuelle, la perpétuation du machisme et de la domination de l'homme ont contribué au taux élevé d'infection dans de nombreux pays. Dans certains pays, la coutume veut que les hommes aient plusieurs partenaires sexuelles. Bien que la polygamie en soi ne constitue pas nécessairement un facteur de risque élevé pour ceux qui sont dans les liens du mariage, lorsque la promiscuité sexuelle est grande, surtout chez les hommes, le risque est accru. Dans certains pays d'Afrique et d'Asie, le lévirat, pratique selon laquelle une veuve doit se marier à un autre homme de la famille, augmente le risque d'infection si l'un ou l'autre partenaire est infecté par le VIH. De même, la pratique du « partage des épouses » peut accroître le risque, tout comme la croyance que l'infection à VIH est due au non respect de certains tabous (tels que l'interdiction des rapports sexuels avec une femme pendant la menstruation ou, pour les veufs et les veuves, l'interdiction des rapports sexuels avant la fin du veuvage).

Les inégalités entre les sexes et la domination de l'homme dans les rapports sexuels peuvent accroître le risque d'infection chez les femmes, dans la mesure où elles peuvent n'avoir qu'un contrôle minime sur la prise de décision concernant leur propre santé sexuelle et génésique. Dans de nombreux pays, on trouve également des exemples d'hommes âgés qui offrent des cadeaux à des petites filles et à de jeunes garçons en vue d'avoir des rapports sexuels non protégés. Très souvent, les femmes sont incapables de négocier des rapports protégés dans des relations structurées en raison des contraintes religieuses, des circonstances économiques ou de leur faible estime de soi. Le refus catégorique de la réalité concernant le VIH et les IST et l'ignorance de la santé sexuelle des femmes aggravent le problème. Le fait de croire que des rapports sexuels avec une jeune fille vierge guérissent du HIV/SIDA augmente le risque d'infection chez les adolescentes et les jeunes filles. La coupure génitale féminine, la scarification, les marques tribales et le tatouage peuvent être des facteurs prédisposant à l'infection à VIH. Il en est de même pour certaines pratiques comme l'introduc-

tion d'herbe dans le vagin qui, aux dires de certains, accroît la satisfaction du partenaire homme lors des rapports sexuels.

La stigmatisation et la discrimination empêchent les gens de révéler leur séropositivité. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida sont également considérées comme des entraves dans de nombreux pays. Dans les communautés où il existe une forte association entre VIH/sida et les comportements à haut risque, la stigmatisation accentue la crise du VIH. Dans ces communautés, les craintes concernant les modes de transmission peuvent affecter leurs chances d'emploi pour ceux qui sont infectés (ou perçus comme tels) et mener à leur exclusion sociale, voire à leur ruine financière. Les minorités ethniques sont souvent économiquement défavorisées, moins instruites et plus sujettes à la stigmatisation, à la discrimination et à un manque d'accès à l'information sur la santé sexuelle et génésique que la population en général et, par conséquent, plus vulnérables au VIH/sida. Dans de nombreux pays, les agents de santé et les communautés sont si effrayés par le VIH/sida qu'ils exercent une discrimination à l'égard des personnes infectées et évitent de s'approcher d'elles.

6.6 CONCLUSION

Depuis l'adoption du PA-CIPD en 1994, le VIH/sida a eu un impact dévastateur dans les pays du monde entier. Quelques progrès ont été réalisés, comme en témoignent les exemples de réussite souvent notés au Brésil, au Sénégal, en Thaïlande et en Ouganda et les récents efforts déployés pour accroître l'accès des personnes infectées au traitement anti-rétroviral, mais beaucoup reste à faire. Les mesures prises à travers le monde varient, certains pays suivant une approche

multisectorielle, d'autres continuant à utiliser une approche essentiellement axée sur la santé. Malheureusement, certains pays continuent de nier l'existence du VIH/sida et prennent peu ou presque pas de mesures pour enrayer sa propagation. Une réponse réellement efficace requiert un engagement des dirigeants, un renforcement des mesures et des interventions multisectorielles basées sur la prévention. Dans la mesure où le VIH se transmet le plus souvent par la voie sexuelle, l'amélioration de l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et génésique fournit un important point d'entrée et devrait faire partie intégrante de la programmation de la prévention. La santé de la reproduction devrait être utilisée comme une voie d'intervention essentielle et comme un moyen d'assurer la fourniture de soins et de traitement.

L'Enquête mondiale de 2003 a montré comment beaucoup de pays ont réussi à atteindre les groupes à risque d'infection élevé, tout en s'efforçant de répondre aux besoins des adolescents, des enfants de la rue et des orphelins. Toutefois, de nombreux défis sont à relever si l'on veut toucher toutes les personnes vulnérables à l'infection. Pour ce faire, les communautés devront se fonder sur les enseignements tirés et trouver des moyens novateurs de garantir la prestation de services de prévention, de soins et de traitement à ceux qui en ont besoin. Les réponses à l'Enquête ont souligné l'importance d'une riposte au VIH/sida adaptée en fonction de la dynamique et du stade de l'épidémie ainsi que du contexte culturel. Pour vaincre le VIH/sida, il faut renforcer les actions programmatiques prises pour répondre aux besoins des régions et pays distincts et qui reconnaissent les importantes contributions susceptibles d'être apportées par la prise en compte de la question des droits

Références

- 1 Nations Unies, *Rapport du Secrétaire général sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* (New York, Nations Unies, 25 juillet 2003), A/58/184, p.3.
- 2 ONUSIDA et OMS, *AIDS epidemic update: December 2003* (Genève, ONUSIDA, décembre 2003).
- 3 ONUSIDA, *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China* (Genève, ONUSIDA, décembre 2003).
- 4 Nations Unies, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (New York, 2003), ST/ESA/SER-A/222
- 5 ONUSIDA, *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003* (Genève, ONUSIDA, septembre 2003).
- 6 ONUSIDA, *AIDS epidemic update: December 2002* (Genève, ONUSIDA, décembre 2003).
- 7 ONUSIDA et OMS, *op cit.*, p. 15.

7 Plaidoyer, éducation et communication pour le changement de comportement

7.1 INTRODUCTION

Les efforts de plaidoyer ont permis de parvenir à un consensus mondial sur les buts et objectifs de la CIPD et de susciter des engagements aux niveaux national et international en vue de la mise en œuvre de son programme d'action. Combiné à l'éducation et à la communication pour le changement de comportement, le plaidoyer a également encouragé l'instauration d'un climat favorable à l'application de programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction de par le monde.

La vision de la CIPD est de bâtir, d'ici l'an 2005, un monde où tous les individus auront accès à tous les services et informations en matière de santé de la reproduction tout au long de leur vie. Lors de la CIPD, la santé de la reproduction a été perçue comme un droit humain fondamental : il a été reconnu que les femmes, les hommes et les jeunes ont tous le droit de faire des choix éclairés et d'avoir accès à des services et produits de santé de la reproduction sûrs, efficaces et abordables. La réalisation de cette vision exige des activités de communication et des efforts de plaidoyer qui renforceront les engagements politiques et financiers en vue d'appuyer les programmes et politiques tout en favorisant l'application de normes socioculturelles qui permettent aux individus et aux couples de faire des choix éclairés dans le domaine de la santé de la reproduction.

Le PA-CIPD a explicitement formulé les objectifs de communication suivants : a) renforcer la sensibilisation, les connaissances, la compréhension et l'engagement à tous les niveaux de la société afin que les familles, les couples, les individus, les leaders d'opinion et les responsables locaux, les organisations non gouvernementales (ONG), les décideurs, les gouvernements et la communauté internationale se rendent compte de l'importance et de la pertinence des questions relatives à la population et entreprennent les actions responsables nécessaires pour aborder de telles questions dans le cadre de la croissance économique soutenue et dans le contexte du développement durable, b) encourager des attitudes en faveur de comportements responsables à

l'égard de la population et du développement, surtout dans les domaines tels que l'environnement, la famille, la reproduction, la sensibilisation à la spécificité des sexes et à la diversité raciale, c) assurer l'engagement politique des gouvernements nationaux sur les questions de population et développement afin de promouvoir la participation à la fois des secteurs publics et privés à tous les niveaux de la conception, de l'exécution et du suivi des politiques et programmes de population et de développement, d) renforcer l'aptitude des couples et des individus à exercer leur droit fondamental de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leur naissance, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens de le faire¹.

Au fil des ans, davantage de pays ont pris conscience des rôles exceptionnels que les efforts de plaidoyer en faveur de politiques et de communication pour le changement de comportement et d'interventions en éducation peuvent jouer dans la promotion du PA-CIPD. Plaidoyer et communication ont des fonctions interdépendantes mais distinctes. Le plaidoyer vise à promouvoir et à renforcer le changement en matière de politique, de législation, d'attribution des ressources et de normes socioculturelles. Il ne s'adresse pas directement aux bénéficiaires individuels, mais vise à s'assurer le soutien de personnes et de groupes influents pour promouvoir une cause ou une question. La communication pour le changement de comportement (BCC) est le processus qui permet de comprendre la situation des personnes et leur influence, et d'utiliser les processus de communication et les médias (modernes et traditionnels) pour développer les connaissances et apporter des changements dans les attitudes et comportements. Ce genre d'intervention était communément dit « information, éducation et communication » (IEC). La communication pour le changement de comportement met l'accent davantage, comme son nom l'indique, sur le changement de comportement nécessaire.

Ce chapitre porte sur les stratégies adoptées par les pays pour atteindre les objectifs susmentionnés et créer un envi-

ronnement favorable permettant aux personnes de faire des choix responsables, sains et volontaires concernant la santé sexuelle et de la reproduction. Les principales actions identifiées dans l'Enquête mondiale de 2003 impliquaient des efforts déployés pour amener le programme de développement national à attirer l'attention sur la population, la santé de la reproduction, le VIH/sida et sur les questions de genre, pour susciter l'engagement politique envers le changement de politique et de programme, l'attribution des ressources et la mise en œuvre du programme, pour renforcer la collaboration intersectorielle, particulièrement entre les secteurs public et privé, les ONG et la société civile, et pour renforcer les capacités des organisations partenaires à soutenir l'exécution de programmes et l'habilitation des communautés dans le but d'appuyer les objectifs de la CIPD.

De nombreux gouvernements ont adopté des stratégies et des moyens pour modifier les comportements et les attitudes en vue de prévenir l'infection à VIH/sida et de promouvoir des comportements responsables et sains dans le domaine de la santé de la reproduction. Les médias modernes comme traditionnels ont été largement utilisés dans les programmes de sensibilisation et les campagnes visant à accroître la demande de services de santé de la reproduction de qualité.

7.2 PLAIDOYER

Stratégies de plaidoyer en vue de promouvoir des comportements sains et responsables dans le domaine de la santé de la reproduction

Le plaidoyer a joué un rôle clé dans le domaine de la promotion et de l'adoption du PA-CIPD aux niveaux national et communautaire. Des discussions et débats publics animés ont porté sur les questions relatives à la population et au développement, à la santé de la reproduction, aux droits de la personne, au genre et au VIH/sida. Les discussions qui ont eu lieu à différents niveaux de la société sont en partie la conséquence directe de la CIPD. Les résultats de l'Enquête montrent que ce genre de discours politique a renforcé la sensibilisation, le consensus ainsi que la mobilisation sociale autour des questions de population. Il a également augmenté les ressources et renforcé l'engagement politique en faveur du PA-CIPD. Des progrès ont été réalisés dans le domaine de la promotion et de la modification des cadres juridiques, des politiques et programmes, ainsi que dans celui des normes et traditions sociales et culturelles. Par conséquent, les questions relatives à la population, à la santé de la reproduction, au VIH/sida et au genre sont de plus en plus abordées dans les plans, programmes et stratégies de développement national.

Au niveau mondial, sur les 151 pays ayant participé à l'Enquête, 139 (92 %) ont déclaré avoir adopté une ou plusieurs mesures efficaces dans le but de promouvoir des comportements sains et responsables dans le domaine de la santé de la reproduction, surtout parmi les groupes vulnérables (Tableau 7.1). Ces mesures concernent, entre autres, les campagnes de plaidoyer et d'IEC/BCC (68 %), les activités visant les groupes vulnérables de jeunes, de femmes et d'hommes (32 %) et les campagnes qui utilisent les médias tels que la radio et la télévision (23 %). Dans de nombreux cas, les stratégies ont fait une place à des efforts dans le domaine de l'éducation tels que l'éducation par les pairs sur les questions concernant la santé de la reproduction (23 %) et l'introduction de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires (22 %). Les stratégies efficaces se caractérisent aussi par l'accent mis sur l'élargissement des partenariats entre les gouvernements et les ONG, les institutions multilatérales, les fondations, les groupes communautaires et les réseaux sociaux (20 %). Le renforcement des capacités et la formation en plaidoyer et BCC ainsi que la fourniture de

Tableau 7.1 Mesures prises par les pays pour promouvoir des comportements sains et responsables dans le domaine de la santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Campagnes d'IEC/plaidoyer en faveur des questions relatives à la santé de la reproduction	94	68
Campagne d'IEC/plaidoyer en faveur des groupes vulnérables ciblés	45	32
Campagnes médiatiques (ex. télévision, radio)	32	23
Education par les pairs sur les questions relatives à la santé de la reproduction	32	23
Introduction de l'éducation sanitaire dans les programmes scolaires	30	22
Élargissement des partenariats Gouvernement – ONG pour le plaidoyer	28	20
Fourniture de services /produits gratuits de santé de la reproduction	15	11
Renforcement des capacités d'IEC/plaidoyer	14	10
Formation de professionnels de la santé en santé de la reproduction	11	8
Total	139	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

services gratuits de santé de la reproduction ont également été cités comme faisant partie des aspects importants ayant contribué au succès des stratégies adoptées par les gouvernements.

Lorsqu'on leur a demandé de décrire une stratégie de plaidoyer réussie relative à la CIPD, les pays ont généralement déclaré avoir fait du lobbying en vue de changements législatifs et de l'adoption de nouvelles lois relatives au PA-CIPD (60 pays), de la mise en place d'organismes de plaidoyer locaux (45 pays) et du développement de stratégies nationales et régionales de plaidoyer (37 pays). La Chine, la Géorgie et la Syrie ont aussi déclaré que la supervision de l'application de la loi avaient contribué au succès de leurs stratégies de plaidoyer. La coopération, le dialogue, le partenariat et les alliances entre les institutions sont les dénominateurs communs des stratégies qui ont contribué à promouvoir les politiques, la législation et les programmes relatifs à la CIPD en Arménie, en Bolivie, à Cuba, en République dominicaine, en Equateur, au Guatemala, au Mexique, en Ouganda, au Pérou, en Tunisie, et au Venezuela. Les nouvelles politiques nationales ou révisées sur toute une gamme de questions relatives à la CIPD sont le résultat d'efforts de plaidoyer consentis au Cambodge, au Costa Rica, en Gambie, en République démocratique populaire lao, au Liban, en Malaisie, au Mozambique, au Myanmar, au Nigéria, en Palestine, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, à Sao Tomé-et-Principe, à Sri Lanka, au Soudan, au Tadjikistan et au Viet Nam. Au Viet Nam par exemple, les changements intervenus dans la politique démographique relative à l'égalité des sexes et à la santé de la reproduction (surtout pour les adolescents) ont été introduits par le biais de l'éducation et des activités de plaidoyer à travers les médias et les écoles. L'Encadré 7.1 illustre des exemples de stratégies de plaidoyer ayant réussi dans plusieurs pays.

Au niveau des régions, des différences apparaissent dans le dosage de ces mesures. L'utilisation de campagnes d'IEC/de plaidoyer sur les comportements eu égard à la santé de la reproduction a été plus importante dans la sous-région des Caraïbes (100 % de pays), dans les Etats arabes (80 %) et en Asie (71 %). Un pourcentage élevé de pays (30 à 50 %) dans les républiques d'Asie centrale ont concentré leurs efforts sur des stratégies spécifiques telles que les partenariats et l'établissement de réseaux, surtout entre



Mark Edwards/Still Pictures

les gouvernements et les ONG. L'utilisation des programmes d'éducation par les pairs dans le domaine de la santé de la reproduction a été généralement mentionnée par les pays de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. Des campagnes d'IEC ciblant les groupes vulnérables étaient courantes en Asie, en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, tandis que des campagnes médiatiques étaient menées en Amérique latine. Dans la CEI, en Europe centrale et de l'Est et dans certaines parties d'Asie, l'éducation à la santé a été introduite dans les programmes scolaires et des campagnes en faveur de la fourniture de services ont été menées dans la région du Pacifique.

Obstacles rencontrés par les pays dans la promotion de comportements responsables et sains dans le domaine de la santé de la reproduction

L'Enquête demandait aux pays de décrire les obstacles s'opposant à leurs initiatives de facilitation des changements de comportement en faveur des choix relatifs à la santé de la reproduction. Quarante-cinq pays ont fait état de problèmes de politique et de financement, de problèmes relatifs aux programmes et de facteurs socioculturels, comme ayant entravé les efforts visant à encourager les attitudes et changements de comportement (Tableau 7.2).

De manière générale, l'obstacle le plus mentionné est celui du manque de ressources financières (36 %). Les autres obstacles concernent les attitudes sociales et culturelles (33 %), le manque de volonté politique (20 %), l'opposition

ENCADRE 7.1 STRATEGIES DE PLAIDOYER EFFICACES

Les pays qui ont répondu à l'Enquête mondiale ont donné des exemples de stratégies de plaidoyer ayant contribué à la mise en œuvre du PA-CIPD. Ces stratégies ont aidé à favoriser et à renforcer le changement des normes et traditions culturelles et sociales. Elles ont également facilité les changements de législation, de politiques et de programmes dans les domaines de la CIPD tels que les droits en matière de reproduction, la santé de la reproduction, la santé de la reproduction des adolescents et l'égalité entre les sexes. On a relevé notamment les exemples suivants de stratégies efficaces :

En **Roumanie**, la Coalition pour la santé de la reproduction, ONG roumaine à but non lucratif et apolitique qui représente et défend

les droits des femmes, plaide en faveur des droits à la santé de la reproduction et facilite l'intégration des services de santé de la reproduction dans l'ensemble des avantages fondamentaux basés sur le système d'assurance maladie.

En **Erythrée**, diverses actions ont été entreprises dans le domaine du développement social et économique afin de mettre fin à la pratique de la coupure génitale féminine. Diverses actions visent à autonomiser les femmes : éducation des filles, alphabétisation des femmes et reconnaissance des droits des femmes en matière de propriété foncière et d'héritage. Des programmes d'IEC ont également été exécutés pour éliminer les pratiques traditionnelles néfastes.

En **Egypte**, les programmes médiatiques ont mobilisé le soutien du public pour traiter du problème du mariage précoce. Il a été adopté une loi interdisant aux postes de santé dans les villages de délivrer aux très jeunes filles des certificats de naissance avec un âge approximatif. Cette tâche a été entreprise par un comité d'experts médicaux au niveau des gouvernorats.

Au **Panama**, des activistes ont mobilisé des groupes en faveur de la protection des droits des adolescentes, ce qui a conduit à la promulgation de la loi de 2002 qui garantit aux adolescentes enceintes le droit de bénéficier des services de santé complets, de continuer à fréquenter l'école et de disposer d'une protection juridique en cas de besoin.

religieuse (18 %), l'insuffisance des ressources humaines (18 %), l'absence de mécanismes de suivi et d'évaluation (13 %), le manque de coordination entre les agences (11 %) et le manque d'équipement et de formation (7 %).

S'agissant des difficultés spécifiques rencontrées par plusieurs régions, il a été signalé que l'absence de suivi et d'évaluation constituait un problème majeur dans les pays

asiatiques. L'opposition religieuse était le principal obstacle dans la CEI, en Europe centrale et de l'Est ainsi que dans les Etats arabes. Dans bon nombre de pays asiatiques, c'est le manque de volonté politique qui a été mentionné, alors que c'est l'insuffisance des ressources financières qui a entravé les efforts en Afrique subsaharienne, dans les Etats arabes, dans la CEI, en Europe centrale et de l'Est ainsi que dans le Pacifique. De nombreuses républiques d'Asie centrale ont noté l'absence de coordination entre les agences. Un nombre significatif de pays dans les Caraïbes, la CEI, l'Europe centrale et de l'Est, les Etats arabes et la région du Pacifique a cité les attitudes socioculturelles face à la santé et aux droits en matière de reproduction comme facteur limitant.

Tableau 7.2 Difficultés rencontrées par les pays face à la promotion de comportements sains et responsables dans le domaine de la santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Insuffisance des ressources financières	16	36
Efforts limités par les attitudes socioculturelles	15	33
Absence de volonté politique	9	20
Opposition religieuse	8	18
Manque de ressources humaines	8	18
Absence de mécanismes de suivi et d'évaluation	6	13
Absence de coordination entre les agences	5	11
Manque d'équipement et de formation	3	7
Total	45	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

7.3 INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Renforcement de l'accès à l'information sur la santé et les droits en matière de reproduction

Le PA-CIPD invite les pays à garantir l'accès à une information complète dans le domaine de la santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction d'ici 2015. Bien que les pays aient indiqué que le comportement sexuel et la santé de la reproduction restent des sujets délicats, surtout par rapport aux adolescents, beaucoup ont mentionné avoir appliqué des stratégies de plaidoyer et d'IEC/BCC pour réduire les barrières socioculturelles et religieuses qui s'opposent au traitement de telles questions. L'Enquête a révélé que depuis

la CIPD, des progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre d’initiatives d’IEC plus complètes en vue de traiter des questions relatives aux attitudes et aux comportements dans les principaux domaines relatifs au Programme d’action. Dans la plupart des cas, la BCC a été utilisée pour influencer les normes et pratiques socioculturelles en matière de santé de la reproduction, transmettre des messages qui répondent aux préoccupations des individus et de la communauté, encourager des comportements qui réduisent le risque d’IST (y compris le VIH/sida), et fournir aux populations les connaissances pratiques et opportunités leur permettant de faire face à leur situation et à leur vulnérabilité.

A la question de savoir quelles mesures avaient été adoptées pour aborder les principaux sujets du PA-CIPD, les pays ont surtout mentionné les stratégies de communication pour le changement de comportement (BCC) comme étant les interventions clés. Presque chaque pays qui a répondu à cette question a déclaré avoir adopté des stratégies de BCC. Ces stratégies visaient à réaliser un certain nombre d’objectifs de la CIPD, notamment la prévention de la transmission du VIH, le renforcement du rôle des hommes dans le domaine de la santé de la reproduction, la mise à disposition d’informations aux adolescents et aux jeunes, la prise en charge des IST, l’implication des groupes difficiles à atteindre et la prise en compte de la violence faite aux femmes et de la mortalité maternelle.

Stratégies visant à induire des changements d’attitudes et de comportement

Le PA-CIPD demande aux pays de permettre aux individus de prendre des décisions responsables et volontaires en ce qui concerne la maternité et les méthodes de planification familiale de leur choix, ainsi que d’autres méthodes de leur choix pour la régulation des naissances qui ne vont pas à l’encontre de la loi, de leur permettre également de disposer de l’information, de l’éducation et des moyens de le faire.² Les campagnes d’information et les programmes d’éducation visaient à fournir des faits et à faciliter la compréhension afin que les individus puissent faire des choix éclairés à propos de leur santé, y compris en matière de sexualité et de reproduction. Les réponses des pays semblent indiquer un abandon des grandes campagnes de sensibilisation en faveur des stratégies visant à influencer le changement d’attitudes et de comportement.

L’Enquête de 2003 demandait aux pays de décrire des stratégies efficaces dans le domaine du changement d’attitude et de comportement. Les réponses ont été regroupées comme suit : a) mesures qui ont élargi la couverture des questions relatives à la santé de la reproduction et aux droits en matière de reproduction dans les médias (Tableau 7.3), et

Tableau 7.3 Mesures prises par les pays pour étendre la couverture médiatique des questions relatives à la santé et aux droits en matière de reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Utilisation des médias électroniques (Internet, télévision, radio)	115	81
Utilisation de la presse écrite (journaux, magazines, affiches, fiches d’information)	84	59
Soutien aux événements communautaires (séminaires et forums, concerts, activités de quartier, théâtre)	46	32
Formation des journalistes sur les questions de santé de la reproduction	43	30
Célébration de journées nationales de sensibilisation	19	13
Total	142	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d’être supérieurs à 100.

b) programmes novateurs ayant utilisé les nouvelles technologies de l’information et de la communication en vue de renforcer l’accès à l’information relative à la santé et aux droits en matière de reproduction (Tableau 7.4).

Vulgarisation de la santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction à travers les médias

Pour parvenir à un consensus dans le domaine de la santé et des droits en matière de reproduction, il faut l’engagement de parties prenantes multiples et diverses. Le PA-CIPD invite les pays à répondre aux besoins changeants en matière de santé de la reproduction en prenant en considération la diversité des communautés locales. Les médias peuvent présenter l’information avec tact et faire en sorte que les personnes perçoivent l’existence d’un environnement favorable au changement de comportement. Les médias ont vulgarisé les questions relatives à la santé de la reproduction depuis la CIPD en donnant un « visage humain » aux statistiques. La couverture médiatique des questions de la CIPD s’est accrue au cours des dix dernières années.

Parmi les 142 pays ayant fait état de stratégies concrètes de BCC, la plupart ont déclaré avoir utilisé les médias électroniques (radio, télévision, Internet) pour aborder les questions relatives à la santé de la reproduction (81 %). La deuxième mesure populaire concerne l’utilisation de supports de la presse écrite tels que les affiches, journaux, magazines et fiches d’information (59 %). Des messages ont

Tableau 7.4 Mesures prises par les pays pour utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication en vue d'élargir l'accès à l'information

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Services d'aide téléphonique sur les questions de santé de la reproduction	81	59
Création d'émissions radiophoniques et télévisées sur des questions relatives à la santé de la reproduction	80	58
Création de sites web avec des informations sur la santé de la reproduction	64	47
Création de cybercafés dans les villages pour offrir l'accès à l'information	19	14
Soutien aux activités des journées nationales de sensibilisation	15	11
Total	137	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

également été émis au moyen d'événements communautaires tels que les concerts, spectacles de rues et pièces de théâtre (32 %) ainsi que par le biais de journées nationales de sensibilisation (13 %). De nombreux pays (30 %) ont déclaré avoir formé des journalistes locaux et nationaux sur les questions relatives à la santé de la reproduction et à la planification familiale.

Les pays ayant signalé l'utilisation des médias électroniques ont fait mention de l'utilisation des langues locales pour traiter des comportements et attitudes liés à la santé de la reproduction, aux droits en matière de reproduction et aux questions d'égalité des sexes. Par exemple, le Mozambique a noté que les émissions radiophoniques donnant des informations sur ces questions étaient écrites dans les langues locales et produites dans les communautés rurales où elles étaient diffusées. Dans de nombreux pays, la méthodologie de l'éducation par le divertissement s'applique d'une manière créatrice et novatrice grâce à des pièces de théâtre présentées sous forme de feuilleton à la radio et à la télévision. La presse écrite utilisée dans 84 des 146 pays qui ont répondu à l'Enquête se présente sous plusieurs formes, notamment affiches, articles de journaux, articles de magazines, brochures, prospectus et tableaux d'affichage (Tableau 7.3).

Des pays ont déclaré avoir utilisé les médias populaires traditionnels et communautaires, en particulier la célébra-

tion de journées nationales de sensibilisation, le théâtre, la musique, les cérémonies du thé et d'autres approches créatives pour élargir la couverture des questions de la santé et des droits en matière de reproduction. En Zambie, par exemple, les campagnes médiatiques ont eu recours aux témoignages d'individus vivant avec le VIH/sida. Ces histoires vécues se sont révélées très efficaces dans le plaidoyer en faveur des programmes et politiques relatifs au VIH/sida.

Lorsqu'on leur a demandé de décrire des stratégies efficaces de changement d'attitude et de comportement telles que décrites au Tableau 7.1, les pays ont cité les efforts déployés en vue de renforcer la capacité en IEC/BCC, y compris les liens avec les services et produits. Dix pays ont pris des mesures pour renforcer les capacités techniques et impliquer les partenaires, y compris les chefs religieux, dans la formulation et la mise en œuvre des programmes d'IEC/BCC en vue d'améliorer leurs résultats et de les rendre plus durables. Des pays ont établi des partenariats avec des ONG (28 pays), des réseaux locaux (20 pays) et des organisations internationales (10 pays). Certains pays ont également formé des agents de santé communautaires en IEC/BCC (11 pays) ; 34 quatre pays ont déclaré avoir adopté des stratégies nationales d'IEC/BCC et 32 pays ont mené des campagnes médiatiques en vue de faciliter le changement d'attitude et promouvoir des comportements responsables face à la santé de la reproduction.

Le PA-CIPD souligne aussi le rôle capital de l'éducation dans la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes et dans l'amélioration du bien-être des adolescents et des femmes. A travers l'éducation, on peut prévenir les grossesses précoces ou non désirées, les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH/sida), la violence faite aux femmes. Les mesures éducatives prises par les pays englobent les programmes d'éducation par les pairs (32 pays) et les programmes d'éducation formelle (30 pays), y compris les aspects des connaissances pratiques et/ou santé de la reproduction. Le fait de relier les messages d'IEC/BCC aux conseils, services et/ou produits correspondants relatifs à la santé de la reproduction est une partie importante des stratégies d'IEC/BCC, dans la mesure où cela peut faciliter le changement de comportement et augmenter la demande de services.

Les pays ont également noté la participation des parties prenantes à la conception de messages d'IEC/BCC sensibles aux facteurs religieux et socioculturels. Au Yémen par exemple, la Stratégie nationale pour la jeunesse concentre ses efforts sur la formation des chefs religieux dans le but de communiquer aux jeunes des messages relatifs à la santé de la reproduction et d'apprendre aux parents comment transmettre à leurs enfants des informations sur la puberté.

ENCADRE 7.2 UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES POUR ELARGIR L'ACCES A L'INFORMATION SUR LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

En **Inde**, les programmes radiophoniques sont utilisés pour diffuser l'information sur la santé de la reproduction aux différentes populations du pays. « Kalyani » est un programme qui encourage les débats à travers des jeux-concours, des discussions et des histoires vécues sur des thèmes relatifs à la santé de la reproduction. Des programmes de musique folklorique et des feuilletons dramatiques sont également diffusés dans 13 langues.

Aux **Philippines**, un système de communication et de plaidoyer conserve sous forme

numérique de la documentation sur l'IEC et le plaidoyer concernant la population pour faciliter la recherche et l'accès par le biais du site web de la Commission sur la population. Au niveau local, le système communautaire de gestion de l'information aide les administrations locales à identifier les besoins non satisfaits de planification familiale et d'autres services de santé maternelle et infantile.

En **Ethiopie**, on se sert des associations et des cérémonies traditionnelles pour accroître l'accès des citoyens à l'information sur la

santé de la reproduction et les droits à la création, le VIH/sida et la question de genre.

Au **Zimbabwe**, c'est dans les salons de coiffure que l'on transmet aux femmes les messages sur la santé de la reproduction, et les dispensaires mobiles sont accompagnés de spectacles itinérants qui présentent des informations sur la santé de la reproduction.

La stratégie préconise également la diffusion de connaissances relatives aux lois sur les droits des filles et des femmes à l'éducation, à l'emploi, à l'héritage et à la propriété.

Sur le plan de l'utilisation des médias, les différences régionales sont également significatives. L'utilisation de la presse écrite et des médias électroniques a été importante dans toutes les régions, la majorité des pays au moins l'ayant signalé dans l'Enquête. Les îles du Pacifique et les Etats arabes ont largement cité les événements communautaires, tandis que les pays d'Afrique subsaharienne, les républiques d'Asie centrale, la CEI, l'Europe centrale et de l'Est ont largement fait état de la formation des journalistes dans le domaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale.

7.4 UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION POUR ELARGIR L'ACCES A L'INFORMATION

Le PA-CIPD fait appel à la participation et à la sensibilité des divers partenaires face aux contextes culturels locaux. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ont été utilisées dans le but de renforcer l'accès à l'information et de fournir des informations sensibles sur la santé de la reproduction et les droits en matière de reproduction de façon décentralisée et interactive. Le Tableau 7.4 résume les réponses des pays à l'Enquête concernant l'utilisation de nouveaux programmes qui utilisent les TIC pour prendre en compte les questions de la santé de la reproduction.

La majorité des 137 pays qui ont répondu à cette question a affirmé avoir installé des services d'aide téléphonique sur les questions relatives à la santé de la reproduction (59 %),

ou créé des émissions avec appels d'auditeurs ou de téléspectateurs (58 %). De nombreux pays ont aussi créé des sites web qui permettent aux individus d'accéder à l'information sur des sujets relatifs à la santé de la reproduction (47 %). L'installation de cybercafés au niveau des villages, mentionnée par 14 % des pays, a permis aux jeunes d'accéder à l'information sur les questions relatives à la santé de la reproduction, y compris le VIH/sida. Les technologies de la communication ont aussi contribué à diffuser l'information sur la santé de la reproduction pendant les journées nationales de sensibilisation ; elles ont aussi servi à mettre en place des systèmes de gestion de l'information en vue d'appuyer les programmes de santé de la reproduction et l'autonomisation des femmes et des jeunes.

L'éducation et l'information représentent une partie importante des efforts de mise en œuvre du PA-CIPD. Les pays utilisent les nouvelles technologies de façon novatrice et créatrice pour atteindre les populations et pour apporter un complément à l'utilisation des formes traditionnelles de communication dans la promotion de l'information sur la santé de la reproduction.

L'utilisation de l'Internet a été mentionnée en tant que TIC ayant servi à accroître l'accès à l'information dans 64 pays. De nombreux pays ont créé des projets basés sur l'Internet qui visent essentiellement la jeunesse et qui sont interactifs eu égard à la conception. Certains pays comme le Bénin, le Congo, la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, la Guinée-Bissau, Madagascar, la Malaisie, le Mali et le Sénégal ont créé au niveau des villages des cybercafés qui permettent aux clients, en particulier les jeunes, d'avoir accès à l'information sur la santé de la reproduction au niveau local. L'Encadré 7.2 donne des exemples d'utilisation des TIC

dans divers pays.

Presque toutes les régions ont mentionné des stratégies et programmes novateurs ayant recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. Dans le Pacifique, 33 à 74 % des pays ont noté l'utilisation de l'Internet, des sites web et des services d'aide téléphonique pour promouvoir la santé de la reproduction. Les émissions radiophoniques et télévisées ont connu une grande popularité dans toutes les régions.

7.5 CONCLUSION

De nombreux pays ont entrepris des actions, adopté des stratégies et exécuté des activités pour promouvoir le PA-CIPD et apporter des changements dans les attitudes et les comportements. Mais pour que ce programme soit pleinement réalisé, il faudrait intensifier ces efforts.

Comme elles l'ont été au cours des dix dernières années, l'éducation et la stratégie de communication pour le changement de comportement devraient être utilisées pour aider les clients à faire des choix éclairés concernant leur santé en matière de sexualité et de reproduction. Les prestataires de services et les partenaires communautaires qui jouent un rôle important en permettant de tels choix, doivent aussi être ciblés. Les initiatives futures dans le domaine du changement de comportement nécessiteront l'appui des pairs, des familles, de la communauté et de la société en général.

Le plaidoyer utilisé dans le but d'aider à créer un environnement plus favorable au changement de comportement parmi les individus, les couples et les communautés, est fondamental. Il faut continuer à l'utiliser pour surmonter les obstacles qui empêchent l'adoption de comportements sains dans le domaine de la santé de la reproduction. Il est essentiel que les initiatives de plaidoyer prennent en compte

ces barrières et contraintes en travaillant avec les réseaux sociaux afin de s'assurer de leur plein soutien, d'améliorer le processus de socialisation des jeunes, et de traiter du problème de l'inégalité entre les sexes dans les domaines de la santé et de l'éducation. En outre, il faut accorder plus d'attention à l'environnement culturel dominant. Une approche de la santé de la reproduction fondée sur les droits devrait être bien ancrée dans le respect de la diversité des valeurs culturelles et religieuses, des traditions et des sensibilités.

Des mesures politiques et programmatiques spécifiques devraient être envisagées pour encourager ou renforcer les comportements positifs, notamment la construction d'infrastructures de santé et d'éducation, l'application de critères et de normes positives pour la qualité des soins dans les établissements sanitaires, la garantie d'une sécurité adéquate de l'approvisionnement en produits de la santé de la reproduction et l'adoption de lois et normes sur l'équité entre les sexes. Par exemple, lorsqu'une nouvelle politique nationale encourage l'éducation sexuelle dans les écoles, elle peut doter les adolescents de techniques de négociation pour retarder le début de l'activité sexuelle. Si ces interventions étaient soutenues par une politique et une législation, leur impact serait plus grand et plus durable. Une autre question qu'il faut aborder est l'absence de systèmes de suivi et d'évaluation qui permettent d'évaluer l'impact de ces mesures combinées. Une approche intégrée de la programmation de la communication dans les domaines du plaidoyer, de l'éducation et du changement de comportement requiert l'utilisation d'indicateurs de résultats concrets et mesurables. Elle exige également que l'on s'assure particulièrement de la reproduction et de la durabilité des interventions.

Références

- 1 Nations Unies, *Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement*, le Caire, 5-13 septembre 1994 (New York, Nations Unies, 1995), ST/ESA/SER.A/149, para 11. 15a-d.
- 2 Nations Unies, *op. cit.*, para 7.5b

8. Partenariats et ressources

8.1 INTRODUCTION

Les contributions des organisations non gouvernementales (ONG) et du secteur privé aux programmes de population et de santé de la reproduction ont connu, au cours des deux dernières décennies, un regain d'importance dans de nombreux pays. Le PA-CIPD ainsi que les *Principales mesures* de la Session spéciale de la CIPD+5 ont particulièrement insisté sur la promotion de partenariats entre l'Etat et ces secteurs, en identifiant les ressources financières, tant locales qu'extérieures, nécessaires à la mise en œuvre de toutes les recommandations. Celles-ci ont posé un certain nombre de défis et d'opportunités, alors que les gouvernements, les ONG et le secteur privé ont commencé à se considérer davantage comme des collaborateurs que comme des concurrents. L'introduction de réformes dans le secteur de la santé et l'élaboration de documents stratégiques de réduction de la pauvreté et les approches sectorielles ont également modifié la dynamique de ces partenariats.

Nombreuses sont les organisations de la société civile qui, de par leurs liens uniques avec leurs bases respectives, possèdent un avantage comparatif en matière de conception et de mise en œuvre de programmes. Ces mêmes relations font qu'elles peuvent se faire les porte-parole des populations. Leurs réseaux et associations peuvent dès lors être utilisés par les gouvernements comme des relais efficaces dans la mobilisation d'initiatives locales et nationales autour des préoccupations les plus pressantes des populations. Etant donné que l'établissement de partenariats entre le gouvernement et la société civile constitue une cible et une stratégie clés des Objectifs du Millénaire pour le développement, les efforts visant à la réalisation du PA-CIPD contribuent également à la réalisation des OMD.

Il ressort des réponses recueillies auprès des pays lors de l'Enquête Mondiale de 2003 que la plupart d'entre eux nouent des partenariats avec divers groupes de la société civile et du secteur privé autour d'un large éventail de questions liées à la mise en œuvre du PA-CIPD. Il s'agit, entre autres, d'organisations non gouvernementales nationales et internationales et plus particulièrement d'associations intervenant dans la planification familiale, d'associations féminines, de groupes communautaires, d'organisations de défense des droits humains, des syndicats, universités, entreprises privées et des médias. Des partenariats ont

également été établis avec des parlementaires, des agences intergouvernementales et départements ministériels. Cette collaboration se retrouve généralement au niveau des secteurs pour lesquels les gouvernements ont besoin d'assistance pour toucher les groupes difficiles à atteindre ou pour fournir des services qu'ils ne peuvent offrir eux-mêmes en raison de contraintes financières ou autres.

Le présent chapitre met l'accent sur les initiatives lancées au niveau local, afin d'impliquer la société civile et le secteur privé dans la réalisation des actions et des objectifs définis dans le PA-CIPD et les *Principales mesures*. Il décrit également les tendances actuelles en matière de mobilisation de ressources en vue de la réalisation de ces objectifs.

8.2 PARTENARIATS AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE

Aperçu général

Les ONG, en particulier les associations de planification familiale, ont traditionnellement établi des partenariats avec les gouvernements en vue de promouvoir les activités de planification familiale. Depuis la CIPD, elles ont également été partenaires dans la promotion de la santé et des droits en matière de reproduction. Au cours de la dernière décennie, les gouvernements ont établi une collaboration avec un groupe élargi d'ONG dont la plupart n'interviennent pas dans le domaine traditionnel de la population et de la planification familiale. Cette collaboration a eu lieu principalement dans les domaines où les ONG se montrent efficaces pour atteindre les populations mal desservies, notamment les domaines de la promotion de l'égalité des sexes, de la lutte contre la violence sexuelle, de la promotion de la responsabilité des hommes, du travail avec les adolescents et de l'atteinte des groupes à haut risque d'infection à VIH/sida. Certains gouvernements ont également commencé à déployer de nouveaux efforts de partenariat Sud-Sud en vue de partager les connaissances et de renforcer les capacités dans les domaines de la population et de la santé de la reproduction. L'Encadré 8.1 donne des exemples d'activités de coopération Sud-Sud.

La CIPD se réfère aux organisations de la société civile en tant qu'institutions non étatiques, en particulier les ONG, les groupes communautaires, les associations professionnelles, les communautés religieuses, les syndicats, les

ENCADRE 8.1 EFFORTS DE PARTENARIAT SUD-SUD

Comme le préconise le PA-CIPD, on assiste à l'établissement partenariats Sud-Sud de plus en plus nombreux entre les pays bénéficiaires. Ces arrangements permettent également aux nations d'échanger des connaissances et expériences en matière de formulation et de mise en œuvre de politiques, programmes et services concernant la population et la santé de la reproduction. L'échange de bonnes pratiques aide les pays à concevoir des solutions et des stratégies qui les aideront à répondre à leurs propres besoins spécifiques.

Ces initiatives Sud-Sud sont de plus en plus institutionnalisées à travers le développement de programmes tels que le programme Partners in Population and Development qui a été créé grâce au financement de la Fondation Rockefeller, de l'UNFPA et de la Banque mondiale. Le programme concerne 10 pays qui ont été reconnus au niveau international comme ayant élaboré des programmes et services efficaces sur la population : **Bangladesh, Colombie, Egypte, Indonésie, Kenya, Mexique, Maroc, Thaïlande, Tunisie et Zimbabwe.**

Des initiatives Sud-Sud similaires ont été signalées par les pays dans l'Enquête mondiale. Par exemple, la **Jamaïque** et d'autres pays des Caraïbes partagent des expériences et renforcent leurs capacités dans le domaine de l'autonomisation des femmes grâce au Caribbean Gender Equality Program (Programme caribéen d'égalité des sexes). Le **Kenya** collabore également avec d'autres pays dans le cadre du East African Reproductive Health Network (EARHN) (Réseau Est-africain de santé de la reproduction).

partis politiques, les fondations, les institutions universitaires et de recherche, les médias et les associations de femmes, d'hommes et de jeunes ainsi que les membres de la société civile. La variété d'institutions partenaires mentionnées par les pays dans leurs réponses à l'Enquête reflète la largeur de la gamme des organisations composant ce secteur.

Le PA-CIPD encourage un partenariat efficace entre toutes les niveaux du gouvernement et l'ensemble des ONG et groupements communautaires locaux, dans le cadre des discussions et décisions sur la conception, la mise en œuvre, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de santé de la reproduction et de population.¹ Il a été demandé aux pays participant à l'Enquête mondiale de 2003 de décrire au moins une initiative efficace adoptée pour faire participer la société civile aux programmes de population et de santé de la reproduction. Il leur a également été demandé de signaler les mécanismes éventuellement mis en place pour coordonner leurs propres efforts concernant les programmes de population et de santé de la reproduction avec ceux des ONG et des autres membres de la société civile.

Quatre-vingt-quinze pour cent des pays participants (143 sur 151) ont déclaré avoir entrepris au moins une initiative efficace en vue de renforcer les partenariats avec les organisations de la société civile dans la mise en œuvre du PA-CIPD (Tableau 8.1). Les efforts de partenariat qui impliquent des mesures programmatiques et de politique concernent : le développement de plans et programmes de population et de santé de la reproduction (38 %), le renforcement des capacités et la formation en matière de population et de santé de la reproduction (22 %), la création de groupes parlementaires (21 %), la formulation de lois et mesures législatives sur la santé et les droits en matière de reproduction (13 %) et l'élaboration de politiques de population (11 %). La collabora-

Tableau 8.1 Mesures prises par les pays pour impliquer la société civile dans les activités relatives à la population et à la santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
A. Mesures programmatiques ou de politique		
Elaboration de plans et programmes de population et de santé de la reproduction	54	38
Formation et renforcement des capacités en matière de population et de santé de la reproduction	31	22
Mise sur pied de groupes parlementaires chargées des questions relatives à la population et à la santé de la reproduction	30	21
Elaboration de lois et mesures législatives sur la santé de la reproduction et sur la population	19	13
Elaboration de politiques de santé de la reproduction et de population	16	11
B. Mécanismes de coordination		
Partenariats entre les ONG et les commissions nationales sur la population	56	39
Forum national des ONG	25	17
Partenariats entre les administrations locales et les ONG communautaires	21	15
Total	143	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

tion sur la production de résultats de recensement et de recherche en matière de population a également été citée par un certain nombre de pays (3 %). Les mécanismes de coordination les plus communs pour les initiatives de partenariat mentionnées par les pays étaient : le partenariat entre les commissions nationales sur la population et les ONG (39 %), les forums nationaux pour les ONG (17 %), et les partenariats entre les administrations locales et les ONG communautaires (15 %).

Une analyse régionale des résultats montre la portée générale et l'importance des efforts de partenariat entre les gouvernements et les ONG concernant les problèmes de population et de santé de la reproduction. Dans chaque région, des efforts de partenariats ont été mentionnés par plus de 90 % des pays concernés par l'Enquête mondiale de 2003. Ceci marque une nette augmentation par rapport à l'Enquête mondiale de 1998, dans laquelle seulement 49 des 114 pays (43 %) avaient pris des mesures visant à impliquer la société civile. Cette amélioration apporte la preuve que les gouvernements considèrent de plus en plus les ONG et les autres organisations de la société civile comme des partenaires incontournables dans la réalisation des objectifs de population et de santé de la reproduction. La portée de l'implication des organisations de la société civile était déjà mise en évidence par le nombre de pays incluant les contributions des ONG dans l'établissement de leurs bilans d'enquête.

Partenariats par domaine fonctionnel

Partenariats dans la conception et l'exécution de plans et programmes

L'un des domaines de partenariat entre gouvernements et société civile les plus courants est celui de la participation des ONG à la conception et à l'exécution des plans et programmes de population et de santé de la reproduction. Trente-huit pour cent des pays étudiés dans le cadre de l'Enquête ont indiqué avoir adopté des mesures dans ce domaine.

Les partenariats faisant intervenir des ONG dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans, programmes et stratégies de population sont particulièrement fréquents en Asie et dans la région du Pacifique, où plus de 60 % des pays étudiés indiquent avoir adopté cette mesure. Le Bangladesh, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, la Mongolie, le Népal et les Philippines ont fait état de partenariats avec des ONG dans l'élaboration de leurs plans et programmes nationaux de population. Les autres régions ont aussi déclaré des taux élevés de participation des ONG.

La représentation des ONG dans les commissions nationales sur la population, les bureaux et ministères (39 %) est

l'un des mécanismes de coordination les plus invoqués concernant les partenariats dans le domaine de la conception de plans et programmes. Aux Philippines, par exemple, le Comité directeur de la Commission sur la population comprend des représentants des ONG. Entre autres contributions, les ONG apportent leur expertise dans la conduite du Programme de gestion de la population des Philippines. En Malaisie, le Comité central de coordination de la santé de la reproduction est composé de représentants de ministères et organismes du gouvernement, d'ONG et du secteur privé.

Dans les autres régions, certains pays ont également fait des efforts pour collaborer avec les ONG dans l'élaboration de plans et programmes, à travers la représentation des ONG au niveau des comités consultatifs nationaux. Au Ghana, la Commission nationale sur la population, la plus haute instance consultative du gouvernement chargée des questions démographiques, compte parmi ses membres des représentants d'ONG, y compris des organisations religieuses. En Ethiopie, le gouvernement, l'Association éthiopienne d'assistance familiale et le Consortium des associations de santé de la reproduction ont collaboré dans la conception et l'exécution de projets de population. Le gouvernement a mis sur pied un comité de coordination composé des parties prenantes, de représentants du bureau de pays de l'UNFPA et de partenaires d'exécution de programmes.

Outre la représentation directe des ONG dans les organes consultatifs gouvernementaux, 17 % des pays ayant répondu à l'Enquête ont aussi déclaré avoir fait participer la société civile à l'élaboration de plans et programmes de population par le biais d'associations et de forums nationaux pour les ONG. C'est dans les pays de la CEI, de l'Europe centrale et de l'Est et de l'Afrique subsaharienne que ce mécanisme de coordination était plus courant. Au Bénin, par exemple, le Centre pour la promotion des associations et ONG et le Ministère de la Santé ont conjugué leurs efforts de prévention du VIH/sida. En Albanie, une Direction des ONG a été créée et placée sous la tutelle du ministère du Travail et des Affaires sociales en vue de coordonner l'intervention des ONG sur les questions spécifiques liées à la population.

Au Ghana, une coalition nationale d'ONG a été mise sur pied afin de promouvoir une collaboration plus étroite dans les domaines de la population et de la santé de la reproduction. Des ONG en activité dans le pays ont été impliquées dans la planification et la mise en œuvre des programmes, et des rencontres trimestrielles des équipes de pilotage des programmes ont été tenues afin de partager des idées et d'échanger des expériences sur la gestion des activités de population et de santé de la reproduction. En Mongolie, l'ONG Réseau sur le développement humain, la santé de la reproduction, le genre et les droits humains a fait équipe

ENCADRE 8.2 PARTENARIATS AVEC LES PARLEMENTAIRES

Les parlementaires sont des partenaires clés dans les efforts de mise en œuvre du PA-CIPD. Au sein des gouvernements nationaux, ils ont vigoureusement plaidé en faveur de lois, politiques et programmes nationaux concernant diverses questions de population et de santé de la reproduction. Les ONG et autres organisations de la société civile ont travaillé avec ces dirigeants nationaux à travers la création de groupes et de commissions parlementaires.

Au **Botswana**, par exemple, les ONG ont aidé à constituer des commissions parlementaires sur la population, le développement et le HIV/SIDA, qui ont plaidé en faveur de l'élaboration de nouvelles politiques concernant ces

questions. Plusieurs pays, dont l'**Algérie** et le **Tchad**, ont évoqué la formation de groupes de femmes parlementaires qui ont aidé à promouvoir des programmes et des politiques sur des questions telles que la violence faite aux femmes et l'éducation des filles.

La **Turquie** a déclaré que l'Association de planification familiale avait mis en œuvre des stratégies de plaidoyer pour les parlementaires, en collaboration avec le programme national appuyé par l'UNFPA. Une autre ONG active en Turquie s'occupe actuellement des questions de genre et de santé de la reproduction et fait office de secrétariat pour un groupe parlementaire sur la population et le développement.

Le gouvernement de la **Sierra Leone** a créé une organisation dénommée NEWMAP (Réseau des femmes ministres et parlementaires), qui plaide en faveur de la santé de la reproduction et des droits de la femme.

En **Lituanie**, le gouvernement a mis sur pied le Groupe parlementaire sur la population et le développement, qui permet aux divers représentants du gouvernement, institutions et organisations de la société civile de prendre part aux débats autour de la santé sexuelle et de la reproduction et des droits en matière de reproduction.

avec le gouvernement en vue de promouvoir et de renforcer l'implication des ONG dans les programmes de population et de développement.

Les gouvernements ont également déclaré avoir fait participer les ONG au sein des organes locaux de décision (15 %). En Angola, par exemple, les comités de province sur la population et le développement aident à coordonner l'élaboration des actions du programme de population, de concert avec les conseils provinciaux de famille et des jeunes. L'Éthiopie a déclaré avoir créé des bureaux régionaux sur la population qui travaillent en étroite collaboration avec les bureaux régionaux de la santé. Aux Philippines, les ONG communautaires et les fonctionnaires de l'administration locale travaillent comme représentants au sein du Bureau exécutif régional sur la population et du Comité de coordination régional pour la population et le développement.

Partenariats dans l'élaboration et l'adoption de politiques et de lois sur la population

Les pays ayant répondu à l'Enquête ont aussi fait état de nombreuses initiatives réussies de partenariats avec les ONG dans l'élaboration de politiques, lois et mesures législatives relatives à la population et à la santé de la reproduction. D'une manière globale, près d'un quart (24 %) de ces pays se prévalent de partenariats fructueux avec la société civile dans l'élaboration et l'adoption de politiques et de lois nationales sur la population. C'est en Amérique latine que ce type d'initiatives est le plus répandu (plus de 50 % des pays).

Le Chili, le Costa Rica, le Guatemala, le Nicaragua, le Panama, l'Uruguay et le Venezuela se sont prévalus de

partenariats fructueux avec les ONG dans l'adoption de lois et de mesures législatives sur les questions de population et de santé de la reproduction. L'Albanie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Bulgarie et la Géorgie ont également déclaré avoir forgé des partenariats avec les ONG et autres organisations de la société civile dans l'élaboration et l'adoption de nouvelles lois sur la population et la santé de la reproduction. L'élaboration et l'adoption de la Loi sur la santé et les droits en matière de reproduction en Arménie constituent un bon exemple de collaboration entre les gouvernements, les parlementaires, les ONG locales, l'UNFPA et d'autres donateurs. Avant son adoption, les parties prenantes avaient eu la possibilité d'examiner et de débattre de la loi lors d'un forum national organisé par le ministère arménien de la Santé.

Les gouvernements du Cameroun, de la Guinée, du Kenya, du Libéria, du Rwanda, du Swaziland et du Zimbabwe ont collaboré avec les ONG à la formulation de politiques sur la population. Au Swaziland, par exemple, le gouvernement a fait intervenir plusieurs partenaires, y compris les ONG, dans la formulation de politiques nationales sur le développement, la population, le genre et la santé de la reproduction.

Partenariats avec les parlementaires

Depuis la CIPD, un nombre croissant de pays reconnaissent l'importance de la sensibilisation des parlementaires aux questions liées à la santé de la reproduction. Le PA-CIPD note que les parlementaires peuvent jouer un rôle majeur, notamment en ce qui concerne la promulgation d'une législation nationale appropriée pour la mise en œuvre

du Programme d'action, l'allocation des fonds nécessaires, le contrôle des dépenses et la sensibilisation de l'opinion publique aux problèmes de population.²

La mise sur pied de commissions parlementaires pour coordonner les efforts de lobbying et de plaidoyer est l'un des instruments d'élaboration et d'adoption des lois et politiques nationales de population les plus fréquemment cités. Au total, plus de 20 % des pays ayant répondu à l'enquête ont indiqué que les ONG, les parlementaires et autres fonctionnaires du gouvernement avaient forgé des partenariats pour traiter des problèmes de population et de santé de la reproduction. Au niveau régional, plus de 35 % des pays de l'Afrique subsaharienne ont déclaré avoir travaillé en collaboration avec des ONG dans la constitution de commissions parlementaires pour traiter des problèmes de population et de développement. De nombreux pays d'Asie et de la CEI, d'Europe centrale et de l'Est ont également mentionné ce type d'action.

L'Éthiopie, par exemple, a organisé à l'intention des parlementaires une conférence de deux jours sur les questions de population. De même, le ministère indien du Bien-être familial a organisé des séminaires sur la population et le développement à l'intention de l'Association indienne des parlementaires pour la population et le développement et de l'Institut de presse de l'Inde, afin de sensibiliser les membres de ces groupes aux questions urgentes en matière de population. L'Indonésie a organisé un forum à l'intention des parlementaires, et le Nigéria a mis sur pied des comités sur la population et le développement au niveau des instances tant supérieures qu'inférieures du gouvernement.

Le renforcement et l'expansion de ces efforts pourraient s'avérer bénéfiques au cours des prochaines décennies, étant donné que des politiciens informés sont mieux à même de soutenir le service de soins de la santé de la reproduction et le respect des droits en matière de reproduction. D'autres exemples d'efforts de partenariat impliquant des parlementaires sont mentionnés dans l'encadré 8.2.

Partenariats avec des institutions du système des Nations Unies

Conformément aux recommandations du PA-CIPD, les partenariats avec les donateurs sont devenus plus courants et se redessinent à travers des configurations si variées, qu'il n'est plus inhabituel de trouver des organisations gouvernementales et multilatérales œuvrant en étroite collaboration avec des ONG nationales et internationales et des segments du secteur privé.³ Les résultats de l'Enquête montrent que les organisations affiliées à l'ONU sont activement impliquées dans des partenariats avec les gouvernements, les ONG et le secteur privé en vue de la mise en œuvre du

PA-CIPD et dans les actions d'assistance à la réalisation des OMD par les pays. L'UNFPA fait figure de première organisation des Nations Unies menant des activités liées à la CIPD, mais bien d'autres agences contribuent à l'application du PA-CIPD, que ce soit de manière directe ou sous forme de soutien indirect.

Par exemple, les organismes des Nations Unies, en particulier le PNUD, l'UNFPA et l'UNICEF, travaillent actuellement en collaboration avec le Cameroun dans le cadre de la fourniture de produits et l'offre de services de santé de la reproduction. Les représentants de l'UNICEF et de l'UNFPA en Jamaïque ont fait partie du Groupe de travail du ministère de la Santé sur la politique des adolescents. La Banque mondiale a aidé le Burundi à moderniser son équipement et à dispenser une formation au niveau des services de santé de la reproduction des hôpitaux. Par ailleurs, l'Organisation internationale du Travail (OIT) collabore actuellement avec les ministères de la Santé et du Travail du Guyana pour formuler une politique sur le VIH/sida en milieu de travail. Les organismes des Nations Unies participent aussi, au niveau de chaque pays, à divers groupes thématiques, y compris ceux qui traitent du genre, de la santé de la reproduction et du VIH/sida, et à la conception et la mise en œuvre de divers cadres de planification et de programmation, notamment les SWAPs, les UNDAF et les DSRP.

Partenariats par domaine spécifique

Les partenariats entre gouvernements et organisations de la société civile couvrent un large éventail de questions prioritaires, y compris mais non exclusivement : la prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées et des migrants internes et internationaux, la protection des droits des femmes et des filles, le suivi du respect des droits humains, le renforcement de l'accès à des informations, services et produits de santé de la reproduction de qualité, la réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelles, la prévention du VIH/sida, et le suivi, au niveau des pays, de l'état d'avancement de l'exécution des recommandations de la CIPD et des OMD. Outre les partenariats par domaine particulier qui sont décrits ici, les chapitres du rapport contiennent d'autres exemples des nombreux modes de participation de la société civile à la mise en œuvre des objectifs du PA-CIPD, de concert avec les gouvernements.

Partenariats pour l'égalité, l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes

Tout comme ils reconnaissent l'importance de la promotion de l'égalité, de l'équité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes, les pays reconnaissent également qu'il leur est parfois difficile de travailler directement avec les femmes

dans la communauté. De ce fait, les ONG de femmes dans des pays tels que la Jamaïque, la Malaisie et le Mozambique se sont attelées à trouver les moyens d'assister les gouvernements sur cette question. La violence faite aux femmes, en particulier, est un domaine où les ONG ont été des partenaires efficaces pour les gouvernements, dans la mesure où les victimes de violence sexuelle tendent à les considérer comme étant plus compatissantes et dignes de confiance. Dans plusieurs pays, les ONG ont été largement engagées dans la formation d'agents de police, de juges et autres personnes dans le domaine de la violence faite aux femmes.

En Ethiopie, par exemple, l'Association des femmes juristes se concentre sur la violence faite aux femmes, y compris la violence conjugale et les abus sexuels, tandis que le Comité national sur les pratiques traditionnelles et les ONG partenaires présentes en Ethiopie œuvrent à l'éradication des pratiques préjudiciables aux femmes. Aux Philippines, des ONG ont créé des Centres de crise pour les femmes et les enfants victimes de violence familiale. En Jamaïque, un groupe d'ONG, parmi lesquels on compte l'Association des organisations féminines en Jamaïque, Fathers' Incorporated (un collectif de prêtres) et le Bureau des affaires féminines, a entrepris un projet sur la violence faite aux femmes de 1999 à 2002. Le projet visait à élargir et à intensifier la couverture médiatique des actes de violence sexuelle, à sensibiliser les forces de police, les membres du pouvoir judiciaire et les professionnels du droit et de la santé sur la violence faite aux femmes, et à promouvoir le développement de systèmes d'assistance aux victimes d'actes de violence.

L'Angola a créé le Réseau des femmes d'Angola, un consortium d'ONG qui promeut l'égalité entre les sexes. En Tanzanie, les ONG appuient le gouvernement dans ses efforts visant à améliorer la situation des femmes. On retrouve, parmi les ONG impliquées, le Programme de réseau genre de la Tanzanie, le Centre d'assistance juridique pour les femmes, l'Association des femmes juristes tanzaniennes, etc. Ces ONG ont pris une part active dans les campagnes médiatiques et les initiatives d'éducation visant à assurer l'égalité entre les hommes et les femmes dans les domaines politique, économique, social et civil.

Les ONG s'avèrent également efficaces lorsqu'il s'agit d'inciter les hommes à assumer la responsabilité de leur propre santé de la reproduction et de leur double statut social et familial. Aux Philippines, un certain nombre d'ONG travaillent à renforcer le rôle joué par les hommes dans l'autonomisation des femmes et le respect de leurs droits par rapport à la santé de la reproduction. Aux Caraïbes, le Centre des femmes de la Fondation de la Jamaïque conseille les jeunes pères de famille et forme des

éducateurs homologues grâce à son programme dit « Jeunes hommes à risque ».

Partenariats pour la santé et les droits en matière de reproduction des adolescents

Fournir aux adolescents des informations et des services sur la santé de la reproduction est un acte extrêmement controversé dans plusieurs pays, en dépit du fait qu'ils en ont besoin pour se prémunir contre les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Des pays tels que l'Indonésie reconnaissent le fait que les ONG sont souvent plus efficaces dans la mise à disposition d'informations et de services aux adolescents. Les centres de jeunesse créés par l'Association de planification familiale indonésienne sont en partie gérés par les adolescents eux-mêmes. En Ethiopie, les ONG collaborent avec les institutions gouvernementales dans des domaines comme l'organisation de cours de formation pour les jeunes, l'offre de services de santé de la reproduction aux adolescents par le biais des centres de jeunesse et des programmes communautaires, ou encore l'encouragement d'activités génératrices de revenus pour les jeunes à l'aide de microcrédits.

En Jamaïque, une ONG internationale a travaillé avec le ministère de la Santé en vue de lancer une campagne médiatique de sensibilisation sur les comportements responsables en matière de santé de la reproduction ciblant particulièrement les adolescents. Au Nigéria, le Groupe de travail national sur la santé de la reproduction des adolescents coordonne les programmes de santé de la reproduction visant les jeunes mis en œuvre par les efforts du gouvernement et d'autres organismes. Aux Philippines, la Fondation pour l'adolescence a créé des centres d'adolescents, touchant les jeunes à travers des approches originales telles que les programmes « Téléphone à un ami » et les conseils dispensés par les pairs.

Partenariats pour la prévention et le traitement du VIH/sida

La propagation rapide du VIH/sida au cours de la dernière décennie a eu un impact majeur sur le mode d'intervention des gouvernements. Ils sont plusieurs maintenant à réagir à la pandémie par une approche multisectorielle et à placer les programmes de lutte contre le VIH/sida sous la direction effective du Chef du gouvernement. En outre, les gouvernements ont pris l'initiative de rechercher des partenaires dans leur lutte contre la maladie.

Les ONG sont particulièrement dynamiques dans le travail qu'elles font avec des groupes à haut risque tels que les travailleurs du sexe, les routiers et les utilisateurs de

drogues injectables (UDI). Au Bangladesh, des ONG ont ouvert 15 centres d'accueil destinés aux UDI et 25 autres où ils s'occupent des travailleurs du sexe. Une ONG basée au Cambodge a ouvert un centre de santé pour hommes où ils peuvent échanger des informations et accéder à des services. Au Nigéria le gouvernement collabore avec les ONG dans la mise à disposition de documents d'IEC, de préservatifs, de conseils et de tests de dépistage volontaires pour les groupes à haut risque.

Dans plusieurs pays, les enfants de la rue sont aussi fortement exposés à l'infection à VIH. En Inde, une ONG a entrepris, avec le concours d'agences gouvernementales locales qui s'intéressent au VIH/sida, une série d'interventions ciblant les enfants de la rue et les enfants qui travaillent. Au Kenya, une ONG internationale intervient auprès des enfants vivant dans la rue et dans les centres de réadaptation. Parmi ses activités, on note la sensibilisation au VIH/sida et aux IST, l'éducation par les pairs avec la promotion et la distribution de préservatifs, les services de soins de santé pour le traitement des IST et la prise en charge des infections opportunistes. Le programme comprend également une formation à la vie active, des services de soins de santé primaires et l'orientation vers des établissements de santé.⁴

Les partenariats entre gouvernements et ONG dans le domaine de la prévention et du traitement du VIH/sida sont également courants dans d'autres pays de l'Afrique subsaharienne. Au Botswana, des représentants d'ONG siègent à la Commission parlementaire sur le VIH/sida. Au Burundi, les ONG sont actives dans le lobbying auprès des entreprises du secteur privé en vue d'aborder le problème de la prévention du VIH/sida au niveau de leurs employés ; ces ONG ont également réussi à convaincre plusieurs entreprises de la nécessité de prendre en compte les besoins sanitaires de leurs personnels. Au Zimbabwe, le gouvernement a élaboré une politique de lutte contre le VIH/sida grâce à une série de concertations impliquant les parlementaires, les ONG et d'autres membres de la communauté.

Partenariats pour le renforcement des capacités en information, éducation et communication

La contribution des ONG à la formulation et à l'élaboration des programmes, politiques et lois relatifs à la population et à la santé de la population ne représente qu'un volet de leurs partenariats avec les gouvernements. Elles sont également actives dans le renforcement des capacités, en particulier dans le domaine des initiatives d'information, d'éducation et de communication (IEC). A la question de savoir si les efforts de partenariat entre gouvernements et ONG ont débouché sur des réalisations concrètes, 22 % des

pays ont répondu que la coopération visait à offrir des opportunités de renforcement des capacités dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction, notamment : la formation, la recherche et les systèmes de gestion de l'information (y compris les recensements), et les conférences et symposiums.

Les efforts déployés en vue du renforcement des capacités ont regroupé des représentants du gouvernement, le personnel des ONG, des universitaires et des membres d'institutions de recherche et des représentant de groupes de citoyens, y compris des organisations confessionnelles. Les personnels d'organismes publics et d'ONG ont conjugué leurs efforts dans le domaine de la formation. Au niveau régional, plusieurs pays des Etats arabes, d'Amérique latine et du Pacifique ont déclaré avoir adopté d'importantes mesures en vue d'appuyer les initiatives de renforcement des capacités en matière de population et de santé de la reproduction, y compris la formation.

Le gouvernement du Yémen, par exemple, a organisé des conférences, séminaires et rencontres nationales sur les problèmes liés à la population, regroupant un large éventail de dirigeants politiques, sociaux et de chefs religieux. Le gouvernement a aussi organisé des ateliers de formation à l'intention des planificateurs et des cadres de diverses institutions communautaires ou d'Etat. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le ministère de la Planification nationale et du Développement rural a coordonné un projet visant à éduquer et à former des représentants du gouvernement et des organisations de la société civile sur des questions de population, de genre et de planification du développement. Au Kenya, un comité directeur national a été mis sur pied pour coordonner les efforts de recensement de la population ; il était composé de représentants du gouvernement, d'ONG, d'organisations religieuses et du secteur privé.

Partenariats pour la sécurisation des produits

Une importance accrue a également été accordée au rôle joué par les organisations de la société civile dans la sécurisation des produits de santé de la reproduction. Les ONG peuvent aider les gouvernements à s'assurer que chaque individu ou couple puisse avoir accès aux produits dont ils ont besoin pour décider du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et de l'espacement de leurs naissances et pour se protéger du virus du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles. Le Gouvernement cambodgien, par exemple, a impliqué les ONG dans son Groupe de travail sur les contraceptifs. D'autres gouvernements à travers l'ensemble des régions ont aussi fait état de mesures similaires visant à inclure les groupes de la société civile dans leurs organes de planification de la contraception.

Au Cambodge, une ONG propose une contraception d'urgence dans trois provinces, sous la supervision du ministère de la Santé, et appuie l'initiation à l'utilisation des stérilets. Aux Philippines, des ONG travaillent en collaboration avec le gouvernement, le secteur privé et les groupes religieux en vue de toucher les groupes mal desservis de la population. En Guyana et au Botswana, l'ONG Population Services International a travaillé avec les gouvernements au lancement de campagnes de marketing social des préservatifs.

En Mongolie, une campagne de marketing social des préservatifs masculins a été lancée en mai 2000 et plus de 2 millions de préservatifs ont été distribués dans les pharmacies, kiosques, bars et hôtels à travers tout le pays. Les préservatifs féminins sont également disponibles depuis octobre 2002. Par ailleurs, des projets de fonds autorenewables pour des médicaments ont été lancés dans la plupart des zones rurales grâce au soutien d'organisations d'aide internationale.

8.3 PARTENARIATS AVEC LE SECTEUR PRIVE

Aperçu général

Outre les partenariats qu'ils nouent avec la société civile, les gouvernements se sont employés à intensifier leur collaboration avec le secteur privé qui peut jouer un rôle important dans des domaines tels que la sécurisation des produits de santé de la reproduction, la prestation de services, le marketing social des contraceptifs et la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction et des droits en matière de reproduction des jeunes, des femmes et des autres groupes. Le PA-CIPD souligne que les gouvernements, les organisations non gouvernementales et internationales devraient intensifier leur coopération avec le secteur privé à but lucratif en matière de population et de développement durable afin de renforcer le rôle de ce secteur dans la mise en œuvre des programmes de population et de développement, y compris la production et l'offre de services et de produits contraceptifs de qualité.⁵

Les gouvernements ont été interrogés dans le cadre de l'Enquête à propos des mesures qu'ils avaient prises pour inclure le secteur privé dans les activités de population et de santé de la reproduction. Sur un total de 151 pays, 113 (75 %) ont répondu avoir pris des mesures à cette fin (voir Tableau 8.2). Ce chiffre met en évidence l'évolution rapide des partenariats entre les gouvernements et ce secteur, surtout lorsque l'on le compare avec les résultats de l'Enquête de 1999 qui indiquaient que 8 % seulement des pays interrogés avaient adopté d'importantes mesures visant à impliquer le secteur privé dans les activités de population et de santé de la reproduction.

Le tableau montre que, d'une manière générale, les efforts de partenariats avec le secteur privé les plus communément cités concernaient : la fourniture de contraceptifs et de services de santé de la reproduction (49 %), le financement par le secteur privé des campagnes de marketing social et des programmes de sensibilisation du public (47 %), le financement par le secteur privé des activités de plaidoyer et d'IEC concernant les problèmes de santé de la reproduction (42 %), et la représentation du secteur privé dans les organes gouvernementaux de coordination des politiques de population et de santé de la reproduction (30 %). Certains pays ont aussi fait mention de l'aide financière fournie par le secteur privé dans le cadre d'activités de santé de la reproduction (12 %).

Au plan régional, l'Amérique latine, les Caraïbes et les républiques d'Asie centrale présentent les niveaux les plus élevés d'efforts de partenariats avec le secteur privé. Dans presque toutes les régions, toutefois, plus des trois quarts des pays interrogés ont évoqué au moins une mesure prise visant à impliquer le secteur privé, en insistant sur le consensus autour de la valeur croissante du secteur privé comme partenaire dans les activités de population et de santé de la reproduction.

Partenariats pour l'offre de services et de produits de santé de la reproduction

Les partenariats entre les gouvernements et le secteur privé pour l'offre de services et produits de santé de la reproduction

Tableau 8.2 Mesures prises par les pays pour impliquer le secteur privé dans les activités relatives à la population et à la santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Le secteur privé fournit des contraceptifs et/ou des services de santé de la reproduction	55	49
Le secteur privé sponsorise le marketing social et la vulgarisation	53	47
Le secteur privé sponsorise des activités d'IEC/plaidoyer	47	42
Représentation du secteur privé dans les organes de coordination des politiques de santé de la reproduction	34	30
Le secteur privé offre une aide financière pour les activités de santé de la reproduction	14	12
Total	113	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieures à 100.

tion, y compris des préservatifs, ont été le plus souvent mentionnés dans la région asiatique où 75 % des pays interrogés ont décrit les mesures adoptées. Dans les autres régions, un nombre considérable d'actions ont également été entreprises en vue d'impliquer le secteur privé dans la fourniture de produits de santé de la reproduction.

L'offre de services de santé sexuelle et de la reproduction dépasse, dans beaucoup de pays, le cadre des seuls services de santé publique, et parfois une grande dépendance des soins de santé privés est notée. En Indonésie, par exemple, le gouvernement veille à s'assurer le concours du secteur privé dans l'offre de services de santé de la reproduction aux pauvres et aux personnes vivant dans les zones rurales éloignées. Le gouvernement jamaïcain forme des prestataires de services médicaux privés, des médecins, des infirmiers et des pharmaciens en matière de prestation de services de santé de la reproduction, de même qu'il collabore avec les sociétés pharmaceutiques et les pharmacies afin de faciliter davantage l'accès aux contraceptifs. Le gouvernement jamaïcain travaille aussi avec le secteur privé en vue de réaliser les objectifs de réduction du coût des antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/sida et d'augmenter les stocks disponibles.

Les efforts des gouvernements visant à garantir l'accès aux produits et soins de santé de la reproduction sont aussi axés sur le lieu de travail. Les gouvernements du Botswana et de la Côte d'Ivoire, par exemple, ont fait équipe avec des entreprises privées afin de développer des initiatives de santé de la reproduction en milieu de travail. En Indonésie, le gouvernement et les entreprises du secteur privé ont créé des partenariats en vue d'élargir la couverture des services de santé de la reproduction pour les employés. Le gouvernement propose des méthodes contraceptives et établit les coûts pour le fournisseur, tandis que les entreprises du secteur privé prennent en charge les coûts opérationnels et d'infrastructure. Au Pakistan, deux sociétés privées offrent, à travers leurs réseaux, des informations sur la planification familiale ainsi que des contraceptifs.

Les gouvernements de l'Inde, de la République démocratique populaire lao, de la Malaisie, de Sri Lanka, du Viet Nam et du Zimbabwe ont établi des partenariats avec les organisations du secteur privé afin d'assurer la fourniture de contraceptifs. Aux Philippines, par exemple, les entreprises du secteur privé fournissent des contraceptifs gratuits ou subventionnés ainsi que d'autres services de planification familiale, en particulier dans les zones reculées. Au Zimbabwe, le gouvernement a modifié la législation afin de permettre au secteur privé de participer davantage à l'importation et à la distribution de produits de santé de la reproduction.

Partenariats dans le cadre des campagnes de marketing social et des efforts d'IEC/plaidoyer

Une autre activité de partenariat avec le secteur privé souvent citée est la sponsorship et la promotion de campagnes d'IEC sur la santé de la reproduction et les activités de marketing social et de sensibilisation du public. Les pays de la CEI, de l'Europe centrale et de l'Est, des Caraïbes et de l'Afrique subsaharienne ont déclaré avoir adopté d'importantes mesures visant à impliquer le secteur privé dans les initiatives d'information et d'éducation concernant les questions et comportements relatifs à la santé de la reproduction. Pour ce qui est du marketing social et des initiatives de sensibilisation du public, les pays d'Asie et d'Amérique latine ont affiché les bilans d'action les plus significatifs.

Au Kenya, le secteur privé est un partenaire dans les programmes de santé de la reproduction pour ce qui concerne le marketing social des préservatifs et autres produits de santé de la reproduction. Les préservatifs et autres produits contraceptifs sont vendus dans les supermarchés, les boutiques et les pharmacies. L'Association des employeurs du Ghana est engagée, à l'échelle nationale, dans les activités de plaidoyer, d'IEC et de changement de comportement en milieu de travail concernant la santé de la reproduction. Les syndicats peuvent également jouer un rôle de premier plan. A titre d'exemple, la campagne pour la Santé de la reproduction en milieu de travail du Congrès des syndicats du travail et du commerce des Philippines incite les travailleurs masculins à assumer la responsabilité de leurs besoins et de ceux de leurs partenaires en matière de santé de la reproduction.

Partenariats impliquant la représentation du secteur privé au sein des organes gouvernementaux

Un nombre restreint de pays a aussi déclaré avoir fait participer les organisations du secteur privé en tant que représentants au sein des organes gouvernementaux de coordination des politiques de population et de santé de la reproduction. Les Caraïbes, l'Afrique subsaharienne et le Pacifique sont les régions où ce type de partenariat est le plus pratiqué.

Au Cameroun, par exemple, le Troisième programme national sur la population et la santé de la reproduction est placé sous l'égide d'un comité directeur composé de représentants du gouvernement, d'ONG et d'entreprises du secteur privé. Par ailleurs, le gouvernement nigérian a créé un Forum du secteur privé sur le VIH/sida présidé par des chefs d'entreprises du secteur privé.

L'intégration des entreprises du secteur privé dans les organes gouvernementaux de planification montre à quel

point ce secteur joue un rôle de plus en plus important dans l'exécution des politiques de population et de santé de la reproduction. Dans beaucoup de pays, les entreprises privées ont mis au point des méthodes économiques et efficaces en vue de mobiliser les ressources financières, technologiques et en matière de gestion nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes. Ces ressources sont utiles à la fois aux gouvernements et aux ONG et leur partage permet aux gouvernements de fournir des informations et des services de santé de la reproduction fiables, à des prix abordables et accessibles à l'ensemble de la population.

8.4 MOBILISATION DES RESSOURCES

Aperçu général

La mobilisation des ressources est un point important du programme du Caire. Sans des ressources financières adéquates, les objectifs du PA-CIPD en matière de population, de santé de la reproduction, de genre et autres objectifs ne seront pas atteints. Le déficit en ressources entraîne certaines conséquences comme l'augmentation du nombre des grossesses non désirées, de la morbidité et la mortalité maternelles, de la mortalité infantile et juvénile, de même qu'un accroissement de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida et de leurs impacts social et économique sur les familles, les communautés et les pays. Ce déficit en ressources dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction ralentit ainsi les progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

La CIPD a spécifié ses besoins en ressources financières, qu'elles proviennent des gouvernements locaux ou des bailleurs de fonds internationaux, nécessaires à la réalisation de son Programme d'action sur 20 ans. Elle avait estimé que dans les pays en développement et les pays en transition, la mise en œuvre des programmes dans le domaine de la santé de la reproduction, notamment ceux relatifs à la planification familiale, à la santé maternelle et à la prévention des IST, ainsi que les programmes consacrés à la collecte et à l'analyse des données démographiques, coûteraient (en dollars américains de 1993) 17 milliards de dollars en 2000, 18,5 milliards de dollars en 2005, 20,5 milliards de dollars en 2010 et 21,7 milliards de dollars en 2015. Environ deux tiers des coûts prévus étaient censés provenir de sources locales et le tiers restant de la communauté internationale des bailleurs de fonds. Pour l'année 2005, ceci signifierait une contribution de 6,1 milliards de dollars de la part des bailleurs de fonds.

Les niveaux actuels de mobilisation de ressources ne suffisent pas pour mettre pleinement en œuvre le programme du Caire. L'objectif de la CIPD de mobiliser 17 milliards de

dollars en 2000 n'a pas été atteint et le fossé se creuse entre le niveau idéal des ressources nécessaires et celui qui est atteint dans la réalité. Au cours de la période 1994-2003, les ressources destinées à la mise en œuvre du PA-CIPD ont augmenté les premières années, mais les progrès enregistrés dans la mobilisation de ressources sont quasi nuls depuis 1999. L'un des principaux obstacles à la mise en œuvre totale du PA-CIPD et à la réalisation des objectifs du programme du Caire demeurant l'insuffisance des fonds.

Au cours de l'Enquête mondiale de 2003, il a été demandé aux gouvernements de parler du niveau des ressources nationales et internationales disponibles dans leurs pays pour l'exécution de programmes de population et de santé de la reproduction et de déterminer si ces ressources étaient suffisantes pour satisfaire leurs propres besoins en santé de la reproduction. Il a aussi été demandé aux pays de parler des approches de recouvrement des coûts, de la maximisation de la capacité d'absorption et d'autres manières d'utiliser au maximum les fonds disponibles. Les obstacles majeurs à la maximisation des ressources disponibles ont également été évoqués. L'évaluation des progrès réalisés en matière de fonds nationaux et internationaux prend en considération les conclusions d'autres analyses de l'UNFPA.⁶

D'une manière générale, plus de 80 % des pays ont fait mention de fonds qui étaient disponibles mais ne couvraient pas leurs besoins en santé de la reproduction. Ils ont aussi indiqué le fait que leurs capacités d'absorption étaient souvent inadéquates pour exploiter au maximum les ressources disponibles. En fait, tous les pays interrogés en Amérique latine, dans les républiques d'Asie Centrale et les Etats arabes ont précisé que leurs besoins en financement des programmes de populations et de santé de la reproduction dépassaient largement les fonds disponibles. La plupart des pays des autres régions ont fait la même remarque. Ces résultats mettent en évidence le fait que la plupart des pays en développement sont encore confrontés à des besoins urgents de financement de leurs programmes de population et de santé de la reproduction.

Ressources nationales

La CIPD a attiré l'attention sur le fait que les ressources nationales des pays en développement fournissaient la plus grande partie des fonds nécessaires à la réalisation des objectifs de développement. La mobilisation de ressources nationales est par conséquent l'un des secteurs prioritaires qui exigent une attention particulière pour garantir la prise des mesures opportunes requises pour réaliser les objectifs du Caire.

Les pays en développement s'efforcent de mobiliser des ressources nationales pour les activités de population.

Cependant, ils n'ont pas réalisé l'objectif du Caire qui était de 11,3 milliards de dollars en 2000. D'après les estimations de l'UNFPA, les dépenses nationales pour les activités de population s'élevaient en moyenne annuelle à environ 8 milliards de dollars au cours des années 1997-2000 et à 7 milliards seulement en 2001. Les déficits en ressources sont particulièrement importants dans les pays à faible revenu. Même si le total général indique un réel engagement de la part des pays en développement et des pays en transition, il dissimule en même temps les importantes variations qui existent entre ces pays pour ce qui est de leur aptitude à mobiliser des ressources pour les activités de population. La plupart des flux de ressources nationales proviennent d'un nombre très restreint de pays. Beaucoup de pays, particulièrement ceux de l'Afrique subsaharienne et les pays les moins avancés, sont tout simplement incapables de générer les fonds nécessaires au financement de leurs propres programmes de population et dépendent presque entièrement de l'aide des bailleurs de fonds.

En dépit de ces tendances, 82 % des pays en développement et pays en transition ont déclaré avoir pris des mesures visant à accroître les ressources nationales destinées aux programmes de population et de santé de la reproduction, faisant ainsi montre de leur détermination à atteindre les objectifs du PA-CIPD. D'une manière générale, cependant, la plupart des pays ont indiqué ne pouvoir procéder qu'à des augmentations progressives du financement en raison de leur situation économique. Face à cette insuffisance de ressources financières, de nombreux pays sont à la recherche de nouvelles stratégies pour exploiter au maximum et accroître les ressources disponibles.

Beaucoup de pays ont déclaré que les partenariats établis avec la société civile, le secteur privé et la communauté internationale leur offraient des possibilités de réduire les coûts et d'exploiter au maximum les ressources et capacités disponibles. Les grandes ONG et les principales fondations assistent en permanence les pays dans l'élaboration de programmes efficaces et rentables de population et de santé de la reproduction.

D'autres pays ont fait état de l'utilisation optimale des ressources nationales disponibles grâce à des plans budgétaires pluriannuels et à des mécanismes de suivi et d'évaluation des programmes de population et de santé de la reproduction. Au Cambodge, par exemple, le ministère de la Santé a élaboré un Plan stratégique du secteur de la santé qui comprend un Cadre des dépenses à moyen terme servant à coordonner les dépenses publiques pluriannuelles basées sur les besoins en financement par secteur et la sauvegarde de l'ensemble des ressources mobilisées à partir des ressources nationales et internationales. Le gouvernement des Philippines

a développé un Plan d'investissement dans la population visant à évaluer les besoins budgétaires pour les programmes de population s'étalant sur plusieurs années et à déterminer le montant des allocations budgétaires pour chaque volet du programme ainsi que les domaines d'action stratégique, y compris l'offre de services, l'IEC/plaidoyer et le renforcement des capacités. Ces initiatives de planification stratégique aident les pays à augmenter leur capacité d'absorption et à éviter une répétition des mêmes activités et le gaspillage de ressources.

Plusieurs pays participant à l'Enquête ont également révélé qu'ils cherchaient à exploiter au maximum leurs ressources nationales pour le financement des programmes de population et de santé de la reproduction par le biais du recouvrement des coûts, du partage des coûts et de stratégies de limitation des coûts. Les coûts récupérés permettent aux pays de multiplier les services et offres qu'ils peuvent proposer à leurs citoyens. On note parmi les approches de recouvrement de coûts les plus communément citées : les frais minimes pour les services (35 pays), les frais minimes pour les produits (17 pays), le recouvrement des coûts par le biais d'un système de cotisation pour les soins de santé (9 pays), et le recouvrement des coûts par le biais d'initiatives de marketing social (8 pays). En Indonésie, par exemple, un programme de planification familiale autonome vise à éduquer les clients et à les rendre plus responsables par rapport à leur santé de la reproduction, grâce à la subvention des produits contraceptifs. L'Indonésie a révélé que le nombre de clients qui obtiennent des produits contraceptifs à partir de sources privées a sensiblement augmenté. Un des volets du programme consiste à fixer des prix pour les services de santé de la reproduction dans les centres de santé. Le gouvernement assure également la gratuité des prestations aux économiquement faibles. Le Cambodge, la Roumanie et l'Afrique du Sud ont également déclaré avoir fixé des prix pour les systèmes de recouvrement des coûts des services.

Ressources internationales

Durant les périodes ayant précédé et suivi immédiatement la tenue de la CIPD, les donateurs et la communauté de l'aide internationale ont alloué des ressources croissantes aux activités liées à la CIPD. Plusieurs membres de la communauté internationale des bailleurs de fonds ont manifesté leur attachement à la réalisation des objectifs du PA-CIPD par l'octroi de financements croissants. L'aide internationale en faveur des activités de population a augmenté de 54 % entre 1993 et 1995, passant de 1,3 à 2 milliards de dollars. L'accroissement du niveau de financement a permis de soutenir des programmes de population au profit de millions de personnes dans les pays en développement. Toutefois, la

dynamique impulsée par le programme du Caire a été très brève et, de 1995 à 1999, l'aide aux politiques de population s'est située aux environs de 2 milliards de dollars, ce financement accusant une baisse, pour la première fois depuis la CIPD, en 1997.

Si l'aide aux politiques de population a atteint un record de 2,6 milliards de dollars en 2000, il n'en demeure pas moins que l'objectif financier que s'était fixé la CIPD d'atteindre en 2000 un financement de 5,7 milliards de dollars n'a pas été atteint. Les ressources mobilisées représentaient à peu près 46 % du montant défini comme étant la part de la communauté internationale dans le financement du Programme d'action. De plus, l'aide aux politiques de population a baissé jusqu'à 2,5 milliards de dollars en 2001, soit 44 % du montant visé. L'écart se creuse entre l'aide réelle et les montants prévisionnels établis par la CIPD.

Malgré cet écart, 84 % des pays interrogés dans le cadre de l'Enquête ont déclaré avoir mobilisé l'aide internationale pour la mise en œuvre des programmes de population et de santé de la reproduction. Bon nombre de ces pays ont indiqué avoir déployé des efforts en vue d'exploiter au maximum les ressources grâce à des partenariats avec des agences internationales (y compris les membres du système des Nations unies) et à des accords bilatéraux. La Section 8.2 décrit les partenariats entre le gouvernement et les partenaires du système des Nations Unies.

Les pays ont déclaré avoir reçu d'un grand nombre d'agences, d'organisations et de gouvernements, une aide internationale sous forme de ressources pour le financement des activités de population et de santé de la reproduction. On compte parmi ces donateurs des organisations multilatérales, notamment des organismes des Nations Unies, des banques de développement, des États signataires d'accords bilatéraux et des organisations d'aide au développement de pays donateurs. Les pays ont aussi évoqué leur participation à la mise en place de mécanismes d'annulation ou de conversion de la dette.

L'aide internationale au développement est de plus en plus dirigée vers des problèmes spécifiques comme la santé maternelle, la santé de reproduction des adolescents et le VIH/sida. Elle remplit également des fonctions bien définies, comme le développement d'infrastructures ou le renforcement des ressources humaines. En Ouzbékistan, par exemple, une agence allemande de financement (KfW) a contribué au financement du Programme de protection de la santé de la reproduction des femmes du ministère de la Santé. Des fonds ont été alloués pour l'achat de produits contraceptifs, l'équipement en matériel audiovisuel et informatique des centres de santé de la reproduction à travers le pays et la production de documents d'information pour

diverses populations bénéficiaires. Par ailleurs, le gouvernement du Burundi a pu, en partie grâce à des contributions financières du Gouvernement suisse, entreprendre en 2002 une étude socio-démographique nationale sur la santé de la reproduction.

Dans l'Enquête, il a également été demandé aux pays participants de signaler les obstacles qui s'opposent à la maximisation de l'impact des ressources disponibles pour les programmes de population et de santé de la reproduction. Plus de 67 % d'entre eux ont fait état de facteurs restrictifs dont les plus courants sont : le manque de ressources financières (44 pays), le manque de ressources humaines et de formation professionnelle (28 pays), et l'absence de documentation, d'équipement ou d'infrastructures (13 pays).

8.5 CONCLUSION

S'agissant de l'accroissement du nombre de partenariats et des ressources pour les activités de population et de santé de la reproduction, l'Enquête mondiale de 2003 a révélé plusieurs réalisations mais aussi certains domaines à améliorer. La plupart des pays ont pris acte de l'importance des partenariats avec un large éventail de parties prenantes et ont fait état de partenariats intensifiés avec les ONG, d'autres organisations de la société civile et le secteur privé. La plupart des pays ont augmenté leurs ressources nationales et internationale destinées aux programmes de population et de santé de la reproduction, bien que celles-ci demeurent encore insuffisantes face aux besoins de l'ensemble des populations et que les capacités d'absorption restent à un niveau relativement bas.

Il ressort également des résultats de l'Enquête que les partenariats entre les gouvernements et les organisations de la société civile englobent plusieurs secteurs fonctionnels, notamment la conception et la mise en œuvre de programmes, la formulation et l'adoption de politiques et de lois, le renforcement des partenariats avec les groupes parlementaires, et de nouvelles initiatives de coopération Sud-Sud. Ils couvrent aussi des domaines importants tels que les questions de genre et d'autonomisation des femmes, la santé de la reproduction des adolescents, la prévention et le traitement du VIH/sida et la sécurisation des produits. Cependant, un degré plus élevé d'implication directe et des mécanismes renforcés de coordination sont nécessaires à l'exploitation maximale des avantages comparatifs de ces partenariats dans la conception et la mise en œuvre des programmes.

Les réponses fournies par les pays révèlent aussi que les partenariats avec le secteur privé ont augmenté de manière significative depuis la CIPD. Ces réponses mettent en évi-

dence le fait que les entreprises privées sont non seulement impliquées dans le marketing social et les efforts de sécurisation des produits, mais aussi qu'elles s'occupent de plus en plus du financement des programmes et projets, de certains aspects de la prestation de services et des efforts de plaidoyer. Au cours de la prochaine décennie, ces pays auront à relever le défi d'une augmentation supplémentaire du nombre et de la diversité des partenaires du secteur privé, d'une délimitation plus précise des contributions et rôles respectifs des secteurs public et privé, et d'une maximisation de la contribution du secteur privé à la mobilisation des ressources en faveur du PA-CIPD.

Même si les résultats de l'Enquête mettent aussi en évidence une large participation multisectorielle de plusieurs acteurs à la mise en œuvre du PA-CIPD, les niveaux actuels de mobilisation de ressources ne sont toujours pas suffisants pour traduire la vision du Caire en une réalité. Une mise en œuvre intégrale nécessite une plus grande collaboration et un partenariat renforcé entre les bailleurs de fonds et les

pays en développement afin d'accroître les ressources et les capacités. L'une des principales priorités demeure la poursuite des efforts visant à renforcer des ressources humaines et à mobiliser les ressources financières. Bien que certaines tendances récentes en matière d'aide internationale aux politiques de population et de santé de la reproduction soient fort encourageantes, les engagements consentis n'ont pas permis de réaliser les objectifs de financement de 2000 ni d'atteindre les cibles de financement de 2005.

Le défi lancé à la communauté internationale consiste à respecter les engagements pris dans le cadre de l'aide publique au développement (APD). Un renforcement de volonté politique et de la détermination d'atteindre les objectifs financiers de la CIPD permettra de progresser vers l'objectif de la fourniture aux populations d'informations et de services de santé de la reproduction fiables, abordables et accessibles. Ceci fait partie intégrante de la mise en œuvre de Objectifs du Millénaire pour le développement.

Références

- 1 Nations Unies, *Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-3 septembre 1994 (New York, Nations Unies, 1995), ST/ESA/SER.A/149, par. 15.7.
- 2 Nations Unies, *op. cit.*, par. 13.3.
- 3 Nations Unies, *op. cit.*, par. 14.1.
- 4 UNFPA, (à paraître) *Etat de la population mondiale 2004*, New York: UNFPA.
- 5 Nations Unies, *Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-3 septembre (New York, Nations Unies, 1995), ST/ESA/SER.A/149, par. 15.16.
- 6 Nations Unies, *Flow of Financial Resources for Assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: a 10-year Review*, New York, 22-26 mars 2004 (New York, Nations Unies, 2004), E/CN.9/2004/2.

9 Perspectives des pays donateurs

9.1 INTRODUCTION

Comme lors de l'Enquête mondiale de 1998, un questionnaire distinct, plus concis, a été préparé à l'intention des pays développés membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ci-après dénommés « pays donateurs ». L'Enquête mondiale de 2003 visait à recueillir leur opinion et leurs expériences eu égard au PA-CIPD, y compris les défis auxquels ils sont confrontés et les engagements qu'ils ont pris en faveur de la mise en œuvre du PA-CIPD. Les réponses des 18 pays (Annexe 1) soulignent l'importance que ceux-ci accordent aux questions jugées prioritaires par la CIPD en termes de population, de genre, de santé sexuelle et de la reproduction et de VIH/sida.

Le présent chapitre est divisé en quatre sections. La première section porte sur les questions et les préoccupations liées à la population auxquelles sont confrontés les pays donateurs depuis la CIPD ainsi que les mesures qu'ils ont adoptées pour les aborder. La deuxième section est centrée sur les actions qu'ils ont menées eu égard à l'égalité de genre et à l'autonomisation des femmes. La troisième section aborde les mesures prises pour accroître l'accès aux services de santé de la reproduction et les défis à relever à l'avenir. Cette section comprend également les stratégies et les mesures adoptées par les pays pour réduire la propagation de la pandémie du VIH/sida. La quatrième et dernière section aborde les partenariats entre pays donateurs et les organisations de la société civile ainsi que les questions liées à l'aide internationale, dont les problèmes et défis posés aux pays donateurs dans la mobilisation de ressources en faveur de la mise en œuvre du PA-CIPD. Elle décrit également la manière dont les pays donateurs et les pays en développement associent les objectifs de la CIPD aux cadres et processus de développement international.

9.2 QUESTIONS ET PROBLEMES LIÉS À LA POPULATION

Vieillesse de la population

Presque tous les pays donateurs ayant répondu à l'Enquête

(16 sur 18) ont fait état du vieillissement de la population comme d'une question complexe n'ayant pas seulement des impacts sur le bien-être des personnes âgées mais affectant également l'ensemble de la population dans des domaines tels que la santé, les marchés du travail et les finances publiques. En effet, le vieillissement de la population affecte toutes les communautés, tous les niveaux de gouvernement et tous les secteurs de la société. Au début du XXI^e siècle, plusieurs pays développés sont confrontés à d'importants défis résultant du vieillissement de leur population, dans la mesure où le pourcentage de personnes âgées augmente plus rapidement que celui de tous les autres

groupes d'âge. En 2001, par exemple, un Canadien sur huit était âgé de 65 ans ou plus. En 2026, un Canadien sur cinq aura atteint l'âge de 65 ans. Au cours des 45 prochaines années, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus quintuplera.

Les pays donateurs reconnaissent que la satisfaction des besoins des personnes âgées constitue un défi permanent. Depuis 1994, un certain nombre d'initiatives majeures ont été prises par les pays donateurs en réaction à ce problème, notamment la formulation de politiques, le renforcement des institutions et des capacités dans les domaines de l'éducation et de la formation continues,

l'appui à la recherche et à l'exécution de nouveaux projets parmi lesquels la promotion de nouveaux arrangements en matière de logement.

Pour assurer la prise en considération des perspectives et des besoins des personnes âgées au Royaume-Uni, il a été établi un sous-comité constitué de représentants des principaux départements gouvernementaux chargé d'élaborer, de coordonner et de développer les actions en faveur du bien-être des personnes âgées. De même, en Suède, le gouvernement a institué une Commission parlementaire d'enquête sur les personnes âgées chargée d'examiner trois domaines en particulier : les personnes âgées dans le secteur de l'emploi, la retraite en bonne santé et les besoins des personnes âgées en matière d'assistance sanitaire et sociale. En 2002, le Parlement danois a adopté une législation introdui-

Les pays donateurs utilisent divers cadres et processus de développement international comme la Déclaration du Millénaire, les DSRP, les SWAp et les réformes sectorielles pour promouvoir le programme de la CIPD.

sant la liberté de choix pour les soins des personnes âgées et des personnes handicapées, choix dans les domaines du logement et des prestations d'aide personnelle et pratique.

L'accent est particulièrement mis sur le statut des personnes âgées en tant que ressource humaine précieuse et des mesures sont prises pour leur assurer une plus grande intégration dans le marché du travail. Des programmes spéciaux de recyclage ont été mis en place pour veiller à ce que leurs compétences professionnelles demeurent pertinentes et négociables. Certains de ces programmes offrent aux femmes âgées un accès plus facile à l'éducation et au perfectionnement professionnel. Un des facteurs clés de participation dans un monde de plus en plus dirigé par la connaissance est l'aptitude à acquérir, à évaluer et à appliquer les nouvelles connaissances, d'où l'importance croissante de l'accès des personnes âgées à l'apprentissage continu. En Autriche, par exemple, le ministère fédéral de la Sécurité sociale et des Générations soutient de nombreuses possibilités d'instruction visant à renforcer les compétences des personnes âgées en technologie de l'information et des communications (TIC). De même, les Pays-Bas ont activement assuré la promotion de l'utilisation d'ordinateurs et de l'Internet auprès des personnes âgées.

Dans certains pays donateurs, parmi lesquels l'Australie, des initiatives ont été menées pour intensifier la recherche sur le vieillissement de la population en vue de fournir des bases factuelles aux décideurs en vue de l'élaboration de politiques appropriées. Dans d'autres pays, les institutions de recherche axent leurs efforts de promotion des connaissances sur la compréhension du processus de vieillissement, la promotion d'une vieillesse en bonne santé, la prévention et le traitement des maladies et des invalidités liées à l'âge, l'amélioration des politiques et des systèmes de santé et la compréhension des facteurs sociaux, culturels et environnementaux affectant la vie et la santé des personnes âgées. Aux États-Unis, le projet « Vieillir en bonne santé » a pour vocation d'identifier les stratégies efficaces pour promouvoir la bonne santé durant la vieillesse et de transmettre ces connaissances aux prestataires de soins de santé de manière à leur permettre d'améliorer leurs services de prévention.

Certains pays donateurs ont proposé de nouvelles formules de logement pour les personnes âgées, outre le logement indépendant avec appui de personnel soignant professionnel. En Autriche, le logement multigénérationnel permet la cohabitation de plusieurs générations pas seulement dans le cadre familial mais également entre des gens n'ayant aucun lien de parenté. Les ensembles de maisons regroupant trois générations aident à contrecarrer la solitude et l'isolement croissants auxquels sont confrontées les personnes âgées, en

particulier dans les zones rurales où le logement individuel est la forme de logement la plus répandue.

Certains pays donateurs comme l'Allemagne et le Canada ont mentionné leur contribution à l'adoption du Plan d'action international de Madrid de 2002 sur le vieillissement. Le Canada a fait remarquer son rôle dans la progression des questions liées à l'égalité de genre, à l'abus et à la négligence envers les personnes âgées, à la diversité des intérêts des personnes âgées, à la reconnaissance des besoins spécifiques des personnes âgées handicapées et autochtones, aux technologies et environnements spécifiques liés au « vieillissement dans le cadre de vie » et aux droits humains. L'Allemagne a noté que, conformément à la Stratégie régionale de mise en œuvre adoptée à Berlin en septembre 2002 par la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, un Plan d'action national pour les personnes âgées était en cours d'élaboration avec l'appui du gouvernement.

Migrations internationales

Depuis la CIPD, la migration internationale figure aux premiers rangs de l'agenda politique international. Le PA-CIPD reconnaît que les migrations bien organisées peuvent avoir des conséquences positives tant pour les pays d'envoi que pour les pays d'accueil.

Les pays ayant répondu à l'Enquête mondiale de 2003 ont évoqué un certain nombre de préoccupations comme l'intégration sociale et économique des migrants, la réunification familiale et les questions relatives au trafic des personnes, à l'immigration illégale, aux réfugiés et aux demandeurs d'asile.

Plusieurs pays ont mentionné l'importance de l'intégration des immigrants dans la société d'accueil. En Suisse, par exemple, une Commission fédérale des étrangers a été créée pour traiter des questions liées à l'intégration des immigrants. La Finlande a adopté en mai 1999 une loi relative à l'intégration sociale et économique des immigrants dans la société finlandaise. Les pays ont également fait mention de mesures destinées à promouvoir l'égalité des chances dans l'accès à l'emploi, au logement, à la santé et à l'éducation ainsi que d'autres prestations et avantages sociaux.

Depuis la CIPD, un certain nombre de pays donateurs ont introduit des changements dans leurs politiques de réunification familiale. Les réponses indiquent que, si la réunification familiale se poursuit dans les pays d'accueil pour des motifs de compassion, certains y ont adjoint des politiques restrictives. Depuis juillet 2002, par exemple, au Danemark, la législation n'offre plus aux conjoints le droit automatique à la réunification et, dans la plupart des cas, n'accorde pas la réunification si l'un des conjoints est âgé

de moins de 24 ans. En outre, les liens entre les conjoints et le Danemark doivent être plus étroits que ceux qu'ils entretiennent avec un autre pays. En Nouvelle-Zélande, bien que la politique soit orientée vers la reconnaissance d'une gamme plus large de structures familiales, elle a également renforcé les obligations juridiques des parrains en termes de responsabilité vis-à-vis des membres de leur famille qu'ils font entrer dans le pays. Au Canada, en revanche, la politique est devenue moins restrictive, l'âge des enfants à charge étant passé de 19 ans à moins de 22 ans. En outre, les conjoints, conjoints de fait, partenaires assimilés à des conjoints et enfants à charge parrainés ne peuvent être refusés pour le simple motif qu'ils représentent une charge médicale supplémentaire.

Depuis une date récente, les pays développés considèrent les migrations comme une réponse aux insuffisances d'offre de main-d'œuvre à court terme. Les initiatives sont presque exclusivement orientées vers les immigrants hautement qualifiés, reflétant une demande croissante de main-d'œuvre qualifiée due aux changements démographiques et au processus de mondialisation croissant. En 2002, par exemple, le Royaume-Uni a introduit le Programme des migrants hautement qualifiés qui permet aux individus présentant les qualifications requises de solliciter et d'occuper des emplois dans ce pays. En Allemagne, un système de « Carte verte » a été introduit en août 2000 pour inciter les informaticiens hautement qualifiés à intégrer la main-d'œuvre allemande pour une période limitée à cinq ans. De même, la France a instauré en janvier 2002 un système destiné à attirer les personnes hautement qualifiées non ressortissantes de l'Union européenne à venir travailler dans ce pays. En février 2003, le Portugal a adopté une nouvelle politique en matière de migration autorisant des non ressortissantes des pays de l'Union européenne à résider légalement dans ce pays tant qu'ils sont autorisés à y travailler.

Dans un certain nombre de pays donateurs, on assiste à une tendance croissante à attirer et à retenir les étudiants originaires de pays en développement. En Australie, par exemple, de nouveaux aménagements politiques permettent aux étudiants étrangers hautement qualifiés de solliciter et d'obtenir un permis de résidence permanente sans être contraints de rentrer auparavant dans leur pays d'origine.

Le trafic croissant des personnes constitue un autre défi majeur à la gestion des migrations auquel les pays donateurs sont confrontés. Ces pays ont noté que les efforts

accrus visant à renforcer les contrôles frontaliers et à restreindre davantage les politiques d'asile ont, en contrepartie, accru la rentabilité du trafic des personnes. Pour lutter contre ce problème, les pays ont adopté des peines sévères contre les trafiquants et autres individus impliqués dans le trafic. Depuis janvier 2001, les États-Unis ont inculpé, déclaré coupables et condamné 92 trafiquants d'êtres humains dans 21 affaires distinctes. Plus de 15 millions de dollars EU ont été accordés à des ONG au cours des 10 dernières années pour assurer les services nécessaires aux victimes. Ces mesures sont conformes au Protocole de 2000

visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants.

Bien que la plupart des pays d'accueil reconnaissent les contributions positives de la migration au développement économique, social et culturel, tant pour eux-mêmes que pour les pays d'envoi, les niveaux croissants de l'immigration clandestine et les flux constants de réfugiés et de demandeurs d'asile demeurent des préoccupations majeures.

De nombreux pays donateurs prennent conscience de la nécessité de faire davantage appel à la coopération internationale pour gérer efficacement le problème des

migrations. La Norvège, par exemple, a souscrit aux initiatives de coopération internationale visant à infléchir le phénomène croissant du trafic humain et à réduire le nombre d'immigrants clandestins ainsi que celui de demandeurs d'asile déposant des demandes aux motifs fallacieux, par le biais de campagnes d'information menées dans les pays d'origine. Tout aussi notable est l'accroissement de la coopération entre les pays cherchant à renforcer l'efficacité des échanges d'informations. Ces échanges d'information interviennent entre les autorités de l'immigration et la police aussi bien dans les pays d'accueil que dans les pays d'envoi.

Autres préoccupations en matière de population

Certains pays donateurs ont mentionné d'autres préoccupations liées à la population tandis que d'autres ont fait état d'importantes activités entreprises depuis la conférence du Caire. Le Portugal a indiqué que son recensement de 2001 destiné à recueillir des informations sur les personnes atteintes d'invalidité, constituait l'opération statistique la plus importante de la dernière décennie. Le Portugal a également effectué une Enquête sur la fécondité et la famille axée sur la santé de la reproduction.

Les pays donateurs considèrent que des progrès considérables ont été enregistrés ces dix dernières années dans les pays en développement dans la mise en œuvre du PA-CIPD.

Depuis la CIPD, l'Australie a investi des ressources considérables dans la recherche et l'élaboration de politiques portant sur divers domaines relatifs à la population. La recherche a porté sur la fécondité, les causes de la baisse de la fécondité et l'impact des changements de la population sur l'environnement. Le gouvernement en diffuse les résultats aussi largement que possible en organisant des séminaires et des conférences, approche considérée comme vitale pour jeter les bases d'un avenir économiquement, socialement et écologiquement durable.

Un certain nombre de pays ont débattu de politiques favorables à la famille. Hormis le niveau élevé des transferts financiers, la politique familiale en Autriche est axée sur l'amélioration de la compatibilité du travail et de la vie familiale. De même, en Norvège, des mesures ont été prises pour mieux allier vie de famille et participation au marché du travail en vue de permettre aux parents de consacrer plus de temps à leurs enfants.

Aux États-Unis, les disparités dans la santé et l'éducation des minorités demeurent une préoccupation considérable et le gouvernement a pris l'engagement de les réduire en améliorant la qualité et l'accès aux soins de santé aux communautés sous-desservies et en veillant à ce que chaque enfant reçoive un enseignement de qualité.

Certains pays ont fait état d'initiatives après la conférence du Caire dans le domaine de la population et de la santé. Pour réduire les problèmes liés à la population et au sida en termes de soins de santé complets et de santé de la reproduction, le Japon a mis en œuvre un programme dit « Initiative sur les questions mondiales relatives à la population et au sida ». En Australie, la prévention des maladies et la promotion de la santé sont les piliers fondamentaux du système de santé. Les services de santé préventive couvrent les programmes d'immunisation des enfants et des adultes et les services de planification familiale. L'Australie est également en train de procéder au renforcement de ses capacités nationales de résistance aux maladies nouvelles et émergentes comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) ainsi qu'aux menaces liées au bioterrorisme.

9.3 EGALITE DES SEXES ET AUTONOMISATION DES FEMMES

Les pays donateurs ont fait état des efforts entrepris depuis le Caire pour protéger les droits des filles et des femmes et promouvoir l'autonomisation des femmes. Douze pays ont adopté de nouvelles lois et mesures législatives de protection des droits des filles et des femmes, toutes ciblées sur le trafic et l'exploitation des femmes, l'égalité des sexes dans la société (y compris au niveau de l'éducation et de la représentation parlementaire), l'égalité des sexes sur le lieu de

travail (y compris le congé parental et le salaire égal) et les lois contre le harcèlement sexuel. Certains pays ont créé des commissions ou agences féminines au sein de leurs structures gouvernementales. Des pays comme l'Allemagne, l'Australie, le Canada, l'Espagne, la Finlande, la Nouvelle-Zélande et la Suède ont adopté des politiques visant à promouvoir l'autonomisation des femmes et à prévenir la discrimination sexuelle. L'Autriche, l'Espagne, le Japon, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse ont adopté des stratégies sur l'intégration de la question genre, tandis que l'Australie, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la Suède et la Suisse ont formulé des programmes d'IEC/plaidoyer en faveur de la promotion de l'autonomisation des femmes.

La traite des femmes est condamnée aussi bien par le PA-CIPD qui demande l'interdiction des pratiques néfastes que par la Déclaration du Millénaire qui en appelle à l'intensification des efforts dans la lutte contre le crime transnational. Depuis la CIPD, tous les pays donateurs ayant répondu à l'enquête ont pris des mesures portant sur le trafic des femmes et des filles. Presque tous les pays ont promulgué des lois et une législation destinées à le combattre et beaucoup d'entre eux ont ratifiés les traités internationaux. La moitié des pays ayant répondu à l'enquête ont élaboré des programmes destinés à combattre spécifiquement ce trafic. De nombreux pays en ont examiné les causes profondes. Cinquante pour cent des pays ayant répondu à l'enquête ont souscrit à l'aide internationale pour lutter contre le trafic des femmes et des enfants et pratiquement tous ont prêté assistance aux victimes.

Selon le PA-CIPD, les pays devraient prendre des mesures globales d'élimination de toutes les formes d'exploitation, d'abus, de harcèlement et de violence à l'égard des femmes, des adolescents et des enfants ; ce qui implique à la fois des actions préventives et la réhabilitation des victimes. Les pays donateurs ont déclaré avoir adopté des stratégies nationales sur la violence faite aux femmes et avoir pris des mesures pour y remédier. Douze des 17 pays ont promulgué des lois et des mesures législatives. A titre d'exemple, le Luxembourg (2000) et les Pays-Bas (1994) ont promulgué une législation exigeant des employeurs qu'ils protègent leur personnel de tout harcèlement sexuel. Pour mieux suivre la violence faite aux femmes et en rendre compte, de nombreux pays donateurs ont établi des mécanismes institutionnels au sein de leurs systèmes juridiques et judiciaires. Près de la moitié des pays ayant répondu ont fourni des services d'assistance aux victimes de violence sexuelle. En Australie, par exemple, des Unités de services juridiques pour la prévention des violences familiales ont été créées pour travailler avec les victimes et les communautés de manière holistique et prévenir la violence familiale. Le Danemark a diffusé un manuel conte-

nant les règles, la législation et des conseils sur la violence faite aux femmes. Conçu à l'intention de professionnels, ce manuel vise à accroître la prise de conscience et à faciliter la communication pour le changement de comportement à l'égard de ce type de violence et à assurer une formation aux prestataires de services et aux responsables gouvernementaux.

9.4 SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET VIH/SIDA

Santé de la reproduction

Depuis la CIPD, les pays donateurs ont abordé une série de questions liées à la santé sexuelle et de la reproduction. Les aspects prioritaires identifiés dans l'Enquête mondiale de 1998 ont également été mentionnés dans l'Enquête de 2003. Ils concernent les grossesses non désirées ou non planifiées et le besoin de conseils et de services pour les groupes à risque élevé de VIH/sida et d'IST.

Les pays donateurs ont continué à se pencher sur les problèmes de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes, notamment la fécondité des adolescents, les grossesses précoces non désirées ou non planifiées, la fréquence accrue des IST, en particulier les infections à chlamydia et l'abus des drogues. Parmi les mesures prises pour pallier ces problèmes figurent la mise à disposition de contraceptifs gratuits ou à des prix subventionnés et la fourniture de conseils et d'information et de services en matière de reproduction spécifiquement destinés aux adolescents et aux jeunes.

Plusieurs pays donateurs ont déclaré avoir pris des mesures spécifiques depuis la CIPD pour accroître l'accès à une variété de services de santé de la reproduction. Au Japon, par exemple, la pilule, le dispositif intra-utérin (DIU) et les préservatifs féminins ont été légalisés. La Finlande s'est attelée au problème de la stérilité en cofinçant 70 % du coût des fécondations in vitro par des particuliers. Au Danemark, des services médicaux sont fournis gratuitement, parmi lesquels une gamme complète de services de santé de la reproduction. En Suède, le traitement des IST et les contraceptifs sont gratuits pour les jeunes. En Nouvelle-Zélande, des contraceptifs gratuits ou à coût réduit sont fournis aux jeunes de moins de 22 ans.

Au cours des 10 dernières années, les pays donateurs ont accordé une attention croissante aux besoins des migrants en matière de santé de la reproduction. Presque tous les pays ayant répondu à l'Enquête ont pris des mesures pour répondre à ces besoins particuliers. Le Portugal, par exemple, a créé des services mobiles de santé de la reproduction pour atteindre les migrants. La Finlande a entrepris des formations spécifiquement destinées aux prestataires de services de santé aux populations de migrants tandis que

la Suède a assuré une formation supplémentaire aux sages-femmes pratiquant dans les groupes d'immigrés. Le Danemark entreprend des actions de diffusion à l'intention des migrants pour leur fournir des informations et des services en matière de santé de la reproduction, y compris des conseils. En Espagne, les barrières linguistiques, les différences culturelles et les problèmes de statut officiel des migrants sont autant de difficultés supplémentaires en matière de fourniture de services de santé aux migrants.

Depuis la CIPD, les besoins des populations autochtones sont de plus en plus pris en compte par les pays donateurs. Le Canada, par exemple, a mené une étude sur les populations autochtones et leurs besoins spécifiques, alors que l'Australie a élaboré des programmes de soins de santé primaires à l'intention des populations autochtones dont certains centrés sur la santé de la reproduction.

Quatre-vingt-quatorze pour cent des pays donateurs ont déclaré que les normes de qualité sur les services de santé de la reproduction se sont améliorées depuis la CIPD, en particulier dans les domaines du renforcement des capacités humaines et du développement institutionnel. Quelques pays ont fait état des difficultés rencontrées dans l'offre de services de santé de la reproduction. A titre d'exemple, la Suisse note la persistance d'écarts entre les régions et entre les localités rurales et urbaines eu égard à l'accès à des services de santé de la reproduction de qualité, alors que la Suède indique l'existence d'obstacles dans les centres de jeunes concernant le renforcement de l'implication des garçons dans le domaine de la santé de la reproduction.

VIH/sida

L'Enquête mondiale de 2003 demandait aux pays donateurs d'indiquer les stratégies efficaces utilisées pour enrayer la propagation du VIH, aborder la dimension genre et âge de la pandémie, éliminer la discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH et leur famille, et intégrer les composantes appropriées de la santé de la reproduction dans les programmes de VIH/sida. Les pays ont décrit un certain nombre d'actions ayant contribué à réagir mondialement face à la pandémie, parmi lesquelles l'octroi de fonds pour financer les programmes de recherche et de prévention sur le VIH/sida, l'accès aux soins et au traitement, l'organisation de réseaux de soutien, la réalisation de progrès dans le respect des droits humains et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information pour accroître la sensibilisation au VIH/sida et diffuser les informations. Les pays donateurs ont élaboré des stratégies et des politiques nationales tenant compte de la nécessité d'une réponse multisectorielle et globale. De nombreux pays se sont également associés aux autorités locales, aux ONG, aux experts

médicaux et aux organisations internationales pour combattre la propagation du VIH.

Les stratégies de prévention du VIH adoptées par les pays donateurs prennent en considération les conditions de vie et les défis auxquels sont confrontés quotidiennement femmes, hommes, jeunes et enfants. Des campagnes médiatiques ont été lancées pour sensibiliser au VIH et en prévenir la propagation parmi les jeunes, les hommes et les femmes. L'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, l'Irlande, le Luxembourg, la Norvège, les Pays Bas, le Portugal et la Suède ont fait état de programmes scolaires d'éducation à la santé sexuelle et de dynamique de la vie, avec la diffusion d'une large gamme d'informations. Certains pays ont fourni des prestations telles que le versement anticipé de pensions en faveur de personnes vivant avec le sida, des consultations et des dépistages volontaires gratuits pour le VIH et les autres IST, la fourniture d'antirétroviraux et le traitement des IST gratuits.

Les pays donateurs ont ciblé les groupes à haut risque à travers des campagnes d'information, d'éducation et de communication et des actions de prestation de services. Ils ont également promulgué des lois et des mesures législatives pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, essentiellement par des lois sur la discrimination à l'égard des handicapés et des lois protégeant les homosexuels ou les professionnels du sexe. Les pays donateurs ont également lancé des campagnes d'IEC et de plaidoyer destinées à décourager la discrimination, à réduire la stigmatisation associée au VIH/sida et à sensibiliser sur ses modes de transmission. Au Portugal, par exemple, la Commission nationale de lutte contre le sida a publié un recueil d'expériences vécues de personnes séropositives. Ciblant le grand public, cet ouvrage a pour objectif de dissiper le stigmate social et de clarifier les mythes, les croyances et les valeurs entourant l'infection à VIH et les personnes vivant avec le VIH/sida.

Les pays donateurs ont intégré les conseils et les tests de dépistage d'IST, les conseils en planification familiale et les soins prénatals dans les programmes de lutte contre le VIH/sida dans le but d'atteindre un plus grand nombre de personnes, de réduire le stigmate associé au VIH/sida et d'accroître l'efficacité de l'utilisation de ressources limitées en soins de santé. C'est ainsi qu'en Norvège, le gouvernement a publié en décembre 2001 un plan stratégique intitulé « Responsabilité et considération : stratégie de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles », qui appelle à la coopération entre le personnel qui travaille sur les questions du VIH/sida et celui qui œuvre pour la prévention des autres IST. L'objectif d'une telle coopération est d'offrir une éducation, de prévenir les comportements à haut risque, de faire un état des lieux de l'épidémie, de

veiller à ce que les personnes infectées par le VIH soient diagnostiquées et conseillées, de combattre la discrimination à leur égard et de veiller à ce que le personnel médical et les travailleurs sociaux soient dotés d'une expertise suffisante.

9.5 MESURES PRISES PAR LES PAYS EN DEVELOPPEMENT ET LES PAYS DONATEURS EN MATIERE DE POPULATION, DE SANTE DE LA REPRODUCTION, DE VIH/SIDA ET D'EGALITE DES SEXES

Les deux questionnaires adressés aux pays en développement et aux pays donateurs, comportaient des questions relatives à la population et au développement, à la santé de la reproduction, au VIH/sida et à la perspective de genre. L'un des objectifs sous-jacents était de faciliter, selon qu'il convient, l'échange des stratégies et des approches adoptées par les pays donateurs et les pays en développement.

Il est utile de procéder à une comparaison des mesures prises par les pays donateurs et de celles prises par les pays en développement sur les questions spécifiquement liées au vieillissement de la population, à la migration internationale, à l'accès à la santé de la reproduction, au VIH/sida, à la protection des droits des filles et des femmes, et à la promotion de l'autonomisation des femmes.

Dans leur approche des besoins spécifiques des personnes âgées, les deux groupes de pays ont adopté des plans, des programmes et des stratégies et ont fourni le minimum vital

Tableau 9.1 Mesures prises par les donateurs pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Plan/programme/stratégies adoptés sur le vieillissement	14	88
Fourniture du minimum vital grâce à programmes de sécurité sociale en faveur des personnes âgées	9	56
Création de comité/commission sur le vieillissement	8	50
Mise en place de systèmes de retraite	8	50
Lois/mesures législatives relatives au vieillissement (régissant les personnes âgées)	7	44
Actions de la société civile	7	44
Recherche/ collecte de données sur le vieillissement	7	44
Total	16	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

par le biais de programmes de sécurité sociale. Cependant, les pays donateurs ont créé des systèmes de retraite, entrepris davantage d'activités de collecte de données et de recherche et ont établi des partenariats avec des organisations de la société civile (Tableau 9.1).

Dans le domaine de la migration internationale, si les deux groupes de pays ont pris des mesures visant à gérer l'influx des migrants et des réfugiés, les pays donateurs se sont également concentrés sur les problèmes liés au trafic des personnes et aux intérêts économiques et sociaux des travailleurs migrants.

Concernant les questions d'égalité des sexes, les pays en développement et les pays donateurs ont pris des mesures similaires. En tête de l'agenda figurent les lois et les mesures législatives destinées à protéger les droits des filles et des femmes, la création de commissions nationales, les initiatives visant à accroître le nombre de femmes dans l'exercice des pouvoirs et les politiques susceptibles de promouvoir l'autonomisation des femmes.

Les pays en développement ainsi que les pays donateurs ont pris des mesures relatives à l'accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction. Toutefois, leurs cibles diffèrent. Si les pays en développement se sont préoccupés de l'augmentation du personnel et du renforcement de la formation, de l'accroissement du nombre de centres d'offre des services et de l'introduction de normes de qualité, les pays donateurs ont davantage axé leurs efforts sur l'offre d'une plus grande variété de services, de services destinés aux

jeunes, de la gratuité des services de santé de la reproduction dans tous les établissements publics et de la réduction des inégalités d'accès aux services de santé pour les groupes vulnérables (Tableau 9.2).

Dans leurs tentatives de réduction de la propagation du VIH/sida, les pays en développement et les pays donateurs ont pris des mesures similaires. Ils ont adopté des lois, des mesures législatives et des politiques, élaboré des stratégies, ciblé les groupes à haut risque et ont travaillé à créer un environnement favorable aux personnes vivant avec le VIH/sida et leur famille. En outre, les pays donateurs ont également introduit des traitements gratuits ou pris en charge par les assurances, établi des systèmes de gestion informatisés et accru la recherche.

S'agissant des questions d'égalité entre les sexes, les mesures prises par les pays en développement et les pays donateurs sont semblables. Les deux groupes de pays accordent une haute priorité aux lois et aux mesures législatives ayant pour objectif de protéger les droits des filles et des femmes, à l'établissement de commissions nationales, aux efforts visant à accroître le nombre de femmes dans le domaine de la gouvernance et aux politiques qui promeuvent l'autonomisation des femmes.

9.6 POINTS DE VUE DES PAYS DONATEURS SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PA-CIPD DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Réalisations

La plupart des pays donateurs ont indiqué que, au cours des 10 années ayant suivi la conférence du Caire, de nombreux pays en développement ont accompli des progrès substantiels dans la mise en œuvre du PA-CIPD. Ces progrès ont été réalisés dans des domaines clés concernant : a) la population; b) la santé de la reproduction, y compris la planification familiale ; c) l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; d) le renforcement de la collaboration et des partenariats entre les gouvernements et la société civile en matière de population et de santé de la reproduction ; et e) une approche de la population articulée autour des droits humains et mettant l'accent sur des politiques conçues pour répondre aux besoins des individus plutôt qu'à des cibles démographiques.

Le Danemark a noté que, suite à la CIPD, les questions de population en général semblent avoir une plus haute priorité sur l'agenda politique. La plupart des pays, comme l'a fait observer l'Australie, ont utilisé le PA-CIPD dans la formulation de leurs politiques en matière de population et de santé de la reproduction et dans la mise en œuvre des programmes de santé et autres programmes de développement, y compris

Tableau 9.2 Mesures prises par les donateurs concernant l'accès à la santé de la reproduction

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Plus grande variété de services offerts (options contraceptives, stérilité, conseil, etc.)	7	44
Offre de services pour les jeunes/ services dans les établissements scolaires	7	44
Fourniture de service de SR dans tous les établissements de santé publique	6	38
Réduction des inégalités dans l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables	6	38
IEC/plaidoyer	6	38
Total	17	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

la réduction de la pauvreté, la réalisation de l'éducation pour tous, l'autonomisation des femmes et l'offre de services de santé de la reproduction dans les programmes de santé publique. De même, comme l'ont mentionné les Pays-Bas, de nombreux pays en développement sont passés de programmes de planification familiale de type descendant à des programmes et des politiques de santé de la reproduction à base élargie. En outre, d'approches axées sur les cibles, les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction sont passés à l'approche volontaire et de qualité prônée par le PA-CIPD. Les pays en développement ont fait de grands pas dans la mise à disposition d'une santé de la reproduction et d'une planification familiale abordables au niveau local. Les programmes de planification familiale sont de plus en plus perçus comme étant un volet de la série de mesures relatives à la santé de la reproduction, notamment les tests de dépistage et la gestion des IST, dont le VIH/sida ; les soins prénatals et postnatals et l'assistance à l'accouchement ; les initiatives en matière d'information, d'éducation et de communication ; les produits de la planification familiale et l'offre de services.

L'agenda de la CIPD, comme l'a noté la Suède, a servi dans de nombreux pays en développement de point de départ de dialogues autour de la santé sexuelle et de la reproduction et des droits y afférents. Il a également contribué à accroître l'ouverture eu égard à la santé sexuelle et de la reproduction.

Les pays donateurs ont également fait remarquer que, depuis la conférence du Caire et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing, de nombreux pays en développement se sont davantage préoccupés de l'autonomisation des femmes. La Suisse a fait état d'une plus grande sensibilisation aux questions relatives au genre et à l'élaboration de politiques et de stratégies dans ce domaine. La CEDAW et la Convention sur les droits de l'enfant sont des instruments qui sont considérés, de plus en plus, comme étant complémentaires de la CIPD. Toutefois, si les droits des femmes font l'objet de débats croissants dans de nombreux pays en développement, il est nécessaire que ces débats se poursuivent et que d'autres pays s'y engagent.

Les pays donateurs ont signalé la collaboration croissante entre les gouvernements et la société civile, y compris le rôle de cette dernière dans la facilitation de l'influence croissante des groupes parlementaires sur les questions relatives à la population et à la santé de la reproduction depuis la CIPD.

Les Etats-Unis ont fait remarquer que le seul impact majeur du PA-CIPD et des *Principales mesures* de la CIPD+5 sur les programmes de population et de santé de la reproduction dans les pays en développement a été le fait que ces pays

mettent un plus grand accent sur l'individu en tant qu'être humain ayant des besoins devant être satisfaits. Les pays développés conçoivent de plus en plus des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction qui répondent aux besoins des femmes et des hommes tout en préservant leur dignité. Les approches dites « verticales » du passé, qui plaçaient les préoccupations démographiques au-dessus des besoins individuels, ont été dans une large mesure abandonnées.

Contraintes identifiées par les pays donateurs

Les pays donateurs ayant répondu à l'Enquête ont identifié trois groupes de contraintes qui empêchent les pays en développement de mettre pleinement en œuvre le PA-CIPD. Premièrement, les rares ressources disponibles n'ont parfois pas été suffisantes face à des priorités et des demandes concurrentes. La situation a été rendue plus difficile encore par la tendance générale à la baisse de l'aide publique au développement (APD). Deuxièmement, les pays donateurs signalé l'existence de restrictions institutionnelles dans de nombreux pays en développement, y compris le manque de ressources humaines qualifiées et la faiblesse des structures organisationnelles verticales impliquées dans l'offre de services de santé de la reproduction. Troisièmement, plusieurs pays enquêtés ont fait référence à des facteurs contraignants comme le caractère sensible des questions liées à la santé de la reproduction dans de nombreux pays en développement, l'opposition religieuse et culturelle, l'absence d'engagement politique en faveur de l'égalité des sexes et d'un développement écologiquement durable et la résistance de la part des gouvernements à une plus grande participation des ONG et du secteur privé dans les programmes de population et de santé de la reproduction.

9.7 PARTENARIATS ET RESSOURCES

A partir des réponses des pays à l'Enquête, il est évident que les pays donateurs, à l'instar de leurs partenaires les pays en développement, sont de plus en plus associés aux organisations de la société civile pour contribuer à l'offre d'informations et de services en matière de santé sexuelle et de la reproduction. La plupart des pays donateurs (15 sur 18) ont indiqué qu'ils entretenaient des partenariats actifs avec des ONG, soit une importante augmentation depuis les réponses à l'Enquête mondiale de 1998 relatives aux partenariats, dans laquelle environ la moitié des pays donateurs faisait état de mesures importantes en matière de partenariats. Dix pays ont déclaré que les ONG jouaient déjà un rôle actif dans l'élaboration des politiques et/ou l'offre de services de santé de la reproduction avant la CIPD. En outre, cinq pays ont indiqué que les ONG jouaient un rôle plus actif dans

leurs partenariats avec les gouvernements, spécifiquement en matière de santé de la reproduction, depuis la CIPD.

Les pays donateurs ont apporté une assistance technique et financière aux pays en développement sur la crise du VIH/sida au niveau mondial. Ils ont également contribué à la création d'environnements politiques et programmatiques nécessaires aux pays en développement pour faire face à la pandémie et en freiner la propagation. A titre d'exemple, au Japon, l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) a organisé des séminaires sur la santé de la reproduction et le VIH/sida, sponsorisé des ateliers de renforcement des capacités à l'intention des ONG dans les pays en développement, fourni des experts techniques pour travailler dans les pays en développement et contribué aux fonds internationaux de lutte contre le VIH et d'autres maladies infectieuses. Les pays donateurs ont également contribué à l'appui de la recherche et au suivi des orientations en matière de VIH/sida et de santé de la reproduction, en particulier concernant les IST. C'est ainsi que les Etats-Unis élaborent chaque année un plan de recherche transnationale sur le sida, impliquant divers instituts nationaux de santé. Ce processus global et concerté implique des experts gouvernementaux et non gouvernementaux provenant du milieu académique, de fondations et de l'industrie, ainsi que des représentants de collectivités.

Les organisations de la société civile répondent de plus en plus aux demandes de partenariats des donateurs et ont même pris l'initiative d'en établir certains. Huit pays donateurs ont déclaré que les ONG avaient pris des mesures pour

contribuer au plaidoyer en faveur des buts et objectifs de la CIPD dans leurs pays respectifs. Les autres domaines majeurs d'intervention des ONG aux côtés des gouvernements sont : l'amélioration de l'accès aux services de santé de la reproduction, la réponse aux besoins particuliers des adolescents en matière de santé de la reproduction, la protection des droits et l'autonomisation des filles et des femmes, la protection des droits des migrants/réfugiés/personnes déplacées et la lutte contre le trafic des personnes (Tableau 9.3).

Les pays donateurs ont également pris des mesures visant à renforcer leurs partenariats avec le secteur privé en matière de population et de santé de la reproduction. Sept pays donateurs ont déclaré avoir établi une solide coopération avec le secteur privé pour l'offre de services de santé de la reproduction. Sept autres pays ont déclaré avoir établi des partenariats avec le secteur privé pour renforcer la sécurisation des produits de santé de la reproduction.

Un autre domaine particulièrement représentatif de la collaboration gouvernement/société civile, est le rôle des ONG dans la facilitation de l'influence croissante des groupes parlementaires en matière de population et de santé de la reproduction depuis la CIPD. Presque tous les pays (16) ont fait état de l'influence croissante des groupes parlementaires. Cette influence provient essentiellement de la croissance des groupes/comités parlementaires et des groupes de législateurs concernés par les questions de population et de santé de la reproduction (10 pays) et de l'élaboration et de la ratification de nouvelles lois/mesures législatives appuyées par les groupes parlementaires (quatre pays).

Les pays donateurs s'emploient également à renforcer davantage leur travail avec les ONG dans les nouveaux domaines prioritaires clés. Plus de la moitié des réponses (neuf pays) ont fait état de nouvelles opportunités de partenariats avec des ONG sur des questions telles que la dynamique de la vie /les programmes d'éducation sexuelle et de santé de la reproduction à l'intention des jeunes, la prévention et le traitement du VIH/sida, la violence faite aux femmes et la promotion du programme de la CIPD et des OMD.

Mobilisation des ressources et coopération au développement

Dans leurs efforts visant à la mise en œuvre le PA-CIPD, les pays donateurs et leurs partenaires s'appuient le plus largement possible sur les cadres et processus de développement international. La plupart des pays ont déclaré avoir eu recours à des cadres comme les OMD, les DSRP, les SWAps et d'autres processus pour soutenir leur travail sur les questions de population et de santé de la reproduction (Encadré 9.1). Plusieurs pays donateurs ont indiqué avoir utilisé les

Tableau 9.3 Domaines de partenariats entre les gouvernements donateurs et les ONG

Mesures prises	Nombre et pourcentage de pays	
	Nbre	%*
Amélioration de l'accès aux services de SR	15	83
Réponse aux besoins particuliers des adolescents en SR	12	67
Protection des droits et de l'autonomisation des filles et des femmes	12	67
Plaidoyer en faveur des buts et objectifs de la CIPD	8	44
Protection des droits des migrants/réfugiés/personnes déplacées et lutte contre le trafic des personnes	4	22
Total	18	100

*Pourcentages établis sur la base de plusieurs réponses et donc susceptibles d'être supérieurs à 100.

ENCADRE 9.1 LIEN ENTRE L'AGENDA DE LA CIPD ET LES CADRES DE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Les pays donateurs utilisent divers cadres et processus de développement international comme la Déclaration du Millénaire, les DSRP, les SWAps et les réformes sectorielles pour promouvoir le programme de la CIPD en matière de coopération internationale. A titre d'exemple :

Au **Canada**, l'Agence canadienne de développement international (ACDI) coopère avec ses partenaires et les parties prenantes concernées en vue d'identifier et de promouvoir des priorités fixées par la CIPD. A cette fin, elle travaille dans le cadre des stratégies nationales de réduction de la pauvreté et des réformes sectorielles. Le Canada considère la promotion de l'égalité de genre comme une composante essentielle des DSRP, des SWAps et des stratégies nationales de réduction de la pauvreté.

Au **Japon**, le gouvernement utilise de manière proactive les SWAps et les DSRP et apporte son assistance à la collecte de données de base destinées à l'analyse de la pauvreté et au renforcement des capacités nationales de collecte, d'analyse et de diffusion des données fondamentales destinées à la mise en œuvre du PA-CIPD.

En **Norvège**, les OMD sont utilisés pour définir les priorités et servir de référence au dialogue avec les partenaires au développement pour souligner l'importance du traitement de problèmes comme la santé maternelle et la prévention du VIH/sida.

Le Gouvernement **suédois** s'efforce de promouvoir le programme de la CIPD et de la CIPD+5 à travers les DSRP, les SWAps et les réformes sectorielles et grâce au dialogue permanent avec les gouvernements et les parties prenantes de ces programmes. La Suède met l'accent sur la santé sexuelle, la santé de la reproduction et les droits en matière de reproduction ; les besoins des jeunes ; l'égalité de genre et le rôle des hommes ; et la prévention, les soins et le soutien relatifs au VIH/sida.

En **Suisse**, la Direction du développement et de la coopération (DDC) a élaboré et appliqué de nouvelles politiques, stratégies et directives visant à contribuer à la réalisation des objectifs de la CIPD et des OMD. C'est ainsi que sa nouvelle politique de santé a pour objectif l'amélioration de la santé des populations les plus pauvres et les plus vulnérables en vue de la réduction de la pauvreté et de

l'instauration d'un développement durable. Parmi les défis clés, on note l'amélioration de la santé de la reproduction et la promotion du droit à l'accès à des services de santé de la reproduction, l'amélioration de la santé maternelle et périnatale, et l'intensification des efforts de réduction de la violence faite aux femmes.

Au **Royaume-Uni**, le Département pour le développement international (DFID) s'oriente de plus en plus vers l'utilisation des DSRP et des mécanismes de soutien budgétaire sur la base des priorités exprimées par les pays en développement eux-mêmes et où les principaux OMD servent d'indicateurs de santé de la reproduction pour suivre les progrès réalisés.

Aux **Etats-Unis**, le gouvernement met de plus en plus l'accent sur la réduction de la pauvreté. Il a créé un « Millennium Challenge Account » dont les fonds sont alloués aux initiatives de réduction de la pauvreté dans des pays où les gouvernements ont démontré leur volonté d'instaurer des réformes nationales en faveur d'une croissance économique soutenue.

OMD comme base d'élaboration de programmes et de politiques susceptibles de promouvoir le programme de la CIPD. Onze pays ont rapporté avoir assuré la promotion du programme de la CIPD à travers les DSRP et sept autres sont en train de le faire au moyen des SWAps. Les pays donateurs ont également indiqué que ces cadres de développement interdépendants ont été utilisés dans la planification des activités d'IEC et dans les partenariats d'ONG en matière de population et de santé de la reproduction dans le cadre du PA-CIPD.

Durant les périodes ayant précédé et suivi immédiatement la tenue de la CIPD, les donateurs et la communauté de l'aide internationale ont alloué des ressources croissantes aux activités liées à la CIPD. Plusieurs membres de la communauté internationale des bailleurs de fonds ont manifesté leur attachement à la réalisation des objectifs du PA-CIPD par l'octroi de financements croissants. L'aide internationale en faveur des activités de population a augmenté de 54 % entre 1993 et 1995, passant de 1,3 à 2 milliards de dollars. L'accroissement du niveau de financement a permis de soutenir des programmes de population au profit de millions

de personnes dans les pays en développement. Toutefois, la dynamique impulsée par le programme du Caire a été très brève et, de 1995 à 1999, l'aide aux politiques de population s'est située aux environs de 2 milliards de dollars, ce financement accusant une baisse, pour la première fois depuis la CIPD, en 1997.

Si l'aide aux politiques de population a atteint un record de 2,6 milliards de dollars en 2000, il n'en demeure pas moins que l'objectif financier que s'était fixé la CIPD d'atteindre en 2000 un financement de 5,7 milliards de dollars n'a pas été atteint. Les ressources mobilisées représentaient à peu près 46 % du montant défini comme étant la part de la communauté internationale dans le financement du Programme d'action. Toutefois, après une baisse en 2001, l'aide internationale a augmenté en 2002 pour atteindre presque 2,8 milliards de dollars. Un grand écart persiste néanmoins entre l'assistance réelle et les cibles de la CIPD.

Les pays donateurs ont rapporté s'être heurtés à des obstacles dans la mobilisation de ressources intérieures pour soutenir les programmes d'assistance internationale, y compris ceux relatifs à la mise en œuvre du PA-CIPD. Ils ont

ENCADRE 9.2 APPUI DE LA POURSUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PA-CIPD

A l'appui de la poursuite de la mise en œuvre du PA-CIPD, en particulier eu égard au renforcement de l'aide internationale en matière de population et de santé de la reproduction, plusieurs pays donateurs ont revu leurs politiques et leurs priorités et/ou ont modifié leurs stratégies d'aide au développement. Par exemple :

En **Australie**, le gouvernement a publié en 2001 une politique révisée d'assistance en matière de planification familiale. Concernant la conception et la mise en œuvre des projets de planification familiale à l'étranger, cette politique déclare que « tous les programmes de planification familiale doivent reconnaître l'importance du contexte culturel, familial et religieux dans lequel s'inscrivent les projets ». L'Australie continuera à suivre ses programmes et, selon qu'il conviendra, appliquera les enseignements qu'elle en aura tirés pour améliorer la qualité des résultats.

Au **Danemark**, le gouvernement a préparé une proposition de politiques et de priorités dans le cadre de son aide au développement de 2004 à 2008. L'accent est mis davantage sur les problèmes de santé et de population, y

compris le financement supplémentaire des activités menées dans ces domaines.

En **Finlande**, le gouvernement a proposé d'apporter un soutien accru aux activités relatives au VIH/sida et à la mise en œuvre des OMD. Il prépare actuellement un livre blanc sur la coopération mettant en exergue la mise en œuvre des OMD.

En **Allemagne**, le gouvernement a élaboré une nouvelle politique sur la santé sexuelle et de la reproduction et l'a inscrite au cœur de la stratégie allemande de réduction de la pauvreté. Les projets portant sur la santé sexuelle et de la reproduction seront intégrés dans des approches programmatiques plus larges de développement de systèmes sanitaires et de réformes du secteur de la santé.

Aux **Pays-Bas**, la mise en œuvre du PA-CIPD est en voie d'extension du fait d'une attention plus explicitement portée aux droits relatifs à la sexualité et à la reproduction pour les femmes en particulier. De même, les politiques de santé de la reproduction sont élargies pour inclure les aspects relatifs à la politique et aux droits humains.

En **Nouvelle-Zélande**, le gouvernement s'est engagé à progresser vers la cible de 0,7 % du PIB affecté à l'APD (fixée par le CAD). Le programme d'APD néo-zélandais est axé principalement sur l'éradication de la pauvreté, avec des implications évidentes sur la santé de la reproduction. Il est probable que la population, la santé de la reproduction et le VIH/sida continueront d'être des priorités dans les cadres stratégiques et de politique de santé de l'Agence de la Nouvelle-Zélande pour le développement international (NZAID) et qu'ils feront l'objet d'une plus grande attention dans l'avenir.

Le Gouvernement de la **Suède** a étendu et renforcé son soutien au programme de la CIPD. Le projet de loi du gouvernement sur le développement mondial, présenté au Parlement en mai 2003, insistait sur les questions de population et de développement, en particulier ceux ayant trait au genre, aux droits à la santé sexuelle et à la santé de la reproduction, au VIH/sida, à la migration, au développement et aux besoins des jeunes.

indiqué qu'un problème majeur rencontré dans le soutien du PA-CIPD était les demandes pressantes et concurrentes de fonds de donateurs, doublées de contraintes financières sur leurs budgets d'aide internationale. Plus de 65 % des pays ayant répondu ont déclaré que cette contrainte était la plus urgente de toutes. Ils ont également fait état du manque de compréhension de l'assistance internationale par les citoyens des pays donateurs (20 %). La faible priorité et les attitudes négatives des gouvernements partenaires à l'égard du PA-CIPD (20 %) ont constitué des contraintes considérables.

Bien que les obstacles à la mise en œuvre de la CIPD posent des défis considérables, les pays donateurs ont indiqué que le PA-CIPD a été un outil utile pour l'élaboration de leurs stratégies de développement. De nombreux pays donateurs (15) ont indiqué que des changements avaient été apportés à leurs stratégies d'aide au développement en matière de population et de santé de la reproduction. En particulier, les pays donateurs ont modifié leurs stratégies d'aide au développement pour y inclure les questions relatives au genre, à la prévention et au traitement du VIH/sida et à l'accroissement du dialogue avec les bénéficiaires et la

société civile. En outre, pour appuyer la poursuite de la mise en œuvre du PA-CIPD, en particulier eu égard au renforcement de l'aide internationale en matière de population et de santé de la reproduction, plusieurs pays donateurs ont revu leurs politiques et leurs priorités et/ou ont modifié leurs stratégies d'aide au développement (Encadré 9.2).

9.8 CONCLUSION

Les réponses des pays donateurs à l'Enquête de 2003 révèlent qu'ils sont confrontés aux mêmes défis en matière de population que les pays en développement, leurs partenaires, et plus spécifiquement au vieillissement de la population, à la migration et à la santé de la reproduction des adolescents. Une collaboration et un partenariat plus étroits entre les pays donateurs et les pays en développement seraient mutuellement bénéfiques et accroîtraient les ressources et les capacités nécessaires à la pleine mise en œuvre du PA-CIPD.

Les initiatives de mise en œuvre de la CIPD sont de plus en plus dynamiques dans les pays donateurs. Les 18 pays ayant répondu à l'Enquête ont presque tous renforcé leurs

programmes de santé de la reproduction grâce à des mesures comme l'accroissement de l'attention portée aux besoins en matière de santé de la reproduction des adolescents, des jeunes, des migrants et des populations autochtones, une plus grande accessibilité des services de qualité de santé de la reproduction et une meilleure formation des prestataires de services de santé.

Les pays donateurs ont également amélioré leur manière de réagir face à la pandémie du VIH/sida. Ils ont accru le financement des programmes de recherche et de prévention ; amélioré l'accès aux soins et au traitement, organisé des réseaux d'assistance et se sont servis des nouvelles technologies de l'information pour sensibiliser les populations sur la maladie et diffuser les informations. Ils ont également adopté des mesures de protection des droits des filles et des femmes et de promotion de l'autonomisation des femmes. Ces mesures consistent notamment en la promulgation de nouvelles lois et mesures législatives relatives à la violence faite aux femmes et à la lutte contre le trafic des femmes et des filles.

Les pays donateurs continuent d'être concernés par un certain nombre de questions dans des domaines tels que la satisfaction des besoins des personnes âgées, les taux croissants d'immigration clandestine, l'influx continu de réfugiés et de demandeurs d'asile et le trafic des êtres humains. Plus récemment, ils ont reconnu la nécessité de renforcer les capacités nationales pour pouvoir réagir face aux nouvelles maladies émergentes ainsi qu'aux menaces de terrorisme biologique.

Les pays donateurs considèrent qu'au cours des 10 der-

nières années, des progrès notables ont été enregistrés dans la mise en œuvre de domaines clés du PA-CIPD dans les pays en développement. Des progrès ont été accomplis dans la réorientation et le renforcement des politiques et des programmes de santé de la reproduction, y compris ceux axés sur la planification familiale. L'on reconnaît également de plus en plus que les questions liées au genre, comme l'autonomisation des femmes, sont cruciales au processus de développement. En outre, les pays donateurs ont signalé l'augmentation du nombre de partenariats et d'initiatives communes entre les gouvernements et la société civile en matière de population et de santé de la reproduction et une reconnaissance accrue de la nécessité de placer les droits humains et les besoins des individus (plutôt que les objectifs démographiques) au centre des politiques en matière de population.

Certes, les pays donateurs ont mobilisé des ressources pour aider les pays en développement dans leur mise en œuvre du PA-CIPD, mais ces ressources financières demeurent insuffisantes. Cela représente un domaine de préoccupation particulier pour les pays les moins avancés où la population devrait tripler au cours des 50 prochaines années. Les pays donateurs reconnaissent que pour poursuivre la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, ils devront renforcer et intensifier leur aide internationale dans les domaines de la population et de la santé de la reproduction. Ils devront entretenir les partenariats et la collaboration avec les parties concernées. Enfin, ils devront faire preuve d'initiative dans l'utilisation des cadres et processus de développement international de manière à

10 Aperçu des progrès réalisés et perspectives

10.1 APERÇU DES PROGRES REALISES

Les conclusions de l'Enquête mondiale de 2003 justifient une célébration de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et des *Principales mesures*. Depuis le Caire, des progrès nationaux ont été constatés aux plans opérationnel et programmatique. L'Enquête met en évidence :

- Un renforcement considérable de la prise de conscience, de la connaissance et de l'appropriation du programme de la CIPD au niveau des pays de toutes les régions ;
- Une confirmation que les pays appliquent le PA-CIPD de manière pratique, selon une approche progressive fondée tout d'abord sur les préoccupations prioritaires ;
- Une preuve manifeste de l'existence de diverses interventions multisectorielles dans la mise en œuvre du PA-CIPD ;
- Un accroissement notable des moyens institutionnalisés d'approche des questions relatives à la population, au genre et à la santé de la reproduction, tel que démontré par l'adoption formelle de politiques, de législation, de stratégies ou de programmes dans tant de pays ;
- Une adoption sans équivoque des concepts de santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction par les pays ;
- Un effort significatif d'intégration des services de planification familiale dans la santé de la reproduction, résultant en une utilisation plus importante des méthodes modernes de planification familiale ;
- Une importance accrue accordée à la maternité sans risques dans les politiques, un accent plus grand étant placé sur l'accouchement assisté et l'orientation en cas d'urgence ;
- Une forte tendance à la participation des partenaires de la communauté et de la société civile, particulièrement des groupements féminins, au processus décisionnel et à la programmation ;

- La reconnaissance du fait que la réalisation des objectifs de la CIPD est essentielle pour celle des OMD et que l'on gagnerait beaucoup à poursuivre une approche coordonnée et intégrée de la formulation, de la mise en œuvre et du suivi des programmes en vue d'atteindre ces deux séries d'objectifs.

Cependant, les progrès enregistrés ne sont pas uniformes au niveau des pays, des régions et des différents domaines de programme du Caire. Il existe de grandes variations dans l'action nationale par rapport à l'ampleur de l'action entreprise, à l'intensité des mesures adoptées, à l'étendue et à la portée des interventions en cours et au montant des ressources allouées. L'Enquête laisse également apparaître d'importants écarts en matière d'opérationnalisation et de programmation. Dans la section ci-dessous, il est présenté une brève description, par domaines de programme choisis, des résultats obtenus, des problèmes rencontrés dans le cadre de la programmation et des actions requises pour les perspectives d'avenir. La dernière section du chapitre présente les actions requises pour prendre en compte les questions d'ordre opérationnel et est suivie d'une conclusion.

10.2 ACTIONS A ENTREPRENDRE PAR GRAND DOMAINE DE PROGRAMME

Population et développement

Les résultats de l'Enquête montrent que, depuis le Caire, nombre de pays ont pris des mesures en vue d'intégrer les questions de population dans les plans de développement social, les plans de développement économique, les stratégies de réduction de la pauvreté et la planification locale. Les analyses révèlent que les pays concentrent leurs actions sur les questions prioritaires en matière de population et développement, en particulier la réduction de la pauvreté, le vieillissement de la population et les migrations interne et internationale. Les pays qui connaissent le plus grand taux de vieillissement de la population étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir adopté des initiatives majeures eu égard aux besoins spécifiques des personnes âgées. Plusieurs pays sont également en train d'intensifier leurs efforts dans le domaine des migrations interne et interna-

tionale, la plupart d'entre eux tout spécialement pour prendre en compte le problème des personnes déplacées et du trafic des femmes et des filles. Selon l'Enquête, il est encore nécessaire de :

- Renforcer les activités de plaidoyer ciblant les autorités gouvernementales et les responsables d'ONG concernant les liens entre la population et la pauvreté ;
- Renforcer la collecte et l'analyse de données pour le suivi des conditions de vie des pauvres afin de contribuer à la formulation de politiques de développement social et à la conception de programmes visant la réduction de la pauvreté, et ciblant particulièrement les groupes vulnérables ;
- Renforcer les capacités, au niveau national, d'analyses robustes des causes et conséquences de l'immigration et de l'émigration, ainsi que de celles de la migration interne dans chaque pays, en vue de les aider à formuler des politiques de migration appropriées. Au niveau international, des études doivent être menées sur les niveaux et sur les tendances, aussi bien que sur les implications aux niveaux micro et macro de la migration internationale ;
- Mener des études de politiques nationales et infranationales sur le changement de la population selon l'âge et sur le vieillissement de la population en introduisant des changements structurels et sociaux associés au vieillissement dans la formulation des politiques de développement social, et
- Promouvoir davantage et de renforcer la protection et le respect des droits humains, de la dignité de la personne et des valeurs éthiques, en tenant compte des différences culturelles dans la mise en œuvre du programme de la CIPD.

Egalité des sexes et autonomisation des femmes

Comme il ressort des résultats de l'Enquête, beaucoup de pays ont déclaré avoir fait de la question du genre une priorité et ce, depuis la conférence du Caire. La plupart des pays ont indiqué avoir entrepris au moins une action administrative, législative ou politique en vue de protéger les droits des filles et des femmes et d'encourager leur autonomisation. De nombreux pays ont signalé avoir formulé des politiques visant à éliminer la discrimination ou avoir assuré la protection constitutionnelle des femmes et des filles. Nombre de pays ont également fait état d'efforts visant à accroître la participation des femmes à la gestion des affaires publiques et à offrir des possibilités économiques, éducatives et de formation aux femmes et aux filles. Les résultats font aussi

apparaître des domaines moins pris en compte et qui requièrent plus d'attention. En général, il est nécessaire d'assurer une application effective des lois et politiques. La violence contre les femmes, l'intégration systématique des questions relatives aux femmes, le trafic des femmes et des filles et le renforcement des capacités nationales demeurent les défis majeurs à relever dans plusieurs régions du monde. Il s'agit ici de :

- Renforcer les capacités nationales dans le domaine des droits de la personne et du genre en favorisant le dialogue et en établissant des partenariats productifs entre la société civile, les groupements féminins, les structures gouvernementales et d'autres organes de coordination chargés des affaires féminines, les organisations religieuses, les structures du pouvoir local et les donateurs ;
- Développer des stratégies pour réduire et éliminer la violence faite aux femmes, notamment le renforcement des capacités nationales et infranationales pour la collecte et l'analyse des données relatives à la violence faite aux femmes, de mener des campagnes médiatiques et de sensibilisation reposant sur des données factuelles pour prévenir la violence envers les femmes, et de concevoir des stratégies de prévention, en particulier dans des situations de conflit et de post conflit ;
- Entreprendre un travail méthodologique et conceptuel relatif à l'introduction de perspectives axées sur le genre et de l'égalité entre les sexes dans les politiques et programmes de développement, en définissant l'intégration de la question de genre en des termes non techniques et en encourageant sa compréhension par les planificateurs et les décideurs ;
- Etablir des mécanismes d'intégration, d'égalité et d'équité entre les sexes, et à introduire des perspectives d'autonomisation des femmes dans les structures de programmation et de planification du développement aux niveaux national, régional et international (par ex. les bilans communs de pays/plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement, les DSRP, les SWAp) ;
- Renforcer les activités visant à éliminer le trafic des femmes, des jeunes filles et des garçons et à renforcer les structures existantes, en particulier dans les zones prédisposées au trafic, afin qu'elles puissent fournir les informations, conseils et services de référence aux victimes et aux victimes potentielles à travers des programmes internes et de sensibilisation du public ; et

- Recommander et garantir la participation des femmes aux instances décisionnelles locales, municipales et nationales, y compris celles qui traitent des questions de la santé de la reproduction.

Droits et santé en matière de reproduction

L'Enquête démontre que les pays reconnaissent les soins de santé de la reproduction et sexuelle comme un droit pour chaque femme et chaque homme et luttent pour en faire une réalité. Les pays sont en train de réaliser de grand progrès pour doter les femmes de moyens d'exercer leurs choix en matière de santé de la reproduction, tout en encourageant les hommes à s'investir dans la planification familiale et la santé de la reproduction. Depuis la conférence du Caire, un grand nombre de pays ont adopté des mesures visant à considérer la santé de la reproduction comme faisant partie des mesures globales relevant de la réforme du secteur de la santé et à intégrer de plus en plus les volets du service de santé de la reproduction dans le système principal de soins de santé. Une avancée significative est également notée dans le nombre de pays ayant adopté des mesures importantes comme dans la variété des mesures prises en vue d'accroître l'information et l'accès au choix et aux moyens contraceptifs. Il reste, cependant, beaucoup à faire pour améliorer l'accessibilité aux services, notamment en direction des ménages pauvres. L'implication des hommes dans les progrès réalisés en matière de santé de la reproduction reste insuffisante. Les parties prenantes devraient par conséquent :

- Promouvoir la santé de la reproduction en tant qu'élément essentiel des stratégies de réduction de la pauvreté, nécessaire à la réduction des taux de fécondité élevés, des taux de mortalité et de morbidité maternelles élevés et persistants, et de la propagation du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles ;
- Rendre les services de santé de la reproduction encore plus accessibles aux pauvres, en les décentralisant au niveau des communautés et en explorant des solutions de substitution pour le financement ;
- Promouvoir davantage l'utilisation d'un cadre des droits humains pour l'orientation de politiques, la conception de programme et la prestation de service en vue d'élaborer une stratégie humaine et efficace de la santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction ;
- Intégrer dans les programmes de santé de la reproduction les activités visant à prendre en compte la violence faite aux femmes.

- Promouvoir des services de qualité axés sur les clients en prenant en compte les matériels didactique, en améliorant les conseils et en demandant aux utilisateurs leurs points de vue afin d'améliorer la prestation de services ; et aider à accroître la demande et l'utilisation de services en sensibilisant sur les besoins en santé de la reproduction et les droits en matière de reproduction et en améliorant les interactions prestataire-client ainsi que la motivation et les compétence des prestataires de service ; et
- Garantir la sécurisation des produits de la santé de la reproduction en engageant des ressources importantes, mais aussi en intégrant dans les systèmes de budgétisation et d'affectation des ressources nationales.

Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes

La santé de la reproduction des adolescents est apparue comme une question prioritaire sur le plan mondial au cours de la dernière décennie et les résultats de l'Enquête indiquent que les pays reconnaissent progressivement son importance. La plupart des pays ayant répondu à l'Enquête ont indiqué que depuis le Caire, ils prennent en compte la question de la santé de la reproduction et des droits en matière de reproduction des adolescents, notamment en fournissant des services favorables aux jeunes. Plusieurs pays ont déclaré avoir déployé des efforts considérables en vue de réduire les inégalités entre les sexes dans l'éducation et de fournir aux jeunes scolarisés et non scolarisés une éducation complète dans le domaine de la santé et des connaissances pratiques, afin d'accroître leurs possibilités d'emploi. En dépit des réalisations des pays dans le domaine de la santé de la reproduction des adolescents, l'Enquête montre la nécessité de :

- Susciter l'engagement des gouvernements à concevoir des programmes intégrés fondés sur les droits des jeunes et des adolescents ;
- Garantir la pleine participation des adolescents et des jeunes à la formulation, la mise en œuvre et le suivi des programmes prenant en compte leurs préoccupations ;
- Coordonner les campagnes d'IEC ciblant les jeunes et les adolescents, avec une expansion des services pour améliorer l'accès, en particulier pour les personnes les plus défavorisées ;
- Accroître l'investissement dans la mise en valeur des ressources humaines en introduisant une éducation publique

de qualité, une formation relative aux moyens d'existence et des services de santé (y compris la santé de la reproduction) dans les stratégies nationales d'investissement et de développement ; et

- Impliquer les parents, communautés et dirigeants dans les initiatives visant à promouvoir la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents.

VIH/sida

La pandémie du VIH/sida est l'une des plus grandes menaces qui planent sur la sécurité et le développement humains. L'Enquête montre que les pays ont réagi par des mesures telles que la création de commissions ou comités nationaux sur le VIH/sida et l'élaboration de politiques et programmes multisectoriels. De nombreux pays ont déclaré avoir développé des programmes de prévention axés spécialement sur des interventions au niveau des groupes à haut risque, notamment les travailleurs du sexe, les usagers de drogues et les routiers. Cependant, beaucoup reste à faire pour renforcer les mesures préventives et curatives, notamment en développant les activités d'IEC, les conseils et le dépistage volontaires et les programmes de traitement, ainsi qu'en accroissant la prise en compte des liens entre le VIH/sida, la pauvreté, la discrimination sexuelle et la violence contre les femmes. Il faudrait par conséquent entreprendre les actions suivantes :

- Introduire la prévention du VIH/sida dans les divers programmes et politiques sectoriels en vue de réduire l'impact de la pandémie et de favoriser une solution coordonnée et multisectorielle, grâce à la mise en place d'un organe national de coordination de la lutte contre le sida, à l'adoption d'une stratégie nationale de lutte contre le sida et à la création d'un système national de suivi et d'évaluation ;
- Développer et renforcer l'intégration des services et informations concernant la santé de la reproduction, la prévention, le traitement et les soins relatifs aux IST et au VIH, et l'éducation à la santé sexuelle ;
- Favoriser les niveaux d'accès les plus élevés possibles pour un bon équilibre de la prévention, du traitement, des soins et de l'assistance ;
- Prendre en compte les besoins spécifiques des femmes et des filles, qui subissent un impact disproportionné du VIH/sida, et veiller à ce que les lois, politiques et programmes soient sensibles aux différences entre les sexes et touchent effectivement les femmes et les filles ;

- Briser le cercle vicieux qui lie la pauvreté au VIH/sida et accélérer les progrès en vue de la réalisation des OMD, en prenant simultanément des mesures plus audacieuses pour aborder la question du VIH/sida et en s'attaquant à la question de la pauvreté par des interventions visant à aider les plus vulnérables.

Plaidoyer, éducation et communication pour un changement de comportement

Les pays ayant répondu à l'Enquête ont déclaré avoir adopté de nombreuses stratégies de plaidoyer visant à promouvoir des comportements sains et responsables, en particulier parmi les groupes à haut risque, notamment les femmes et les jeunes. Les pays ont signalé des réalisations depuis le Caire, à savoir la formulation de programmes nationaux et infranationaux de plaidoyer, mais aussi le lobbying en faveur de changements des lois et mesures législatives en vue de soutenir le PA-CIPD. Plusieurs pays ont également déclaré avoir pris des mesures importantes pour prendre en compte les questions relatives à la santé de la reproduction et aux droits en matière de reproduction dans le but d'influer sur le changement d'attitude et de comportement, grâce à l'utilisation créatrice des médias traditionnels et populaires, mais aussi à l'utilisation accrue des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Il est donc nécessaire de :

- Veiller à ce que l'environnement social et culturel soit pris en considération dans la formulation et la mise en œuvre de stratégies de communication pour le changement de comportement, en vue de maximiser leur approbation, leur efficacité et de faciliter l'application d'une approche juridique des questions de genre et de santé de la reproduction ;
- Renforcer la coordination et les liens entre les programmes d'IEC/BCC et l'offre de services en matière de santé de la reproduction, en vue d'accroître l'efficacité et de prendre en compte les besoins non satisfaits et la question des populations mal desservies.

Partenariats

S'agissant du renforcement des partenariats et de l'accroissement des ressources concernant les questions de population et de santé de la reproduction, les résultats de l'Enquête montrent que de nombreuses réalisations ont été accomplies depuis la conférence du Caire et que certains domaines devaient être améliorés. La plupart des pays ont accordé une grande importance à l'établissement de partenariats avec un large éventail de parties prenantes et ont déclaré avoir ren-

forcé leur collaboration avec les ONG, les organisations de la société civile, les partenaires du système des Nations Unies et le secteur privé. Les types de partenariats varient de la formulation et de la mise en œuvre de programmes, aux efforts de formation et de renforcement des capacités du personnel, à la collaboration avec les groupes parlementaires et à la nouvelle coopération Sud-Sud. Ils couvrent également de nombreux domaines importants tels que le genre et l'autonomisation des femmes, la santé de la reproduction des adolescents, la prévention et le traitement du VIH/sida, et la sécurisation des produits. Il faudrait par conséquent :

- Encourager l'évolution de ces partenariats, pour passer de la consultation à un véritable partage du pouvoir et de l'autorité dans la conception, la planification et l'application de programmes et politiques ;
- Réaffirmer l'engagement dans des partenariats encore plus poussés et globaux avec la société civile, et plus particulièrement avec le secteur privé ;
- Créer des partenariats qui adoptent des approches multi-sectorielles avec un plus large éventail de partenaires, mais aussi qui couvrent un plus grand nombre de politiques et programmes relatifs à la population, au genre et à la santé de la reproduction ; et
- Renforcer la coopération et la collaboration entre les partenaires du système des Nations Unies, aussi bien au niveau national qu'à d'autres niveaux, en vue d'assurer la bonne intégration des questions et objectifs de la CIPD dans les initiatives visant à réaliser les OMD.

Ressources

Dans le domaine de la mobilisation des ressources, alors que certaines tendances récentes constatées dans l'aide internationale destinée à la population et à la santé de la reproduction sont encourageantes, il est peu probable que les engagements financiers répondent aux objectifs de financement de 2005, tel que convenus lors de la CIPD et de la CIPD+5, et les ressources disponibles sont insuffisantes pour faire de la vision du Caire une réalité. Il faudrait par conséquent :

- Protéger le financement des domaines de la santé de la reproduction et de la population, face aux nouvelles priorités concurrentes, mais aussi face aux conditions de financement internationales ; et

- S'assurer que le pourcentage de 0,7 % du produit national brut (PNB) pour l'APD soit réalisé et que des ressources appropriées sont affectées à la population et à la santé de la reproduction dans les nouveaux cadres de financement et/ou de programmation tels que les OMD, les SWAp et les DSRP.

Questions soulevées par les pays donateurs

Les réponses des pays donateurs à l'Enquête montrent qu'ils sont confrontés aux mêmes défis relatifs à la santé de la reproduction et à la population que ceux auxquels leurs partenaires des pays en développement font face, notamment dans les domaines de la santé de la reproduction, de la santé de la reproduction des adolescents, du vieillissement de la population et de la migration. Une plus grande collaboration et un meilleur partenariat entre les pays donateurs et les pays en développement seraient mutuellement bénéfiques et renforceraient les capacités et les ressources en vue d'une mise en œuvre intégrale du PA-CIPD. Les pays donateurs devraient prendre à cet égard les mesures suivantes :

- Accroître l'aide aux pays en développement grâce au transfert de conseils techniques, d'expertise en matière de programme et de ressources pour les activités de population et de santé de la reproduction ;
- Supprimer les obstacles à l'harmonisation des politiques des donateurs pour appuyer les priorités nationales des pays bénéficiaires de programmes et encourager les efforts de conception et de mise en œuvre d'activités de programme coordonnées ; et
- Renforcer les méthodes de partage de connaissances et d'idées sur les leçons à retenir et les bonnes pratiques avec leurs partenaires des pays en développement.

10.3 PERSPECTIVES CONCERNANT LES QUESTIONS OPERATIONNELLES

Les conclusions de l'Enquête mondiale mettent en évidence certaines questions opérationnelles relatives à la nécessité d'intégrer le programme de la CIPD dans de nouvelles perspectives et de renforcer la mise en œuvre du programme.

Adaptation de l'agenda de la CIPD aux nouvelles perspectives

Les résultats de l'Enquête indiquent clairement que les pays sont conscients de la pertinence des OMD en tant que cadre d'action générale pour les actions relatives aux aspects sectoriels du développement et recommandées lors des conférences mondiales des années 1990. Adoptés au début

du XXI^e siècle, les OMD ont aidé aussi bien les pays pris individuellement que la communauté internationale à poursuivre une approche plus holistique de la politique de développement, du dialogue, de la programmation et de la coopération. La plupart des objectifs de la CIPD sont inclus dans les OMD et la réalisation de ceux-là est essentielle à la réalisation de ceux-ci. Pour établir la cohérence entre ces deux séries d'objectifs, il est nécessaire que les pays en développement et les partenaires au développement :

- Tirent parti des efforts de renforcement des capacités nationales pour réaliser le suivi des OMD pour assurer la mise en œuvre et le suivi du PA-CIPD ; et
- Introduisent les questions de la CIPD dans le dialogue sur les politiques dans des domaines comme l'éradication de la pauvreté, l'autonomisation des femmes, les politiques sociales, les droits humains, la durabilité de l'environnement, les politiques macroéconomiques, les approches sectorielles, les documents de stratégie de réduction de la pauvreté et d'autres cadres de développement et processus de programmation.

Renforcement de la mise en œuvre du PA-CIPD

Les pays ont fourni d'importantes informations sur les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans la mise en œuvre intégrale du PA-CIPD. Presque tous ont particulièrement mentionné l'existence d'obstacles dans la mobilisation et l'utilisation des ressources, le renforcement des capacités, l'institutionnalisation, les systèmes de suivi et d'évaluation et les systèmes de données. Pour prendre en compte ces questions, il faudrait :

- Augmenter l'affectation des ressources nationales aux programmes relatifs à la santé de la reproduction, à la prévention du VIH/sida, à la question de genre et à la jeunesse, en suscitant l'engagement des décideurs, en encourageant l'appui politique des partenaires (gouvernement, société civile et secteur privé) en vue de disposer de ressources supplémentaires, en portant au maximum les investissements par rapport aux budgets disponibles, en exhortant la communauté internationale à mettre à disposition des ressources extérieures supplémentaires (en particulier dans les pays les moins avancés et à faible revenu), et en déployant des efforts considérables en vue de renforcer l'efficacité et la capacité des investissements ;
- Encourager le renforcement des capacités dans les pays en évaluant les besoins, en identifiant les résultats à atteindre,

en adoptant des stratégies de développement de capacités appropriées, en assurant le suivi des progrès réalisés et en encourageant tous les partenaires, notamment les gouvernements, les donateurs, les organismes multilatéraux et la société civile, pour coordonner leur soutien et leurs actions ;

- Assurer la poursuite, le renforcement et la durabilité des initiatives de programme ;
- Renforcer les capacités de gestion dans divers domaines fonctionnels tels que la gestion de programme, la gestion financière, la gestion de l'information et des données, et la gestion des ressources humaines ;
- Renforcer et/ou créer dans les pays un mécanisme d'évaluation et de suivi efficace pour prendre en compte les contraintes dans l'application du programme et évaluer son succès. Le même mécanisme pourrait être utilisé en vue de la réalisation des objectifs de la CIPD, des OMD et d'autres objectifs de développement international ;
- Prendre en compte immédiatement et sous tous les aspects, le manque de systèmes de données dans les pays en renforçant ou en créant des institutions chargées de la collecte, de l'analyse, de l'utilisation et de la diffusion des données, en lançant des programmes de formation et d'acquisition d'autres compétences pour améliorer la qualité des ressources humaines, et en renforçant le soutien des institutions en matière d'équipement, de fournitures et d'autres matériels, afin de leur permettre de fonctionner efficacement.

10.4 CONCLUSION

Il est évident que des progrès considérables ont été accomplis dans le cadre de la mise en œuvre du Programme d'action du Caire et que beaucoup d'enseignements ont été tirés des succès et contraintes liés à l'application du programme. Plus important encore, l'Enquête montre que les pays se sont appropriés le Programme d'action en concevant et en mettant en œuvre résolument divers composants. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dépendra de la réalisation des objectifs définis au Caire, à savoir que d'ici l'an 2015, tous les gouvernements assureront un accès universel aux services de santé de la reproduction, réduiront la mortalité infantile, juvénile et maternelle, et ouvriront les portes de l'éducation à tout citoyen, plus particulièrement aux filles et aux femmes. Le consensus forgé au Caire prend en considération certaines de questions mondiales les plus urgentes. Le PA-CIPD recon-

Références choisies

Nations Unies, *Programme d'action adopté par la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994, (New York, Nations Unies, 1995), ST/ESA/SER.A/149.

Nations Unies, *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*, New York, 18 septembre 2000, (New York, Nations Unies, 2000), A/RES/55/2.

UNFPA, *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, adoptées par la 27^{ème} session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies*, New York, 30 juin-2 juillet 1999.

UNFPA, *National perspectives on population and development: synthesis of 168 national reports prepared for the International Conference on Population and Development*, New York, 1994.

UNFPA, *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the implementation of the ICPD Programme of Action*, New York, 1999.

Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (CEE-ONU), *Belgian Platform on Population and Development: Ten years after ICPD in Cairo, Realisations and Challenges*, Gand, 2 mars 2004.

Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), *Draft Declaration of the Open-ended Meeting of the Presiding Officers of the Sessional Ad Hoc Committee on Population and Development*, Santiago, 10-11 mars 2004.

Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), *Implementing the ICPD Agenda: Ten Years on the Asia-Pacific Experience (Draft)*, Bangkok, février 2004.

CHAPTER 10 OVERSET TEXT

naît que le fait d'investir dans les populations, d'élargir leurs opportunités et de leur permettre de réaliser leur potentiel en tant qu'êtres humains est la clé d'une croissance soutenue et d'un développement durable, d'une meilleure santé de la reproduction, du renforcement des droits en matière de reproduction et de la stabilisation de la population. Les gouvernements manifestent une volonté croissante de résoudre les questions de population qui montre l'importance qu'ils attachent à ces questions cruciales multisectorielles. Cependant, à plusieurs égards, la promesse du Caire n'a pas encore été tenue et il en résulte des pertes de vies humaines, des risques pour les générations futures et des menaces qui pèsent sur les perspectives de développement de toutes les nations.

L'Enquête mondiale montre qu'une fondation solide a été jetée au cours des 10 premières années de la CIPD pour la mise en œuvre intégrale du Programme d'action du Caire. Pour réaliser les buts et objectifs du PA-CIPD, des efforts et des engagements continus sont nécessaires en vue de mobiliser des ressources financières et humaines suffisantes, de renforcer les capacités institutionnelles et d'entretenir des partenariats plus solides entre les différents secteurs et tous les partenaires.

Avec un regain de dynamisme, il est possible de réaliser pleinement la promesse du Caire.

Annexe

Pays ayant répondu au questionnaire de l'Enquête mondiale (liste dressée selon les groupes régionaux de l'UNFPA)

Région/Sous région	Nombre	Pays
Afrique subsaharienne	45	Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Guinée, Guinée équatoriale, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.
Etats arabes	15	Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Egypte, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, Palestine, Somalie, Soudan, République arabe syrienne, Tunisie, Yémen.
Républiques d'Asie centrale	5	Kazakhstan, Kirghizstan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan.
Asie	21	Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Chine, République populaire démocratique de Corée, Timor-Leste, Inde, Indonésie, Iran, République démocratique populaire lao, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Pakistan, Philippines, Sri Lanka, Thaïlande, Viet Nam.
Pacifique	13	Iles Cook, Fidji, Kiribati, Iles Marshall, Micronésie (Etats fédérés de), Niue, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Iles Salomon, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.
Amérique latine	17	Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Equateur, Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Uruguay, Venezuela.
Caraïbes	16	Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Cuba, Belize, Dominique, République dominicaine, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago.
CEI, Europe centrale et de l'Est et Turquie	19	Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Estonie, Géorgie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Moldova, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Turquie, Ukraine.
Pays donateurs	18	Australie, Autriche, Canada, Danemark, Finlande, Allemagne, Irlande, Japon, Luxembourg, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni, Etats-Unis d'Amérique.
TOTAL DES PAYS	169	



Fonds des Nations Unies pour la population
220 East 42nd Street
New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-701-4
F/2.500/2005

Imprimé sur papier recyclé.

Ce rapport est également disponible sous format électronique et d'impression et en version arabe, anglaise, française et espagnole. Il est accessible sur le site web de l'UNFPA : www.unfpa.org/icpd