

## Politiques de population : la promotion des droits de la femme

*par Lori S. Ashford*

---

*Les nouvelles politiques de population portent sur le développement social au-delà de la planification familiale.*

---

*Le statut de la femme est considéré au cœur des préoccupations démographiques et de développement.*

---

*Les politiques nouvelles sont façonnées par une plus grande participation civique.*

## Population Reference Bureau (PRB)

Fondé en 1929, le Population Reference Bureau est le principal fournisseur d'informations données en temps opportun et objectives sur les courants démographiques aux Etats-Unis et dans le monde, et leurs conséquences. Grâce à un large éventail d'activités comprenant des publications, des services d'information, des séminaires, des ateliers et un soutien technique, le PRB touche les décideurs, les éducateurs, la presse et les citoyens concernés, qui travaillent dans l'intérêt du public dans le monde entier. Le PRB est une organisation à but non lucratif et non partisane. Le soutien apporté à nos travaux provient de contrats passés avec le gouvernement, de dons provenant de fondations, de contributions individuelles et de sociétés privées, et de la vente de publications. Il est dirigé par un conseil d'administration représentant divers intérêts communautaires et professionnels.

## Administrateurs

**Michael P. Bentzen**, Président-directeur général du conseil d'administration  
Partenaire, Hughes and Bentzen, PLLC, Washington, D.C.

**Jodie T. Allen**, Vice-président du conseil d'administration  
Rédacteur principal, U.S. News & World Report, Washington, D.C.

**Peter J. Donaldson**, Président  
Population Reference Bureau, Washington, D.C.

**Montague Yudelman**, Secrétaire général  
Membre associé, World Wildlife Fund, Washington, D.C.

**Jennifer Kulper**, Trésorier Commissaire aux comptes, Arthur Andersen, LLP, Paris

## Trustees

**Francisco Alba**, *Professeur, El Colegio de México, D.F., Mexique*

**Patty Perkins Andringa**, *Consultant et animateur, Bethesda, Maryland*

**Pape Syr Diagne**, *Directeur, Centre pour les études familiales africaines, Nairobi, Kenya*

**Patricia Gober**, *Professeur de géographie, Université d'Etat de l'Arizona, Tempe, Arizona*

**Richard F. Hokenson**, *Directeur de recherche démographique, Crédit Suisse First Boston, New York*

**Klaus M. Leisinger**, *Directeur exécutif, Fondation Novartis pour le développement durable, Bâle, Suisse*

**Karen Oppenheim Mason**, *Directeur, Sexe et développement, la Banque mondiale, Washington, D.C.*

**Francis L. Price**, *Président-directeur général, Q3 Industries et Interact Performance Systems, Columbus, Ohio*

**Dr Charles S. Tidball**, *Professeur émérite de médecine informatisée et de neurochirurgie, Ecole de médecine et des sciences de la santé, Université George Washington, Washington, D.C.*

**Barbara Boyle Torrey**, *Directeur exécutif, Commission des sciences du comportement et sociales, Conseil national de la recherche, Académie nationale des sciences, Washington, D.C.*

**Mildred Marcy**, *Présidente honoraire*

Chef de rédaction : Mary Mederios Kent

Production de l'édition française : Lolan O'Rourke


Le Population Bulletin est publié quatre fois par an et distribué aux membres du Population Reference Bureau. Il est aussi disponible à la vente pour 7 dollars (remise pour les achats en gros). Pour devenir membre du PRB ou passer commande de matériel, veuillez contacter le PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728, E.-U. ; téléphone : 800-877-9881 ; fax : 202-328-3937 ; e-mail : popref@prb.org ; site Web : www.prb.org

Citation suggérée pour tout extrait de la présente publication : Lori S. Ashford, « Politiques de population : la promotion des droits de la femme », *Population Bulletin*, vol. 56, no 1 (Washington, DC : Population Reference Bureau, mars 2001).

Pour obtenir l'autorisation de reproduire certaines parties du Population Bulletin, veuillez soumettre une demande écrite au PRB, Attn : Permissions

© 2001 Population Reference Bureau

ISSN 0032-468X

 Imprimé sur papier recyclé

## Politiques de population : la promotion des droits de la femme

<b>Introduction</b> .....	3
<b>Evolution des politiques démographiques</b> .....	4
<i>Encadré 1.</i> A quoi servent les conférences de l'ONU ? .....	6
<i>Encadré 2.</i> L'explosion démographique a-t-elle pris fin ? .....	8
<b>Améliorer la santé de la reproduction</b> .....	13
<i>Tableau 1.</i> Aspects choisis de la santé de la reproduction des hommes et femmes dans le monde, années 90 .....	14
<i>Figure 1.</i> Fécondité dans les régions du monde, 1950 et 2000 .....	15
<i>Figure 2.</i> Recours aux moyens contraceptifs dans des pays choisis, aux alentours de 1975 et 1995 ou ultérieurement .....	16
<i>Figure 3.</i> Recours aux méthodes contraceptives chez les femmes préférant éviter une grossesse, pays choisis, années 90 .....	17
<i>Figure 4.</i> Ratios de mortalité maternelle dans diverses régions du monde, début des années 90 .....	18
<i>Figure 5.</i> Pourcentage de naissances avec personnel de soins formé, pays choisis, 1990-1997 .....	19
<i>Encadré 3.</i> Lutter contre le VIH/SIDA en Ouganda .....	22
<i>Tableau 2.</i> Adultes et enfants vivants avec le VIH/SIDA, en l'an 2000 .....	21
<b>Démarginalisation des femmes</b> .....	25
<i>Tableau 3.</i> Fécondité et accès aux soins de santé de la reproduction parmi les femmes les plus pauvres et les plus riches, pays choisis, années 90 .....	29
<i>Encadré 4.</i> Violence dirigée contre les femmes .....	26
<i>Tableau 4.</i> Taux d'inscription à l'école secondaire, par sexe, dans différentes régions du monde, années 80 et 90 .....	30
<i>Figure 6.</i> Niveau d'instruction des femmes et nombre de maternités, pays choisis, 1995-1999 .....	31
<i>Tableau 5.</i> Part de femmes dans la population active, 1980 et 1997 .....	32
<i>Figure 7.</i> Rémunérations des femmes en pourcentage des rémunérations des hommes, dans le secteur manufacturier, pays choisis, 1992-1997 ...	33
<i>Figure 8.</i> Sièges occupés par les femmes au Parlement, pays choisis, 1999 ...	35
<b>Appliquer les mesures</b> .....	34
<i>Encadré 5.</i> Brésil : La réforme du secteur santé est un facteur de promotion de la santé de la reproduction .....	36
<i>Tableau 6.</i> Dépenses de soins de santé par habitant par région, années 1990 .....	37

<i>Encadré 6.</i> Inde : De la planification familiale ciblée à la santé de la reproduction .....	42
<b>Futures politiques démographiques</b> .....	42
<i>Encadré 7.</i> La politique de la Chine en matière de population mise à l'épreuve .....	44
<i>Figure 9.</i> Population mondiale : Prévisions pour 2050 sous trois hypothèses de fécondité .....	47
<b>Appendice</b>	
La santé de la reproduction et ses droits, tels que définis par le Programme d'action du Caire .....	48
<b>Références</b> .....	49
<b>Sites web</b> .....	51

---

## L'auteur

*Lori S. Ashford est analyste principale au Population Reference Bureau. Elle a rédigé et révisé de nombreuses publications sur les sujets ayant trait à la démographie internationale et à la santé de la reproduction, dont le Population Bulletin paru en 1995 et intitulé « New Perspectives on Population: Lessons from Cairo » (Nouvelles perspectives démographiques : Les leçons du Caire). Lori Ashford est titulaire d'une maîtrise délivrée par l'École des Affaires étrangères de l'université Georgetown et elle a précédemment travaillé pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et International Planned Parenthood Federation. Elle se concentre actuellement sur la communication de la recherche effectuée en matière de population et de santé aux décideurs des pays moins avancés.*

*L'auteur désire remercier Michal Avni, Barbara Crane, Deborah Levison, Thomas Merrick, Barbara Seligman et Ellen Starbird pour leurs remarques et commentaires soumis à la suite de l'examen d'une première version de ce manuscrit. Elle remercie également les nombreux collaborateurs du PRB pour leurs conseils rédactionnels. Le présent Population Bulletin a été financé en partie par l'Agence des États-Unis pour le développement international.*

# Politiques de population : la promotion des droits de la femme

*par Lori S. Ashford*

Les politiques relatives aux questions concernant la population touchent les aspects les plus sensibles de la vie des êtres humains : la sexualité, les enfants et les relations familiales. La recherche d'un consensus international sur les politiques démographiques a souvent été un processus houleux. On a vu, au début des années 90, une rupture complète avec les idées conventionnelles sur la façon dont les gouvernements devraient essayer d'influencer la taille et le bien-être des sociétés qu'ils dirigent, et se former un accord sans égal entre gouvernements nationaux sur les politiques à appliquer dans le domaine de la population. Cette perspective nouvelle a fait passer ces politiques du ralentissement de la croissance démographique à l'amélioration de la vie des personnes, et en particulier des femmes. Les politiques issues de ce consensus continuent d'évoluer.

L'accent placé précédemment sur la réduction de l'accroissement démographique a eu pour origine une augmentation de rythme et de volume après les années 50 qui a constitué une menace grave pour le développement économique, la santé publique et l'environnement. De nombreux gouvernements soutenaient des programmes de planification familiale visant à réduire les taux de natalité et à ralentir l'explosion de la population. Mais les politiques nationales axées sur le « contrôle de la population » ont fait l'objet d'une résistance

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

*Le Mexique fait partie des pays qui ont adopté une façon plus complète d'aborder les problèmes de population – ce qui peut améliorer la santé et le bien-être des jeunes Mexicains.*

croissante et d'un soutien allant s'étiolant vers le milieu des années 90. Les défenseurs de la santé des femmes considéraient (et considèrent toujours) ces politiques comme enfreignant les droits fondamentaux de celles-ci de décider si elles voulaient avoir des enfants et quand.

Les discussions internationales en matière de population ont pris une direction différente après la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), organisée au Caire en 1994. Elle a élargi la portée des politiques démographiques précédentes : les gouver-

nements ont convenu qu'ils devraient aborder le développement social au-delà de la planification familiale – et en particulier les progrès des femmes – et que les prestations de service de planning familial devraient intervenir dans le cadre des soins de santé de la reproduction. Ceux-ci comprennent le fait d'assurer une grossesse saine et sans danger, la prévention des infections sexuellement transmissibles – dont le VIH/SIDA – et d'autres facteurs contribuant à un mauvais état de santé, dont le trafic sexuel et la violence perpétrée contre les femmes. La croyance dans le fait que l'amélioration de la santé et des droits des personnes allaient en fin de compte faire baisser la fécondité et ralentir l'accroissement démographique sous-tendait ce changement de politique.

De nombreux pays ont tenté de mettre en œuvre les recommandations de la conférence du Caire, mais les progrès enregistrés ont été très inégaux. Dans un grand nombre de pays à revenu faible, aborder une telle plage de préoccupations sanitaires et sociales exige des ressources et une capacité administrative qui dépassent celles dont ils disposent actuellement. Le financement accordé par les organismes donateurs pour le soutien de ces changements n'a pas atteint les niveaux espérés. Un grand nombre de pays ont, malgré ces obstacles, redéfini leur politique et l'objectif de leurs programmes, et adopté une approche visant à répondre aux besoins des personnes prises individuellement plutôt qu'à des fins démographiques nationales. Les deux pays les plus peuplés du monde, l'Inde et la Chine, ont lancé, lors de la seconde moitié des années 90, de nouvelles initiatives qui ont réorienté leurs programmes nationaux de planification familiale.

Le débat se poursuit sur l'importance de la modulation de la croissance démographique et sur la possibilité de réaliser l'ensemble du Programme du Caire. Comme un grand nombre de jeunes sont en âge d'avoir des enfants, ou en appro-

chent, la population mondiale continuera à augmenter dans la première moitié du XXI<sup>e</sup> siècle. Il se peut que les gouvernements aient des idées différentes sur la façon d'enrayer cette explosion, ou sur la nécessité de le faire, mais il existe un vaste consensus international – et une communauté partisane bien organisée – qui demande des politiques démographiques assurant la protection et le renforcement des droits des personnes.

Le présent Population Bulletin examine l'évolution des politiques nationales en matière de population, plus particulièrement à la suite de la conférence historique du Caire de 1994. Il décrit la façon dont l'accent est davantage placé sur l'amélioration de la santé de la reproduction et des droits des femmes, et comment les gouvernements ont tenté d'incorporer cette vision nouvelle à leurs politiques et à leurs programmes. Il mentionne aussi certaines directions nouvelles que les politiques démographiques pourraient suivre.

## Evolution des politiques démographiques

Les politiques démographiques sont les mesures – lois, règlements, programmes – prises par les gouvernements, qui tentent d'influencer les trois facteurs de changement en matière de population (naissances, décès et migration) dans le but de promouvoir le développement social et économique. Elles ont souvent pour objectif déclaré d'améliorer la qualité de la vie dans le cadre des ressources dont le pays dispose. Un grand nombre de pays a élaboré, lors de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, des politiques axées sur le ralentissement d'une croissance démographique alors sans précédent. A l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, la plupart avaient changé d'orientation afin qu'elles correspondent mieux aux nouvelles

perceptions et aux solutions appropriées aux problèmes de population.

Les réunions internationales organisées à propos des questions de démographie constituent un guide utile sur la façon dont les gouvernements (et, plus récemment, les institutions non gouvernementales) voient les questions de population. Elles ont débuté modestement à la fin du XIXe siècle et se sont tenues environ tous les dix ans depuis 1954, essentiellement sous les auspices des Nations Unies. Elles ont donné, depuis 1974, des accords officiels par consensus, qui ne fixent pas de politiques nationales, mais reflètent la façon de penser du moment et tentent de guider les politiques nationales (voir l'encadré 1, page 6).

Les Nations Unies ont organisé leurs premières réunions sur les problèmes mondiaux de population en 1954 et 1965, en collaboration avec l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population. Un nombre de plus en plus grand de scientifiques s'inquiétait à cette époque des conséquences négatives d'une croissance démographique rapide. L'introduction de la médecine moderne et un meilleur accès aux services de santé ont contribué à réduire fortement les taux de mortalité après 1950 dans les régions moins avancées, mais les taux de natalité restaient élevés. Il en est résulté l'accroissement démographique le plus rapide de l'histoire de l'humanité, parfois aussi appelé « explosion démographique ». La population mondiale est passée de 2,5 à 3,7 milliards de personnes entre 1950 et 1970, et cette tendance semblait s'accélérer (voir l'encadré 2, page 8). Les premières réunions organisées par l'ONU ont tiré la sonnette d'alarme : cette croissance rapide allait aggraver la pauvreté et bloquer le développement des pays aux ressources limitées.

Les premières politiques et programmes de population ont été élaborés à cette époque. La plupart tentaient de ralentir la croissance démographique en encourageant les couples à avoir moins d'enfants et en leur donnant accès à des services de

planification familiale. L'Inde a lancé en 1952 un programme national de ralentissement de sa croissance démographique, et accru ses efforts dans le domaine de la planification familiale à la suite d'une famine qui a touché de nombreuses régions du pays au milieu des années 60.<sup>1</sup> International Planned Parenthood Federation (IPPF), la plus importante organisation du secteur privé se consacrant à la planification familiale, a aussi été créée en 1952.

Les Etats-Unis, la Suède et plusieurs autres pays industrialisés ont lancé au milieu des années 1960 des programmes d'aide à grande échelle visant à soutenir les mesures prises dans le domaine de la planification familiale par les pays moins avancés. Les Etats-Unis sont devenus – et sont toujours – le plus important fournisseur d'assistance en matière de population. L'ONU a créé en 1969 le Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (FNUAP), dont la mission porte entre autres sur la promotion des programmes de planification familiale. Depuis lors, les termes « programmes relatifs à la population » et « programmes de planification familiale » sont presque devenus synonymes.

## **Soutien en dents de scie**

Les pays bénéficiant d'une assistance internationale en matière de population ont été parmi les premiers à critiquer ces programmes. Dans de nombreuses sociétés, l'idée même que les couples devraient limiter le nombre de leurs enfants allait à l'encontre de leurs valeurs culturelles. Les gouvernements de beaucoup de pays moins avancés hésitaient à promouvoir la planification familiale, même si leur croissance démographique rapide les préoccupait. Certains ont préféré l'idée selon laquelle la fécondité allait chuter et la croissance démographique se ralentir avec l'augmentation du niveau de vie provenant du développement économique. A la conférence organisée par l'ONU en 1974 sur la population mondiale, un délé-

## **A quoi servent les conférences de l'ONU ?**

Lorsque les Nations Unies convoquent une conférence internationale sur la population, l'environnement ou le développement social, les gouvernements doivent examiner les politiques relatives aux questions à long terme qui pourraient autrement ne pas figurer en bonne place à leur ordre du jour national. A la différence des problèmes d'économie, de sécurité nationale ou posés par les catastrophes naturelles, il se peut que les effets des tendances enregistrées dans le domaine de la population ne se fassent pas sentir avant des années, de sorte que les dirigeants nationaux, qui se concentrent sur les problèmes immédiats, sont plus susceptibles de reporter à plus tard leur examen de ces courants démographiques. Il est en outre moins probable qu'ils se penchent sur des questions d'importance mondiale s'ils ne participent pas à un forum international. Les réunions organisées par l'ONU sont axées sur les problèmes mondiaux et bénéficient parfois d'une couverture médiatique dont nous avons désespérément besoin pour attirer l'attention du public.

Ces conférences sont complexes et s'étalent sur des mois, voire des années. Les représentants des gouvernements assistent à des forums et à des réunions d'information qui ont pour but de rédiger et de revoir des documents représentant un consensus entre les nations participantes. Les délégués peuvent assister à des séries de réunions de comités préparatoires, tenues avant la conférence au cours de laquelle les dirigeants nationaux adoptent officiellement les accords faisant l'objet d'un consensus. Ceux qui ont trait à la population et ont été adoptés au cours des récentes décennies ne sont ni signés, ni ratifiés, et ne sont donc pas applicables à titre de lois dans aucun pays. Ils n'en sont pas moins importants pour plusieurs raisons.

Un document issu d'une conférence onusienne – parfois appelé plate-forme, programme ou plan d'action – représente une déclaration de

politique commune entre tous les pays ayant participé au processus. Qualifié d'« expression de la conscience du monde » par l'ONU, un accord consensuel peut être un puissant outil de changement. Il sert de document de référence ou de guide pour les professionnels qui s'occupent de politiques et programmes aussi bien au sein du gouvernement qu'à l'extérieur. La phraséologie du texte est d'importance capitale parce que celui-ci est traduit et cité dans des douzaines de documents de planification nationaux et locaux dans le monde entier, ainsi que dans les programmes de formation des praticiens.

Les accords atteints lors des conférences peuvent être les catalyseurs de mesures prises au niveau national, et ce de plusieurs façons.

- Ils peuvent avoir une influence sur les politiques gouvernementales grâce aux pressions exercées au niveau international lors du processus de rédaction et d'amendement du document.
- Les promoteurs d'une cause ou d'une autre peuvent s'en servir pour faire pression sur les gouvernements et les parlements afin qu'ils financent ou approuvent des mesures qui pourraient autrement languir à l'ordre du jour politique national.
- Les objectifs et points de repère qu'il contient peuvent permettre de suivre les progrès réalisés par le pays, et l'encourager à en faire davantage.
- Il peut être utilisé pour solliciter des fonds supplémentaires auprès des agences donatrices.

En outre, les personnes qui travaillent sur des sujets délicats au plan culturel ou politique, comme la sexualité des adolescents ou l'avortement, peuvent se référer aux accords internationaux pour les aborder selon des normes largement acceptées, ce qui contribue à désamorcer toute controverse locale.



gué indien a exprimé le point de vue de bien des pays moins avancés lorsqu'il a déclaré que « le meilleur contraceptif est le développement ».

Les attitudes ont commencé à changer dans les pays moins avancés à la fin des années 70 et dans les années 80. Les dirigeants s'inquiétaient de plus en plus de voir la croissance démographique rapide de leurs pays faire obstacle au développement économique. Un nombre croissant de pays a fini par accepter l'idée que les mesures prises par les gouvernements pourraient ralentir l'expansion de la population et ils ont adopté des politiques démographiques à cette fin. Les données et recherches portant sur les pays les moins avancés, et faisant état de taux élevés de croissance démographique et de mortalité infantile et maternelle ainsi qu'un désir de plus en plus fort des femmes de limiter le nombre de leurs enfants, ont fortement contribué à ce changement d'attitude. En 1994, plus de la moitié de ces nations avaient des politiques nationales visant à ralentir leur croissance démographique.<sup>2</sup>

Les programmes relatifs à la population ont fait l'objet de nombreuses critiques provenant d'horizons divers. Aux États-Unis, dans les années 80, le problème le plus sérieux a eu pour origine les activistes opposés à l'IVG, pour lesquels planification familiale signifiait avortement, et ils ont fait campagne contre tout soutien aux programmes internationaux de planification familiale. Les économistes conservateurs du gouvernement du président Ronald Reagan ont en outre soutenu que les gouvernements ne devraient pas tenter de ralentir la croissance démographique pour promouvoir le développement économique, mais qu'ils devraient plutôt laisser faire l'économie de marché. Selon eux, la croissance économique et les progrès technologiques allaient engendrer une certaine prospérité et permettre de surmonter les problèmes posés à une population croissante par des ressources limitées.

Le gouvernement américain a bouleversé les travaux de la Confé-

rence mondiale sur la population organisée en 1984 à Mexico en annonçant qu'il ne financerait plus toute organisation fournissant des services ou conseils en matière d'avortement—même si ceux-ci étaient assurés grâce à des fonds autres que ceux donnés par Washington. Cette restriction est depuis connue sous le nom de « politique de Mexico ».

La plupart des autres gouvernements participant à la conférence ont réaffirmé la nécessité et l'efficacité de la planification familiale pour le ralentissement de la croissance démographique et la promotion de la santé. La déclaration officielle publiée lors de cette réunion demandait aux gouvernements « d'offrir des services de planification familiale universels », et ce « de toute urgence ». Les planificateurs de l'ONU qui avaient travaillé pendant des années pour une meilleure prise de conscience des problèmes démographiques ont considéré ce consensus comme un grand succès, malgré la position américaine.<sup>3</sup>

Alors que les gouvernements des pays moins avancés adoptaient des politiques démographiques en général et de planification familiale en particulier, les défenseurs de la santé et des droits des femmes commençaient à critiquer de plus en plus les politiques relatives à la population et les programmes de planification familiale de ces pays.

Les associations de femmes ont fait valoir que la distribution de contraceptifs dans le cadre de programmes financés par l'État était effectuée sans grand souci de la santé de leurs utilisatrices. Tout particulièrement en Asie, où l'État est le plus gros prestataire de services, les programmes de planification familiale ont été administrés et évalués en fonction de cibles et de quotas de « personnes acceptant la planification » – c'est-à-dire des femmes ou des couples persuadés par des travailleurs de santé à adopter une méthode contraceptive.

Les défenseurs des droits des femmes militant tant dans des régions

## L'explosion démographique a-t-elle pris fin ?

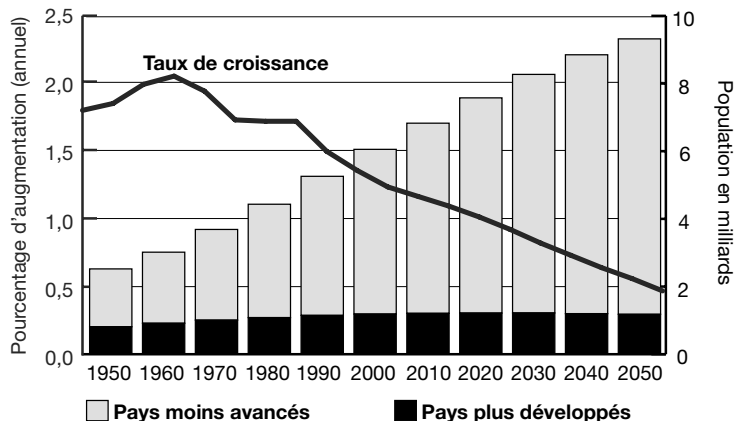
Les débats qui ont récemment eu lieu sur la scène internationale à propos de la politique relative à la population ont minimisé l'importance de la croissance démographique mondiale, même si elle monte toujours en flèche dans de nombreuses régions du globe. Les premières politiques adoptées dans ce domaine ont été essentiellement poussées par la crainte de voir un accroissement démographique rapide freiner le progrès socioéconomique. Ces préoccupations ont fait surface pendant une période de croissance démographique sans précédent, qui a débuté dans les années 50 dans les pays moins avancés – déclenchant ce que l'on appelle souvent une « explosion démographique ». La disponibilité, dans ces nations, de soins médicaux modernes, une meilleure nutrition et une infrastructure des transports plus étendue ont contribué, entre autres facteurs, à une chute rapide de la mortalité. La fécondité est cependant restée relativement élevée. Le nombre des naissances dépassant celui des décès par des marges toujours plus importantes, la population des pays moins avancés a fait un bond de 1,7 à 4,9 milliards de personnes entre 1956 et l'an 2000. Celle des pays plus développés est passée de 0,8 à 1,2 milliard de personnes durant la même période. Le total pour les pays industrialisés devrait baisser légèrement d'ici l'an 2050, alors que celui des nations moins avancées continue à monter et devrait dépasser 8 milliards à la même date. La population mondiale passera de 6 milliards en 2000 à 9 milliards en 2050 (voir figure)

Le taux de croissance de la population mondiale a atteint son sommet dans les années 60, puis a commencé à décliner lentement dans de nombreuses régions du monde. Les progrès sociaux et économiques enregistrés entre les années 60 et 90 ont renforcé l'idée selon laquelle les couples pouvaient contrôler le nombre de leurs enfants et qu'il était préférable d'avoir des familles moins nombreuses. Les possibilités d'éducation et d'emploi offertes aux femmes les ont encouragées à se marier et à avoir des enfants plus tard – ce qui a aussi ralenti la rapidité de l'accroissement démographique.

Les politiques relatives à la population et les programmes de planification familiale ont aussi beaucoup contribué aux chutes des taux de fécondité constatées un peu partout dans le monde. Ces programmes ont encouragé un accès plus grand aux contraceptifs modernes et permis aux couples de calculer l'espace-temps des naissances plus efficacement que dans le passé.

Durant cette même période, certains pays de l'Asie de l'Est et du Sud-Est et d'Amérique Latine ont connu un développement économique robuste. Les gouvernements des pays les plus grands – dont la Chine, l'Indonésie, la Thaïlande et le Mexique – avaient en outre des politiques spécifiques visant à abaisser la croissance démographique en faisant la promotion de familles moins nombreuses. Le taux de fécondité a rapidement chuté dans beaucoup de ces pays.

**Population mondiale et taux de croissance démographique de 1950 à 2050**



Source : Nations Unies, *World Population Prospects: The 2000 Revision* (à venir en 2001).

Ce déclin marqué de la fécondité dans certains pays d'Asie et d'Amérique latine ainsi que dans les nations plus développées, a amené certains observateurs à déclarer que « l'explosion démographique a pris finie ».<sup>1</sup> Mais il existe deux mondes parallèles : celui dans lequel le taux de fécondité est faible et baisse avec les progrès du développement économique, et l'autre où elle demeure élevée et une bonne partie de la population est enfermée dans la pauvreté.

Les couples américains ont en moyenne deux enfants chacun – le nombre requis pour le remplacement de chaque parent pour toute la population, et pour éviter une croissance démographique à long terme. La plupart des sociétés industrialisées ont maintenant une moyenne de moins de deux enfants par couple et certains pays vont voir leur population baisser. Certains des plus grands des pays moins avancés – la Chine, la Corée du Sud, la Thaïlande et le Brésil, par exemple – connaissent aussi des taux de fécondité qui se rapprochent de la moyenne de deux enfants ou sont en dessous. Dans les années 1990, les Nations Unies ont abaissé par deux fois leurs prévisions de croissance démographique afin de tenir compte des chutes inattendues de la fécondité dans plusieurs régions du monde. Ce ralentissement de la croissance a contribué à faire dire que « la plus grande préoccupation dans de nombreux pays – qui ne sont pas tous riches – est le fait qu'il n'y a pas assez de bébés et non pas trop ».<sup>2</sup>

Ce point de vue ignore le « deuxième monde » de population que constituent les pays d'Afrique subsaharienne, de l'Asie du Sud et ailleurs, dans lesquels les taux de fécondité (et de mortalité) sont toujours relativement élevés. Il ne tient pas non plus compte du fait que l'accroissement de la population continue sur son élan. Des décennies de croissance rapide ont fait qu'il y a actuellement plus que jamais auparavant des jeunes hommes et des jeunes femmes en âge de procréer : et derrière eux on trouve une importante génération d'enfants qui pourront en avoir dans la décennie qui vient. Cette énorme génération de jeunes donne l'élan nécessaire à une croissance démographique continue au XXI<sup>e</sup> siècle, même si les couples auront probablement moins d'enfants que dans le cas des générations précédentes. La population mondiale a atteint un

total de 6 milliards de personnes en 1999 et on peut s'attendre à ce qu'elle se monte à 9 milliards en 2050, à condition que d'ici à cette date, la famille moyenne passe de 2,8 (chiffre actuel) à 2,1 enfants par femme.

La population cessera de croître si la fécondité tombe à deux enfants en moyenne pour le monde (niveau de remplacement). Les naissances compenseraient alors les décès, ce qui donnerait une population au chiffre stable. Mais, pour atteindre un niveau de fécondité de remplacement, il faut un accès généralisé à la planification familiale et d'importantes transformations sociales dans certains pays. Les femmes ont en moyenne cinq à six enfants dans les pays les plus pauvres. En Inde – le deuxième pays du monde en termes de population – la fécondité a nettement baissé au cours des dernières décennies, mais elle demeure à 3,2 enfants par couple, ce qui est substantiellement au-dessus du niveau de remplacement. Même lorsque les pays atteignent celui-ci, l'élan donné par la population assure une croissance future. La Chine, par exemple, a une moyenne de deux enfants ou moins depuis environ dix ans, mais l'élan fourni par la pyramide des âges signifie qu'au cours des années 90 il est né 11 millions de Chinois de plus qu'il n'en est décédé. Aux niveaux actuels de fécondité, selon les prévisions des Nations Unies, la population du pays continuera à croître jusqu'à l'an 2030 environ.

Lorsque la presse passe de « l'explosion démographique » à la « raréfaction des naissances », le public a de fortes chances de ne plus comprendre, et les décideurs risquent de remettre en question la nécessité des politiques et programmes démographiques. Les conférences de l'ONU ont contourné le problème d'une croissance démographique rapide (et de l'élan de la population), le but étant plutôt de renforcer la santé et le bien-être des personnes. La question qui reste est de savoir si les hommes politiques investiront les montants nécessaires à ces deux objectifs, qu'ils aient ou non conscience de l'existence d'une crise démographique.

#### Références

1. Ben Wattenberg, « The Population Explosion is Over », *The New York Times Magazine*, 25 novembre 1997.
2. « The Empty Nursery », *The Economist*, 23 décembre 2000. Consulté en ligne à [www.economist.com](http://www.economist.com) le 26 janvier 2001.

plus développées que moins avancées se sont unis pour s'opposer à une stratégie de freinage de la croissance démographique qui se fonderait sur une démarche hiérarchisée, du sommet à la base, et définies en termes de chiffres cibles. Leur argument est que cette optique encourage les méthodes coercitives et bafoue le droit de la femme à procréer librement. D'après ces groupes, les programmes menés en fonction de cibles et de quotas, ont tendance à privilégier des objectifs numériques au détriment de la qualité de service et du droit des femmes à choisir d'avoir ou non des enfants.

Un autre travers de cette approche, expliquent les défenseurs des droits des femmes, est que l'axe de nombreux programmes de planification familiale – fournir des contraceptifs et informations connexes – est d'envergure trop limitée. Ils soutiennent que les programmes de planification familiale seraient plus probants s'ils tenaient compte du contexte social et culturel dans lequel s'inscrivent les rapports sexuels, la maternité et l'usage des contraceptifs.

## **La conférence du Caire en 1994**

Lorsque l'ONU a rassemblé les dirigeants de multiples pays au Caire, à l'occasion de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en septembre 1994, de profonds clivages idéologiques divisaient les participants sur certaines questions alors que d'autres les unissaient en un surprenant consensus. Deux années de négociations ardues, sans égales, avaient précédé la CIPD et les travaux visant à déboucher sur un accord empreint de sens se sont poursuivis à une cadence effrénée pendant la conférence. Les personnes souhaitant promouvoir la santé féminine, tant au sein qu'à l'extérieur des délégations nationales, ont vigoureusement préconisé d'intégrer les notions de santé de la reproduction et de droits y afférents, dans le document final de la conférence. Or, ces termes n'avaient

jamais auparavant été définis dans un contexte international et négocier une définition acceptable à toutes les parties s'est avéré difficile (voir page 11, et l'Appendice en page 48). Le Vatican ainsi qu'un petit nombre de pays catholiques et musulmans se sont offusqués de la définition donnée à la santé de la reproduction et aux droits de procréer. Un point central de discordance était de savoir si l'on devait ou non interpréter l'avortement comme un élément de santé de la reproduction constituant un droit universel pour les femmes. Le débat sur l'interruption de grossesse fut une source de grande médiatisation pour la CIPD, même si les thèmes de la conférence dépassèrent largement celui de la santé de la reproduction chez la femme.

A l'issue de la conférence, les 180 pays qui s'étaient retrouvés au Caire ont convenus d'appréhender les questions de démographie sous un nouveau jour. Le plan d'action sur 20 ans adopté à la conférence élargissait le champ des mesures antérieures concernant la population. Il se gardait d'énoncer des cibles démographiques précises mais exhortait les gouvernements à prendre des mesures dans bien des domaines afin de promouvoir l'épanouissement des personnes et de stabiliser la croissance démographique. Le programme préconisait des investissements dans le but de favoriser la santé, l'instruction et les droits des personnes – tout particulièrement des femmes – ainsi que la prestation de services de planification familiale à fournir dans le cadre de soins d'ensemble visant la santé de la reproduction.

Il est dit que cette conférence jalon a « recentré » les débats sur la population. Au cœur du nouvel ordre du jour est l'argument selon lequel répondre aux besoins de la personne est un moyen plus humain et efficace de ralentir la croissance démographique que perpétuer l'ancien modèle qui était axé sur le recours à la planification familiale. En insérant les causes et les effets d'une croissance démogra-

phique rapide dans le contexte de l'épanouissement de la personne et du progrès social, pouvoirs publics et personnes de tout horizon politique, religieux et culturel pouvaient soutenir les recommandations du congrès. S'il y eut bien des divergences idéologiques et religieuses sur des questions telles que définitions de la santé de la reproduction, de la sexualité des adolescents et de l'avortement, presque tous les pays éternèrent le programme final.

Le plan d'action du Caire est ambitieux : il contient, en effet, plus de 200 recommandations dans les domaines de la santé, du développement et du bien-être social. Un élément central est la recommandation d'assurer des soins de santé de la reproduction d'ensemble incluant la planification familiale, la grossesse et l'accouchement sans danger, l'interruption de grossesse dans les pays où elle est licite, ainsi que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (dont le VIH/SIDA), l'information et le conseil sur la sexualité et l'élimination de pratiques préjudiciables aux femmes (telles que mutilations sexuelles et mariage forcé).

### **Facteurs ayant influé le consensus du Caire**

La conférence du Caire a eu une envergure beaucoup plus vaste et a regroupé bien davantage que les congrès précédents organisés dans le monde sur le thème de la population. Elle a rassemblé 11.000 représentants de gouvernements, organisations non gouvernementales (ONG), agences internationales et militants. La diversité de vues exprimées a contribué à l'élaboration d'un consensus international sans précédent en 1994.

#### **Large participation des ONG.**

L'intérêt porté par la CIPD à la santé et aux droits des femmes s'explique, en partie, par la participation active de plus de 1.200 ONG. Lors des réunions internatio-

nales précédentes, un petit nombre d'ONG avaient apporté leur contribution, à titre limité ; la conférence sur la population à Mexico, en 1984, avait réuni 139 ONG en qualité d'observateurs, par exemple. Des représentants des ONG avaient participé à la conférence du Caire en qualité de délégués ou d'observateurs et collaboré de près avec les gouvernements dans le but de dresser le plan d'action. Pour la première fois, un vaste éventail d'intérêts – de la base aux plus hauts niveaux de gouvernement – éclairaient les délibérations de la conférence.

**Influence des réseaux de femmes.** Dès 1994, les groupes de femmes avaient émergé en tant que force bien organisée et puissante dans les réunions de l'ONU. Certaines associations de femmes avaient commencé à établir des réseaux actifs bien avant la conférence du Caire. Elles ont élaboré et distribué des documents d'information dont se servirent gouvernements et ONG pour se préparer au congrès. Un rassemblement de femmes regroupant plus de 400 organisations de 62 pays s'employa à convaincre les délégués chaque jour pendant les débats de la conférence du Caire. C'est à la pression constante exercée par ce rassemblement sur les délégations que l'on doit le langage ferme en faveur de la santé, des droits et des possibilités pour les femmes qui figure dans le document de la conférence du Caire.<sup>4</sup>

**Responsables de haut niveau.** Le responsable du FNUAP, Nafis Sadik, a travaillé sans relâche avec les gouvernements et les ONG à travers le monde pour définir le débat démographique en termes de santé et de droits des femmes. L'administration Clinton a soutenu fermement le programme du Caire. Le Département d'Etat des Etats-Unis ainsi que l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) ont étroitement collaboré avec les associations de femmes et autres

*Le plan d'action du Caire élargissait le champ des mesures antérieures la population.*

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

*Les nouvelles politiques démographiques préconisaient d'intégrer la planification familiale et d'autres services de santé de la reproduction dans les soins de santé de base.*

ONG pour l'élaboration de positions officielles et fait pression sur d'autres gouvernements en vue de faire accepter le consensus qui se dessinait.

**Accent sur les droits de la personne.** L'ONU a parrainé plusieurs traités et conventions qui établissent un fondement juridique garantissant le droit de la personne à la liberté, à la protection de sa vie privée et à sa dignité. Ces conventions préconisent aussi l'égalité de droits entre hommes et femmes ainsi que des prises de mesures par l'État pour mettre un terme à toute forme de discrimination. Les délégués à la Conférence mondiale sur les droits de la personne organisée en 1993 à Vienne insistèrent sur le fait que les droits des femmes et des filles font partie des droits humains et affirmèrent que les femmes devraient atteindre les normes de santé physique et mentale optimales au cours de leur vie. En prenant appui sur ces antécédents, les congressistes du Caire ont défini la santé de la reproduction et la santé sexuelle comme faisant partie de ces droits universellement reconnus.

**Idées renforcées lors de conférences ultérieures.** D'autres réunions de l'ONU organisées dans les années 90 ont contribué à renforcer le soutien réuni pour le consensus du Caire, notamment le sommet mondial pour le développement social qui a eu lieu en 1995 à Copenhague ainsi que la quatrième conférence mondiale sur les femmes qui s'est déroulée en 1995, à Pékin. Un bon nombre des mêmes réseaux de femmes, bien en vue au Caire, sont activement intervenus dans le but de façonner l'ordre du jour et de veiller à l'adoption d'un langage similaire sur la santé de la reproduction et les droits y afférents lors de ces conférences.

### **Bilan, cinq ans après le Caire**

En 1999, soit cinq années après la conférence du Caire, l'ONU convia à nouveau les États du monde à une série de réunions dans le but de discuter de politique afférente à la population et au développement. Cette analyse, baptisée CIPD + 5 ou le Caire + 5, a donné lieu à plusieurs rencontres qui culminèrent en une séance de l'Assemblée générale de l'organisation en juin 1999. Cette réunion mis l'accent sur les mesures clés à prendre pour atteindre les buts fixés en 1994.

Bien des points qui avaient été source de discordes lors de la conférence du Caire, comme la sexualité des adolescents et l'avortement, provoquèrent également des controverses lors de ce bilan, cinq ans plus tard. Une fois encore, toutefois, les délégations parvinrent à surmonter leurs différences politiques, culturelles et religieuses et à atteindre un consensus. L'analyse se termina par l'adoption d'un document « d'actions clés afin de poursuivre la mise en œuvre du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement ». Ce document prévoit de nouveaux jalons pour l'an 2015 affinant encore les buts établis en 1994.

Dans le courant de l'analyse, on a relevé une foule d'illustrations à travers le monde sur les résultats de ces nouvelles approches politiques et pro-

grammatiques ainsi que des exemples d'obstacles à la mise en œuvre du programme d'action. Ce processus d'analyse a conforté deux principes importants : que la santé et les droits des femmes occupent une place centrale dans les politiques afférentes à la population et au développement et que les acteurs non gouvernementaux jouent un rôle essentiel dans les délibérations concernant les questions démographiques à l'échelon local, national et international.

## Améliorer la santé de la reproduction

La santé de la reproduction est une notion relativement nouvelle dans les discussions mondiales sur la population. Au cours des années 90, cette expression a été largement reprise à travers le monde, à la fois pour qualifier un ensemble précis de préoccupations de santé et pour définir une approche globale de réflexion sur les questions en rapport avec la population.

### Arrêter l'ordre du jour

Le programme d'action du Caire définissait, pour la première fois, la santé de la reproduction dans un document de politique internationale. Selon lui, « par santé de la reproduction [on entend] le bien-être général, tant physique, que mental et social de la personne... pour tout ce qui concerne l'appareil reproducteur... et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités... ». On y lit aussi que les soins de santé de la reproduction doivent améliorer les droits des personnes y compris « celui de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances » ainsi que du droit à « une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité ». (Voir l'Appendice en page 49 pour la définition complète). Cette définition dépasse les notions traditionnelles de soins de santé qui

sont de prévenir la maladie et la mort et encourage une appréciation plus complète de ce qu'est une personne en bonne santé.

La santé de la reproduction prend en compte les principes de droits, d'équité, de dignité et de responsabilité dans les rapports au sein du couple.<sup>5</sup> Lorsqu'un femme est incapable de contrôler les éléments fondamentaux de cette relation, tels qu'avoir des rapports sexuels sans y être forcée, il s'agit d'une question de santé de la reproduction, même si le système de soins n'en traitera probablement que les conséquences – une grossesse non souhaitée ou une infection sexuellement transmissible (IST – couramment appelée maladie sexuellement transmissible ou MST).

Améliorer la santé de la reproduction signifie davantage que prodiguer des soins pendant les années où la femme est en mesure de procréer.<sup>6</sup> Une mauvaise nutrition au cours de l'enfance et de l'adolescence, par exemple, est un grand facteur affaiblissant la santé lors de la grossesse et de l'accouchement. Ce mauvais état de santé peut être transféré au bébé surtout lorsque le nouveau-né est d'un faible poids à la naissance (à savoir pèse moins de 2,5 kg). Des pratiques nuisibles, telles que l'ablation des organes génitaux chez la femme (en Afrique, principalement), les violences familiales et le trafic en vue d'exploitation sexuelle sont une infraction aux droits de santé physique, sexuelle et reproductive des femmes. Et des années plus tard, celles-ci peuvent souffrir d'infirmités causées par un accouchement ou une IST.

Les hommes sont aussi touchés par ces problèmes, notamment par les IST, mais ce sont les femmes qui paient le plus lourd tribut en termes de mauvais état de santé (voir le tableau 1). Grossesse et accouchement, lesquels englobent l'avortement à risque, représentent les facteurs grevant le plus la santé des femmes dans les années où elles peuvent procréer. Outre la maternité, les

Tableau 1

## Aspects choisis de la santé de la reproduction des hommes et femmes dans le monde, années 90

Problème de santé	Total	Femmes	Hommes
Décès de mères du fait de complications lors de la grossesse ou de l'accouchement, par an	515 000	515 000	—
Complication grave du fait de la grossesse ou de l'accouchement, par an	15–20 millions	15–20 millions	—
Avortements risqués, par an	20 millions	20 millions	—
Adultes vivant avec le VIH/SIDA (en 2000)	34,7 millions	16,4 millions	18,3 millions
Nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les adultes (en 2000)	4,7 millions	2,2 millions	2,5 millions
Nouveaux cas d'IST pouvant être guéris, par an	333 millions	166 millions	167 millions
Prévalence des IST	250 millions	175 millions	75 millions
Stérilité masculine et féminine	50 à 80 millions	—	—
Nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, par an	470 000	470 000	—
Femmes ayant subi une ablation de leurs organes génitaux	130 millions	130 millions	—
Couples dont les besoins de planification familiale ne sont pas satisfaits	100–150 millions	—	—

— Non applicable ou on disponible.

N.B. : IST signifie infection sexuellement transmissible. Les besoins de planification familiale non satisfaits correspondent au cas où un couple souhaite retarder ou éviter une grossesse mais ne recourt pas aux contraceptifs.

Sources : C. Abouzahr, « Background Paper on Reproductive Health ». Préparé pour l'Institut de la Banque mondiale à Washington, 1999 ; ONUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (décembre 2000) ; B. Robey, J. Ross et I. Bhushan, *Population Reports*, série J, no 43 (septembre 1996) 3-6, estimations non publiées des besoins insatisfaits obtenues auprès du Centre pour la population, la santé et la nutrition de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international ; J. Ferlay, F. Bray, P. Pisani et D.M. Parkin, *Globocan 2000* (Agence internationale de l'OMS pour la recherche sur le cancer, à paraître) ; ONU, *The World's Women 2000 : Statistics and Trends* et l'UNICEF « Santé maternelle ». Consulté en ligne à [www.childinfo.org/eddb/maternal.htm](http://www.childinfo.org/eddb/maternal.htm), le 6 mars 2001.

infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, sont une grande cause d'invalidité et de décès chez les femmes, à travers le monde.

Les soins de santé de la reproduction comprennent bien des volets, notamment :

- l'information et les services sur les contraceptifs ;
- les soins prénataux ;
- un accouchement sans danger et les soins postnataux ;
- la prévention et le traitement des IST, dont le VIH/SIDA ;
- l'interruption de grossesse (dans les pays où elle est légale) ainsi que les soins postérieurs à l'avortement ;
- la prévention et le traitement de la stérilité ;
- l'élimination de pratiques nuisibles telles qu'ablation des organes génitaux féminins, trafic en vue d'exploitation sexuelle ainsi que violences dirigées contre les femmes ; et

- d'autres services de santé féminine, dont le diagnostic et le traitement pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.

Le programme d'action du Caire a appelé tous les pays à fournir ces services, dès 2015, principalement par le biais du système de soins médicaux de base.

Dans ce programme, la santé de la reproduction est définie en termes larges, mais des buts chiffrés et des devis ont toutefois été établis dans trois grands domaines d'intervention : augmenter le recours aux services de planification familiale, réduire le taux de mortalité maternelle et prévenir les infections sexuellement transmissibles. Dans les paragraphes qui suivent, nous abordons les questions concernant les politiques et les programmes en rapport avec ces trois domaines ainsi qu'un quatrième sujet d'importance cruciale, celui des besoins particuliers des adolescents.



## Augmenter le recours aux services de planification familiale

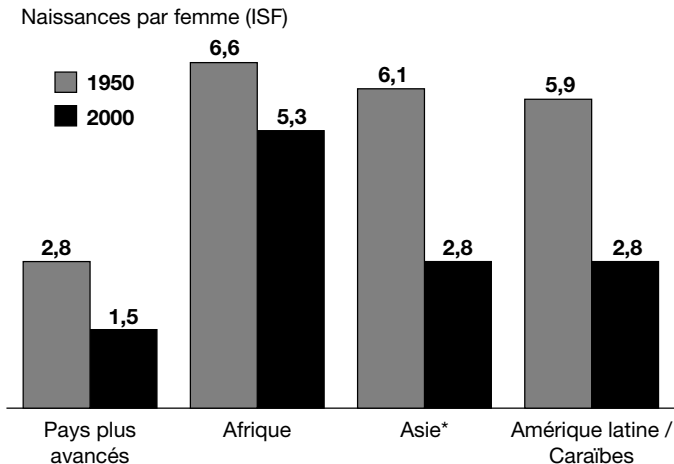
Depuis longtemps, la planification familiale constitue un élément clé des politiques et des programmes concernant la population et un volet central de la santé de la reproduction. Non seulement la planification familiale permet aux couples de limiter leur nombre d'enfants mais elle contribue à abaisser le taux de fécondité et à ralentir la croissance démographique en aidant les femmes à espacer leurs grossesses. La planification familiale est aussi un facteur propice à la santé des mères et des bébés lorsqu'elle amène la jeune fille à attendre la fin de son adolescence pour concevoir et à espacer ensuite ses grossesses de deux ans, au moins. La planification familiale peut protéger la femme plus âgée ou celle souffrant de problèmes de santé spécifiques qui se retrouverait exposée à des risques accrus en cas de maternité supplémentaire.

On n'a jamais fait autant usage de la planification familiale, or, il se peut qu'il n'y ait jamais eu autant de personnes ayant besoin ou envie de l'utiliser. En effet, le nombre de couples devant avoir accès à la planification familiale croît plus vite encore que la population en âge de procréer parce qu'une part grandissante de cette tranche d'âge souhaite limiter le nombre d'enfants dans leur famille.

Plus de la moitié des unions dans les pays moins avancés ont recours à la planification familiale de nos jours, comparé à 10 % seulement dans les années 60. Cette augmentation spectaculaire de l'usage de la planification familiale a entraîné une chute beaucoup plus marquée de la fécondité dans les pays moins avancés que dans les nations plus développées. Aux Etats-Unis et en Europe, la transition de la famille nombreuse à celle de taille plus restreinte s'est effectuée au fil de 100 à 150 ans, mais il a suffi de quelques décennies pour que la taille moyenne des familles se contracte presque autant dans les pays moins avancés (voir la figure 1).

Figure 1

## Fécondité dans les régions du monde, 1950 et 2000



N.B. : L'ISF (indice synthétique de fécondité) est le nombre total moyen d'enfants par femme, compte tenu du taux de natalité existant.

\* A l'exclusion du Japon qui est inclus dans la moyenne des pays plus avancés.

Sources : Nations Unies, *World Population Prospects : The 1998 Revision* : tableaux A. 1 et A.20 et C. Haub et D. Corneliuss, *Fiche de données sur la population mondiale 2000* (Population Reference Bureau, 2000).

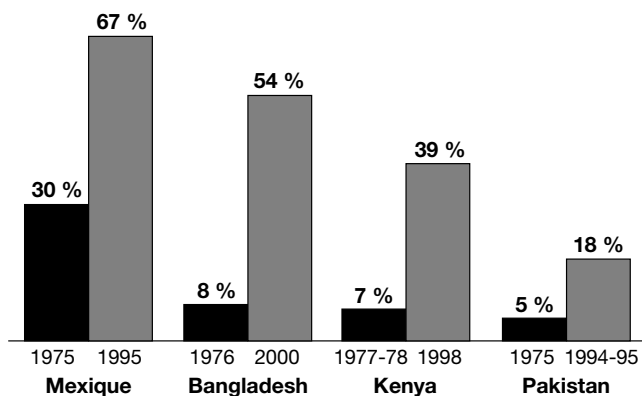
La famille moins nombreuse est le reflet d'une transformation des attitudes au sujet de la maternité. Au fur et à mesure que les pays se modernisent et s'urbanisent, que les femmes sont plus instruites et se marient plus tard, les couples souhaitent moins d'enfants. Par exemple, dans les années 70 au Kenya, les femmes disaient vouloir sept enfants ou plus, en moyenne. Pendant les années 90, les femmes kényanes déclarent souhaiter avoir moins de quatre enfants, en moyenne. En Colombie et en Indonésie, les femmes veulent moins de trois enfants aujourd'hui comparé à un peu plus de quatre dans les années 70.<sup>7</sup>

Au cours des 30 dernières années, la mise à disposition croissante de méthodes modernes de contraception, telles que pilules, injections, dispositifs intra-utérins et stérilisation a permis aux femmes et aux couples d'espacer la naissance de leurs enfants et d'avoir une famille de taille plus réduite, si tel est leur désir. Les programmes structurés de planification familiale ainsi que la promotion du recours à ses méthodes ont aussi joué

Figure 2

## Recours aux moyens contraceptifs dans des pays choisis, aux alentours de 1975 et 1995 ou ultérieurement

Pourcentage des femmes mariées (tranche d'âge 15-49 ans) ayant recours à la contraception.



Sources : Nations Unies, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (1999) ; et EDS de 1994 à 2000. Consulté en ligne à : [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com) le 23 janvier 2001.

un rôle important. Certains démographes attribuent aux programmes de planification familiale 40 à 50 % de la chute de fécondité dans les pays moins avancés depuis les années 60.<sup>8</sup> Même les couples vivant en collectivité rurale à faibles revenus, dans des pays comme le Bangladesh et le Kenya, ont désormais accès aux moyens modernes de contraception, grâce à la mise en place de programmes structurés ayant permis de rapprocher informations et services pour ces communautés (voir la figure 2).

### Besoins de planification familiale non satisfaits

En dépit de ces progrès, on relève de grandes disparités dans le recours aux services de planification familiale. Le pourcentage de femmes en âge de procréer se servant de ces méthodes s'échelonne de moins de 10 % dans bien des pays de l'Afrique subsaharienne à plus de 60 % au Brésil, en Thaïlande et à plus de 80 % en Chine. Et au sein du même pays, le recours à la planification familiale est beaucoup plus élevé en milieu urbain que rural et dans les classes aisées que parmi les pauvres.

Bien des femmes, surtout dans les pays moins avancés, continuent à devenir enceintes avant qu'elles ne l'escomptent et ont plus d'enfants qu'elles n'en avaient l'intention. D'après les estimations des experts, entre 100 à 150 millions de femmes dans le monde moins développé voient leurs besoins de planification familiale « non satisfaits ».<sup>9</sup> Ces estimations se fondent sur des sondages qui incluent des questions au sujet des intentions des femmes en matière de maternité. Les démographes définissent une femme comme ayant un besoin de planification familiale non satisfait lorsqu'elle dit préférer éviter une grossesse sans toutefois recourir à une méthode contraceptive. Dans certains pays, plus du quart des femmes mariées en âge de procréer ont un besoin de planification familiale non satisfait (voir la figure 3). Si l'on avait inclus dans ces sondages les femmes célibataires ayant des rapports sexuels, ces chiffres seraient certainement plus élevés.

Le programme d'action du Caire préconise l'accès universel « à toute une gamme de méthodes sûres et fiables de planification familiale ainsi qu'aux services de santé de la reproduction connexes ». Lors du bilan, cinq ans après la conférence, les gouvernements ont approuvé l'établissement d'un jalon plus précis, c'est-à-dire réduire ce besoin insatisfait de planification familiale sans s'appuyer sur des chiffres cibles ou des quotas.<sup>10</sup>

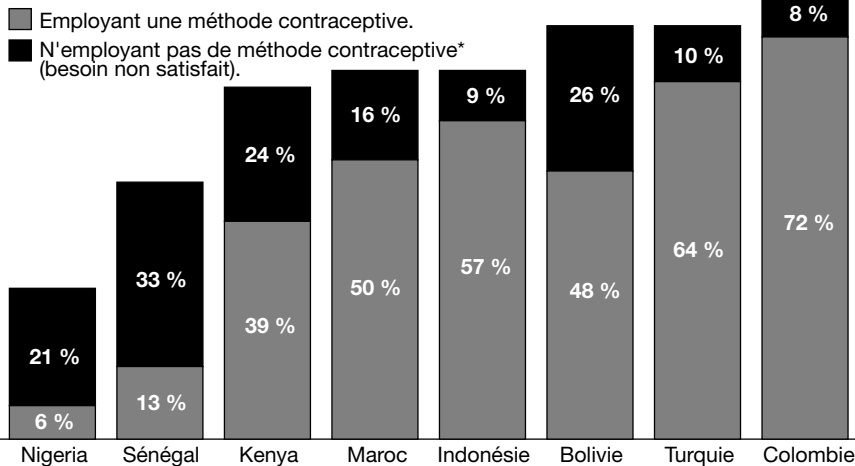
### Obstacles à l'usage de la planification familiale

Une vaste majorité de la population, partout dans le monde, sait ce qu'est la planification familiale, mais les études nous rapportent une série de raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas recours à la contraception même lorsqu'elles disent préférer éviter une grossesse.<sup>11</sup> Nombreuses sont les femmes (et leurs maris) à craindre les effets secondaires indésirables des méthodes contraceptives. D'autres femmes sont dissuadées d'y avoir recours, du fait de la désapprobation exprimée par la mari ou de la

Figure 3

## Recours aux méthodes contraceptives chez les femmes préférant éviter une grossesse, pays choisis, années 90

Pourcentage de femmes mariées (tranche d'âge 15 – 49 ans) préférant éviter une grossesse.



\* Les femmes souhaitant éviter une grossesse mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive sont définies comme ayant un « besoin non satisfait » de planification familiale.

Source : Enquêtes démographiques et de santé, rapports définitifs de pays. Disponible en ligne à : [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

pression exercée par la famille pour qu'elles aient plus d'enfants. Certains couples s'opposent à l'usage de la contraception pour des motifs religieux. Les difficultés rencontrées pour obtenir des contraceptifs et le manque de personnel de santé qualifié sont deux facteurs susceptibles de restreindre l'accès aux méthodes de planification familiale. Les jeunes, en particulier, sont confrontés à beaucoup d'obstacles d'ordre économique, social, politique et culturel qui s'opposent à leur utilisation de moyens contraceptifs.

Les experts de la planification familiale craignent de plus en plus qu'il n'y ait pas de stocks suffisants de contraceptifs, à des prix abordables, pour ceux qui en ont besoin. En général, les prestataires de services du secteur public ou à but non lucratif obtiennent des contraceptifs à prix réduit ou par voie de dons, ce qui leur permet de répondre aux besoins de populations à faibles revenus qui ne pourraient se procurer ces moyens à la

pharmacie. Ces prix réduits et ces dons ont été possible grâce à un financement accordé par les gouvernements de pays plus avancés (en particulier des Etats-Unis) et les institutions multilatérales telles que la Banque mondiale et les Nations Unies.

L'ONU estime que le nombre d'utilisateurs de contraceptifs augmentera de plus de 40 %, passant de 525 à 742 millions de personnes, entre l'an 2000 et 2015. Compte tenu des enveloppes d'assistance actuelles, l'ampleur des stocks pourrait ne pas suivre celle de la demande. D'ores et déjà on signale de fréquentes « ruptures d'approvisionnement » en contraceptifs dans certains pays – en partie pour cause de mauvaise gestion des réseaux de distribution et d'achat de stocks insuffisants de la part de l'Etat.<sup>12</sup>

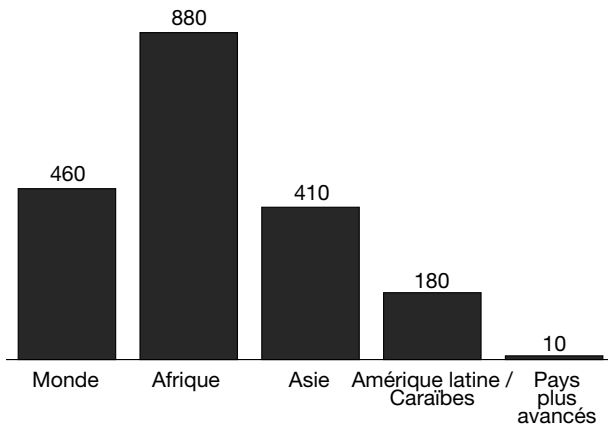
### Faire reculer la mortalité maternelle

Dans les pays moins avancés, les complications liées à la grossesse et à l'ac-

Figure 4

## Ratios de mortalité maternelle dans diverses régions du monde, début des années 90

Nombre de décès de mères pour 100.000 naissances vivantes



Source : L. Parikh et B. Shane, *Femmes de notre monde 1998* (Population Reference Bureau, 1998), tirée de données de l'OMS, de l'UNICEF et des Nations Unies.

couchement sont les causes majeures d'invalidité et de décès parmi les femmes en âge de procréer. Plus de 500.000 femmes meurent chaque année des suites de leurs couches, dont 95 % dans le monde moins développé, en particulier l'Afrique et l'Asie. De tous les chiffres de santé adulte que suit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), c'est le taux de mortalité maternelle dans les pays développés et les nations moins avancées qui affiche les écarts les plus importants. Le ratio mortalité maternelle/naissance d'un enfant vivant varie de 10 pour 100.000 dans les régions plus développées à 880 pour 100.000 en Afrique (voir la figure 4).

Etant donné que, dans les pays plus avancés, la plupart des femmes ont accès à des soins de haute qualité, il est rare qu'elles meurent en couches. Mais mettre un enfant au monde est beaucoup plus risqué dans les nations moins avancées. La mortalité maternelle est fortement associée à des services de santé de qualité inférieure aux normes et à un manque de suivi médical pendant et tout de suite après l'accouchement.

Dans les pays moins avancés, la majorité des enfants – 60 % environ – ne naît pas en centre de santé. Mettre au monde à la maison n'est pas, en soi, dangereux si la famille de la parturiente et la personne qui l'assiste, d'une part, sont capables de reconnaître les signes de complication pendant le travail et l'accouchement et, d'autre part, peuvent l'emmener sans tarder dans une installation où elle sera correctement prise en charge, en cas de difficulté.

Dans certains cas, la famille ne peut transporter la future mère dans un centre de soins, à temps, ou ne l'y emmène pas de peur qu'on ne les traite avec condescendance, qu'on leur impose des coûts de traitement élevés ou qu'elle soit mal soignée.

Le décès d'une mère peut avoir de terribles conséquences pour sa famille : lorsqu'une mère meurt dans un pays moins avancé, le risque que ses enfants âgés de moins de 5 ans ne survivent pas augmente parfois de moitié.<sup>13</sup> De plus, la mort de ces femmes touche la société et l'économie puisqu'elles périssent dans leurs années les plus productives.

A chaque décès maternel, il faut encore ajouter les multiples souffrances qui résultent de traumatismes, infections et handicaps en rapport avec la grossesse et l'accouchement. Mettre au monde entraîne chez quelques femmes un éclatement de l'utérus, une salpingite aiguë et une lésion de l'appareil reproducteur qui peuvent, en l'absence de soins, être source d'incontinence. L'OMS estime que, chaque année, plus de 20 millions de femmes souffrent de maux liés à la grossesse et à l'accouchement qui ne sont pas soignés.

Dans le programme d'action du Caire, les gouvernements ont été instamment priés de combler le fossé qui sépare les taux de mortalité maternelle dans les pays moins avancés et les nations plus développées en adoptant comme objectif un taux inférieur à 60 décès de mères pour 100.000 naissances vivantes dans l'ensemble des pays. Dans l'évaluation sur cinq ans, un nouveau jalon a été

ajouté pour les pays à forte mortalité maternelle : veiller à ce que du personnel de santé formé prête son concours dans au moins 60 % des naissances (voir la figure 5).

Toute maternité implique un certain risque, même pour une femme en bonne santé. En effet on estime que 15 % des grossesses débouchent sur des complications qui exigent une intervention médicale. Dans les cas menaçant l'existence, la femme doit recevoir des soins obstétriques d'urgence, qui peuvent inclure une opération chirurgicale et une anesthésie, des transfusions de sang et d'autres soins spécialisés. Il faut aussi prodiguer des soins médicaux particuliers en cas d'avortement difficile, lorsqu'il est incomplet ou qu'il y a infection, hémorragie du col utérin ou de l'utérus. La planification familiale réduit les possibilités de grossesse ainsi que les risques de santé qui s'y rattachent.

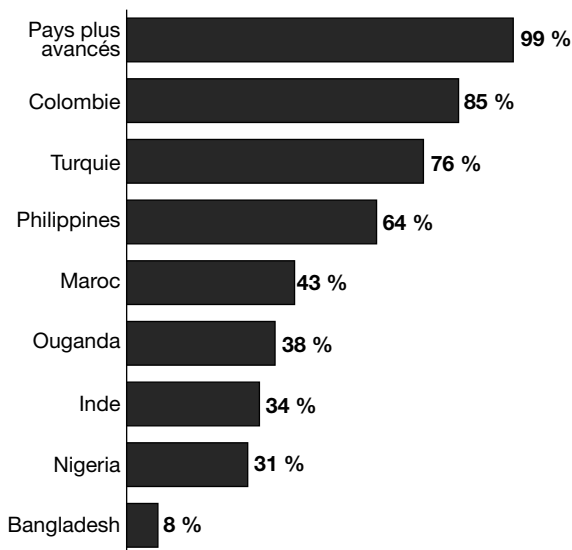
En 1987, une coalition d'agences internationales a lancé « l'Initiative pour la maternité sans danger », afin de mieux sensibiliser les populations sur la mortalité maternelle et de trouver les moyens de la réduire. Toutefois, les progrès ont été lents sous l'effet conjugué d'un manque de financement et d'engagement politique, de la faiblesse des systèmes de soins, de la sensibilisation et des obstacles logistiques auxquels font face les familles en milieu rural. De gros bailleurs de fonds comme la Banque mondiale ont renouvelé leur engagement à promouvoir la maternité sans risque ces dernières années et en ont fait un élément central de leurs programmes de santé féminine.

### Avortements dangereux

D'après les estimations de l'OMS, 13 % de la mortalité maternelle, soit quelque 80.000 décès par an, sont imputables aux séquelles d'un avortement. Ces complications résultent de l'emploi de procédures dangereuses auxquelles on a généralement recours lorsque l'interruption de grossesse est illégale ou inaccessible. Quatre cents avortements sur 100.000

Figure 5

### Pourcentage de naissances avec personnel de soins formé, pays choisis, 1990-1997



Source : UNICEF, *State of the World's Children 1999* : tableau 7.

se soldent par le décès de la femme mais cette moyenne masque des variations notables selon les régions : un avortement pratiqué dans des conditions risquées en Afrique a, au moins, 700 fois plus de chances d'entraîner la mort qu'une interruption de grossesse pratiquée sans danger dans les pays plus développés.<sup>14</sup>

Lorsque l'avortement est illégal ou lorsque l'interruption de grossesse dans des conditions sûres n'est pas disponible, les femmes qui ne souhaitent pas être enceintes peuvent rechercher un avortement clandestin, des médicaments ou un autre moyen d'induire elles-mêmes l'interruption de grossesse. Lorsque ces pratiques provoquent des troubles de santé, ces femmes se retrouvent souvent en salle d'urgence à l'hôpital. D'après les estimations, jusqu'à 50 % des lits d'hôpitaux occupés par des patientes en gynécologie le sont pour cause de complications d'avortement.<sup>15</sup>

L'avortement est peut-être, pour les décideurs, la question de santé féminine qui suscite le plus de divi-

sons. Toutes les conférences mondiales organisées récemment au sujet de la population et de la santé de la reproduction ont provoqué quelque protestation liée à l'interruption de grossesse, que ce soit parmi les confédérés ou à l'extérieur. Le consensus international à l'heure actuelle – péniblement élaboré lors du sommet du Caire et affiné au cours de l'évaluation sur cinq ans – est que l'avortement pratiqué dans des conditions risquées est un sujet qu'il faut aborder dans le but d'en réduire les impacts préjudiciables pour la santé. Les documents de consensus énoncent sans ambiguïté que « l'avortement ne doit, en aucun cas, être promu comme méthode de planification familiale ». <sup>16</sup> Que l'interruption de grossesse soit pratiquée légalement ou non, ont convenus les délégués, il convient de soigner la femme en cas de complications. Lorsque l'avortement est légal, « les systèmes de santé doivent former et équiper les prestataires de service et prendre d'autres mesures pour que l'interruption de grossesse soit sûre et accessible ». <sup>17</sup>

## **Prévenir les infections sexuellement transmissibles**

L'augmentation de la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST), tout spécialement de l'infection par le VIH, a ouvert un nouveau sujet de débat public dans les années 90. En effet, dans le passé, les discours sur les tendances démographiques et sanitaires étaient axés sur la fécondité, or, aujourd'hui, l'incidence croissante de l'infection par le VIH/SIDA et d'autres IST met l'acte sexuel proprement dit sous les feux de la rampe. Dans le souci de sauver des vies humaines, bien des dirigeants de nations ont commencé à parler ouvertement de ce sujet jadis tabou.

A travers le monde, plus d'un adulte sur 10 contracte une IST chaque année et quelque 333 millions de nouveaux cas apparaissent par an (voir le tableau 1, page 14). Le principal responsable de l'augmentation des

IST est le comportement sexuel à risque, dont les rapports sexuels à un âge précoce, la multiplicité des partenaires, les rapports sexuels contre rémunération et certaines pratiques sexuelles spécifiques. <sup>18</sup>

Deux IST courantes, l'infection à chlamydia et la blennorragie, sont asymptomatiques chez la femme mais peuvent gagner l'utérus et les trompes de Fallope, provoquer alors une salpingite aiguë et grandement réduire les chances d'une femme d'être enceinte. C'est ainsi que les IST sont une cause majeure de stérilité dans les pays moins avancés. De plus, une femme enceinte atteinte d'IST peut contaminer son fœtus ou nouveau-né, avec les conséquences de santé préjudiciables que cela implique. <sup>19</sup>

D'autres infections sexuellement transmissibles facilitent aussi la transmission du VIH. Pouvoirs publics et responsables des systèmes de santé ont intensifié leurs efforts en vue de mieux sensibiliser le public au sujet des « rapports sexuels dangereux » et de ralentir les progrès des IST par le biais de programmes de prévention et de soins. Abstinence mise à part, la façon la plus efficace de prévenir les IST est de se servir d'un préservatif. Dans certains pays, comme l'Ouganda, les autorités ont énergiquement encouragé son usage et engrangé quelques résultats positifs (voir l'encadré 3, page 22) ; dans d'autres, comme au Kenya et en Zambie, les campagnes publiques visant à promouvoir l'usage du préservatif se sont heurtées à l'opposition d'institutions religieuses ou de chefs politiques. <sup>20</sup> Bien des dirigeants catholiques notamment répugnent à cautionner l'emploi du préservatif car l'abstinence et la monogamie sont les seules formes de protection qui cadrent avec leur doctrine religieuse.

Les stratégies visant à endiguer la progression des IST sont souvent de deux ordres : d'une part, efforts intensifs de prévention et de traitement en direction de « groupes noyaux » (telles que les travailleuses

du sexe et les hommes à partenaires multiples) qui représentent les principaux vecteurs de transmission et, d'autre part, intégration des programmes de lutte contre les IST dans les services existants de planification familiale et autres prestations de santé. Dans la pratique, il est difficile de détecter les IST pour deux raisons : bon nombre d'entre elles sont asymptomatiques et les tests en laboratoire coûtent cher. Or, administrer des antibiotiques à un grand nombre de personnes à haut risque, que l'infection ait ou non été confirmée serait, sans garantie d'efficacité, d'un coût prohibitif dans la plupart des pays.

### L'épidémie de VIH/SIDA

De toutes les infections sexuellement transmissibles, c'est celle par le VIH/SIDA qui cause le plus de ravages. Il n'existe pas de cure et l'issue de la maladie est presque toujours fatale. Etant donné le long intervalle qui sépare l'infection de l'apparition des symptômes, une personne infectée peut communiquer la maladie à beaucoup d'autres avant de se rendre compte qu'il ou elle est porteur du VIH. A la fin de l'an 2000, on estimait que 36 millions d'adultes et d'enfants à travers le monde vivaient avec le VIH/SIDA, la majorité (plus de 25 millions) se trouvant en Afrique subsaharienne (voir le tableau 2).<sup>21</sup> Au début des années 90, des experts ont mis en garde contre la crise sanitaire grandissante causée par ce virus mais rares ont été ceux à prédire l'énormité de ce phénomène. En Afrique australe, on estime qu'un quart à un tiers de la population adulte est infectée par le VIH.

En Afrique subsaharienne, le VIH se répand principalement par contact hétérosexuel. Les comportements à haut risque et la présence d'autres infections sexuellement transmissibles alimentent sa progression. Dans d'autres zones, y compris dans certaines régions d'Asie, d'Amérique latine, d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, le VIH se transmet en raison de

Tableau 2

### Adultes et enfants vivants avec le VIH/SIDA, en l'an 2000

Région / Pays	Nombre d'adultes et d'enfants vivants avec le VIH/SIDA	Pourcentage d'adultes infectés dans la tranche d'âge 15-49 ans
Dans le monde	36.100.000	1,1
Afrique subsaharienne	25.300.000	8,8
<i>Afrique du Sud</i>	4.200.000	19,9
<i>Botswana</i>	290.000	35,8
Asie du Sud et du Sud-Est	5.800.000	0,6
<i>Inde</i>	3.700.000	0,7
Amérique latine	1.400.000	0,5
Amérique du Nord	920.000	0,6
<i>Etats-Unis</i>	850.000	0,6
Europe de l'Est et Asie centrale	700.000	0,4
Asie de l'Est et du Pacifique	640.000	0,1
<i>Chine</i>	500.000	0,1
Europe de l'Ouest	540.000	0,2
Afrique du Nord et Moyen-Orient	400.000	0,2
Caraïbes	390.000	2,3
Australie et Nouvelle-Zélande	15.000	0,1

N.B. : Les estimations sur les pays datent de décembre 1999, celles des régions de décembre 2000.

Source : ONUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (Juin 2000 et décembre 2000). Consulté en ligne à : [www.unaids.org/epidemic\\_update/report](http://www.unaids.org/epidemic_update/report), le 22 janvier 2001.

la consommation de stupéfiants par voie intraveineuse ainsi que par les rapports sexuels entre hommes et femmes. Les taux nationaux d'infection sont beaucoup plus faibles dans ces zones qu'en Afrique, mais le taux de séropositivité est élevé et en hausse dans certains groupes de population.

Dans la plupart des régions du monde, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de contracter le VIH/SIDA. Toutefois, en Afrique subsaharienne, ce sont les femmes – surtout les jeunes femmes – qui sont les plus exposées. En effet, d'après les estimations, 12 % des femmes ont contracté le VIH/SIDA contre 10 % des hommes dans cette région. Parmi les personnes d'une vingtaine d'années, le taux d'infection chez les femmes est le triple de celui enregistré chez les hommes et, chez les adolescents, les jeunes filles ont cinq fois plus de chances d'être atteintes que leurs homologues masculins.<sup>22</sup>

Les jeunes femmes sont plus susceptibles d'être contaminées par le VIH que les jeunes hommes pour des

## Lutter contre le VIH/SIDA en Ouganda

En Ouganda, l'épidémie de VIH/SIDA a posé un défi majeur sous l'angle du développement social et économique et incité les pouvoirs publics à réagir de manière sans précédent. L'ouverture dont ont fait preuve les autorités ougandaises en abordant la question du SIDA – discutant de sexualité et de ses conséquences en public – contraste fortement avec l'attitude des dirigeants d'autres pays africains qui évitent de débattre publiquement de sujets liés aux rapports sexuels.

L'Ouganda a été l'un des premiers pays à enregistrer une forte prévalence d'infection par le VIH. En 1992, soit juste dix ans après que l'on ait répertorié les premiers cas de SIDA, un tiers environ des femmes enceintes en zone urbaine du pays étaient séropositives. Et le nombre de cas de SIDA croissait à un rythme alarmant.

Au début des années 90, le gouvernement ougandais reconnaît l'impact dévastateur que le SIDA aura sur le développement. Les responsables de santé publique comprennent aussi que d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) alimentent l'extension de la pandémie. Avec le soutien financier de grands bailleurs de fonds, les pouvoirs publics instituent une stratégie de grande portée, sur plusieurs fronts, en y associant les ministères de la Santé, du Travail, de la Condition féminine, de la Défense, de l'Éducation, de l'Information et de l'Agriculture. Au nombre des programmes mis en œuvre, citons : des campagnes d'information publique, des recherches, des tests et des conseils à titre volontaire, la collecte de sang non contaminé pour les transfusions, le lancement de programmes de santé dans les écoles, la prestation de soins à domicile au profit des sidéens et une campagne nationale en vue de soigner les IST. Le programme de contrôle IST/VIH,

qui bénéficie du soutien financier de la Banque mondiale, met l'accent sur la prise de contact avec les groupes vulnérables – les jeunes, notamment – et sur la participation des parents et des collectivités locales. Une commission nationale sur le SIDA coordonne également les mesures et programmes mis en œuvre à travers le pays et établit une collaboration avec les députés, les fonctionnaires et les chefs religieux.

L'épidémie VIH/SIDA suit son cours en Ouganda. Près d'un million de personnes – sur une population totale de 23 millions d'habitants – était atteint à la fin 1999 ; 1,7 million d'enfants n'ont plus de parents par suite de cette maladie. Toutefois, les efforts nationaux de grande envergure ont débouché sur des résultats prometteurs. Presque tous les adultes ougandais connaissent désormais les dangers du VIH. Le pourcentage d'hommes indiquant avoir eu des aventures sexuelles a nettement baissé au cours des années 90. Dans l'ensemble, le taux d'infection recule, passant d'une pointe de presque 14 % des adultes âgés de 15 à 49 ans au début des années 90 à environ 8 % en 1999.

### Références

Florence Mirembe, Freddie Ssengooba et Rosalind Lubanga, *Reproductive Health in Policy and Practice : Uganda* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1998) ; ONUSIDA, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic June 2000 (Genève : ONUSIDA, 2000) ; et Rand Stoneburner, Daniel Low-Beer, Tony Barnett et Alan Whiteside, « Enhancing HIV Prevention in Africa : Investigating the Role of Social Cohesion on Knowledge Diffusion and Behavior Change in Uganda » (Article présenté lors de la conférence internationale sur le SIDA à Durban, en Afrique du sud, en juillet 2000).



raisons biologiques et sociales. Une jeune fille court plus de risques de se faire infecter par un partenaire contaminé lors de rapports sexuels vaginaux que ce dernier. Les jeunes filles ont aussi plus de chances d'avoir des rapports sexuels avec un homme plus âgé ayant été exposé au virus. Souvent, les jeunes filles ont du mal à résister aux avances sexuelles d'hommes plus âgés ou de persuader un partenaire d'âge mûr de se servir d'un préservatif, d'où leur plus grande vulnérabilité à l'infection.

Les jeunes femmes atteintes du VIH/SIDA peuvent devenir stériles ou mourir prématurément en grand nombre, laissant des orphelins ; elles peuvent aussi transmettre le VIH à leurs nouveaux-nés, lesquels auront, à leur tour, peu de chances de survivre.

Les conséquences démographiques, sociales et économiques du SIDA sont lourdes dans les pays connaissant un taux d'infection élevé. Dans certaines sociétés, le VIH/SIDA fauche tant de jeunes qu'il crée une génération « d'adultes manquants » – hommes et femmes âgés, au plus, d'une trentaine d'années qui ne seront pas là pour subvenir aux besoins de leur famille à l'âge mûr. Les foyers et les collectivités doivent prendre en charge un nombre croissant d'orphelins et de personnes âgées qui ont perdu les membres de leur famille capables de gagner un revenu. Etant donné que le SIDA frappe les adultes dans leurs années les plus productives, ses effets se font sentir dans l'armée, l'éducation, l'industrie, l'agriculture, les transports et l'économie en général. Ces effets potentiellement déstabilisateurs ont amené le Conseil de sécurité de l'ONU à déclarer, en l'an 2000, que le SIDA constitue un risque pour la sécurité dans le monde. C'est la première fois que cet organe international qualifie un problème de santé de menace pour la sécurité.

A court terme, ceux qui sont déjà infectés par le VIH dans les pays à faibles revenus ont peu d'espoir de survivre. Les thérapeutiques sont trop onéreuses pour la grande majorité des

citoyens de ces pays et bien des années nous séparent de l'élaboration d'un vaccin anti-VIH/SIDA. Les stratégies de prévention sont la manière la plus probante et réaliste de combattre cette épidémie pour les gouvernements des pays en développement. Des efforts énergiques de prévention en Ouganda (voir l'encadré 3) ont ramené le taux de prévalence chez les adultes à un seul chiffre, alors qu'il est supérieur à 10 dans bien des pays voisins.

D'après le programme conjoint de l'ONU sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), combiner diverses stratégies peut se révéler efficace pour combattre l'épidémie, comme : arrêter un plan national d'ensemble de lutte contre le SIDA ; engager ouvertement un débat public et être prêt à sensibiliser la population au sujet de la maladie ; associer tous les secteurs de la société à cet effort (pas seulement le système de santé) ; soutenir les programmes à l'échelle des collectivités et organiser des interventions spéciales à l'adresse des plus vulnérables, dont les jeunes.<sup>23</sup>

## **Les besoins des jeunes**

Les jeunes sont plus vulnérables que les adultes face à l'infection par le VIH, à d'autres IST et aux grossesses non souhaitées pour une série de raisons et les conférences internationales récentes ont appelé à s'intéresser de près à leurs besoins. Les décideurs ont de bonnes raisons de prêter attention à cette tranche d'âge : plus d'un quart des 6 milliards d'individus dans le monde a entre 10 et 24 ans. Les décisions qui sont les leurs en matière de mariage, d'activité sexuelle et d'enfants sont lourdes de sens pour leurs sociétés et la population mondiale de demain.

De nos jours, les jeunes sont, en général, en meilleure santé et mieux instruits que leurs parents mais leur santé en matière de reproduction reste exposée à des risques graves. Les complications résultant d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement pratiqué dans des conditions risquées sont les causes majeures de décès parmi les jeunes

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

*Les risques visant la santé de la reproduction chez les adolescents – dont les grossesses imprévues et les infections sexuellement transmissibles – sont un sujet de préoccupation croissante pour les décideurs.*

femmes âgées de 15 à 19 ans dans les pays moins avancés. Et ce sont les jeunes gens des deux sexes situés dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans qui ont le taux le plus élevé d'infections transmises sexuellement, VIH compris.

Les jeunes se marient aussi à un âge plus tardif que leurs parents, ce qui explique en partie le recul du nombre d'enfants par femme. Mais le report du mariage conjugué à des rapports sexuels pré-maritaux plus fréquents expose les jeunes à un plus grand risque de grossesse imprévue, d'avortement dangereux, de naissances en dehors d'une union stable et d'IST. Les rapports sexuels avant le mariage sont généralement moins courants dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, mais on en constate l'augmentation dans toutes les régions.<sup>24</sup> Et lorsque les adolescents commencent à avoir des rapports sexuels, ils ont tendance à avoir plusieurs aventures de courte durée, à négliger l'emploi du préservatif et autres contraceptifs de manière suivie et à ne pas savoir comment protéger leur santé.

Les adolescentes sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé de la reproduction. Une jeune fille est plus susceptible qu'une femme de mourir de complications issues d'une grossesse ou de l'accouchement. L'accouchement est plus risqué pour les jeunes filles qui n'ont pas terminé leur croissance, sont souvent moins informées et n'ont pas autant accès aux soins avant, pendant et après la naissance que leurs consœurs plus âgées. De plus, une jeune fille serait plus encline qu'une femme à subir un avortement dans des conditions risquées, en cas de grossesse non souhaitée. De plus, elle est plus vulnérable que le jeune homme ou la femme plus âgée aux contraintes exercées en vue de rapports sexuels ou à l'offre de cadeaux ou d'argent pour ce faire. Or, lorsqu'une jeune fille a un contact sexuel avec un partenaire plus âgé et expérimenté, elle court le risque de contracter une infection, dont le VIH.

### **Protéger la santé des adolescents**

La santé sexuelle des adolescents a fait l'objet de débats houleux dans les rencontres internationales. Plusieurs gouvernements, surtout ceux de pays musulmans, ont exprimé officiellement des réserves (à savoir, rejeté) certaines parties du programme du Caire traitant de la sexualité des adolescents, l'activité sexuelle avant le mariage n'étant pas tolérée dans leurs sociétés. Sans s'opposer explicitement aux discussions de l'ONU sur ce sujet, bien d'autres gouvernements répugnent pourtant à traiter directement de ces questions dans leurs politiques nationales.

Dans les pays attachés à des valeurs et à une tradition conservatrices, dont les Etats-Unis, nombreux sont les parents et les décideurs à craindre que l'accès à d'informations et des services sur la contraception n'encourage la promiscuité sexuelle chez les adolescents non mariés. Rares sont toutefois les preuves que ces programmes encouragent une plus grande activité sexuelle parmi les

jeunes. A titre indicatif, diverses évaluations sur des programmes d'éducation sexuelle à travers le monde concluent que l'information dans ce domaine ne favorise pas la précocité des rapports mais peut retarder les premiers contacts amoureux et déboucher sur un emploi plus régulier des contraceptifs et des pratiques sexuelles plus sûres.<sup>25</sup>

En dépit des controverses suscitées par le sujet de la sexualité adolescente à l'occasion de conférences internationales récentes, les gouvernements ont convenus d'adopter tout un éventail de mesures visant à améliorer la santé des jeunes lors de la conférence du Caire, mesures qui ont été étendues lors de la conférence de Pékin et de l'évaluation du Caire + 5. Ces mesures incluent : communiquer des informations sur la sexualité et la santé de la reproduction aux adolescents ; encourager les parents à intervenir ; mettre à contribution des éducateurs de même âge pour toucher les jeunes ; fournir des services de santé intégrés qui recouvrent la planification familiale pour les adolescents sexuellement actifs et prendre des mesures dans le but d'éliminer les pratiques nuisibles à la santé et les violences commises à l'encontre des jeunes femmes.

### **Abandonner des pratiques nuisibles**

Depuis peu, les conférences internationales abordent la question des pratiques nuisibles dont sont victimes les jeunes femmes : trafic à des fins d'exploitation sexuelle, mutilations génitales et violences dirigées contre les femmes en général (voir l'encadré 4, page 26). L'ONU estime que deux millions de jeunes filles âgées de moins de 16 ans font leur entrée sur le marché du sexe chaque année.<sup>26</sup> Bon nombre d'entre elles sont attirées par la promesse d'un travail ou d'une vie meilleure. Le trafic le plus important a lieu en Asie où, par exemple, des milliers de jeunes filles sont intégrées au marché du sexe en Inde et en Thaïlande, chaque année. Les femmes d'Europe de l'Est sont aussi de plus

en plus vulnérables à l'exploitation commerciale de leur sexe.

Récemment, la communauté internationale s'est érigée publiquement contre ces pratiques et a pris des mesures en vue de renforcer les mesures coercitives à l'encontre des trafiquants. Toutefois, mettre un terme à ce trafic n'est pas chose simple. Il s'agit d'un commerce lucratif qui transcende les frontières nationales – et ce faisant les juridictions.

L'ablation d'organes génitaux chez la femme, aussi appelée excision et mutilation sexuelle, touche, d'après les estimations, deux millions de jeunes filles par an.<sup>27</sup> Quelque 130 millions de femmes ont subi cette pratique, principalement en Afrique et parmi les immigrants du continent installés dans d'autres pays. Il s'agit d'une pratique culturelle de longue date au titre de laquelle on enlève tout ou partie des organes génitaux extérieurs de la femme. Son but principal est d'endiguer le désir sexuel féminin, d'assurer la virginité avant les noces et la fidélité après le mariage. L'ablation d'organes génitaux chez la femme a de graves conséquences sur la santé, dont hémorragie, mise en état de choc, douleurs chroniques, infections et autres complications qui peuvent provoquer des dommages durables. Mettre un terme à cette pratique signifie, en autres, contester des valeurs auxquelles les femmes, leurs familles et les collectivités sont profondément attachées. Dans plusieurs pays, les efforts déployés par la communauté contribuent à étoffer une somme croissante de connaissances sur les meilleures façons d'abandonner cette pratique.

### **Démarginalisation des femmes**

Grâce au militantisme et à l'influence croissants des défenseurs de leurs droits à travers le monde, la situation des femmes est entrée de plein pied

***Le VIH/SIDA  
crée une  
génération  
« d'adultes  
manquants ».***

## Violence dirigée contre les femmes

Cette violence est la question qui illustre peut-être le mieux le lien entre droits et santé des femmes ainsi que les conséquences tragiques de la position inférieure qu'elles occupent. Pensée jadis ne relever que de la sphère privée, cette maltraitance est perçue davantage aujourd'hui comme un grave sujet de préoccupation intéressant la politique et la santé publiques.

La violence à l'encontre des femmes (que l'on appelle aussi violence sexo-spécifique) existe dans presque toutes les sociétés, au sein du foyer ou dans la collectivité plus large et reste largement impunie. Ces actes de violence peuvent inclure : infanticides des bébés de sexe féminin, inceste, prostitution infantile, viol, coups donnés à l'épouse, harcèlement sexuel, sévices en temps de guerre ou pratiques traditionnelles préjudiciables telles que mariage précoce sous la contrainte, ablation d'organes génitaux féminins et immolation d'une veuve ou d'une fiancée. D'après une étude récente publiée par le Centre pour la santé et l'équité entre les sexes de l'université Johns Hopkins, il est estimé qu'une femme sur trois dans le monde subit une forme ou une autre de maltraitance liée à son sexe.

La violence familiale est la forme de maltraitance sexo-spécifique la plus courante. Elle est souvent le fait d'un ami ou d'un mari à l'encontre de sa partenaire ou de sa femme (voir la figure). La maltraitance psychologique accompagne presque toujours la violence physique et la majorité des femmes qui sont maltraitées par leurs partenaires le sont à plusieurs reprises. Bien des femmes

tolèrent cette violence craignant des représailles de la part de leur époux ou de la famille élargie, ou des deux, au cas où elles protesteraient. La vulnérabilité des femmes face à la violence est renforcée par le fait qu'elles dépendent économiquement des hommes, par l'acceptation courante de la maltraitance conjugale dans la culture et un manque de lois et de mécanismes coercitifs en vue de la combattre.

La maîtrise de leur sexualité par les femmes est un point central dans les préoccupations de démographie et de santé, pourtant ce n'est que récemment que l'on a commencé à traiter de l'ampleur des contraintes ou de la coercition caractérisant l'acte sexuel. La plupart des relations sexuelles consommées sous la contrainte concernent des gens qui se connaissent – conjoints, membres de la famille ou personnes connues. Du quart à la moitié des cas de violences familiales débouchent sur des rapports sexuels forcés. Cette coercition vise aussi les enfants et les adolescents dans les pays plus avancés et moins développés. D'après les statistiques de viol, un à deux tiers des victimes à travers le monde auraient moins de 16 ans.

Quel est le rapport entre violence à l'encontre des femmes et santé de la reproduction ? La maltraitance visant les femmes trouve son origine dans l'inégalité de pouvoir entre les deux sexes. Cette violence nuit au bien-être physique, mental, économique et social des femmes. Elle peut susciter toute une série de problèmes de santé. Etant donné que les fillettes sont plus souvent

***La maîtrise de leur sexualité par les femmes est un point central dans les préoccupations de démographie et de santé.***

dans les débats de politique démographique tant à l'échelle nationale qu'internationale. Depuis les conférences du Caire et de Pékin, on discute beaucoup plus de la dynamique hommes-femmes et des différences qui caractérisent leurs rôles respectifs dans la société. Pouvoirs publics et bailleurs de fonds sont de plus en plus nombreux à reconnaître que le statut d'infériorité des femmes

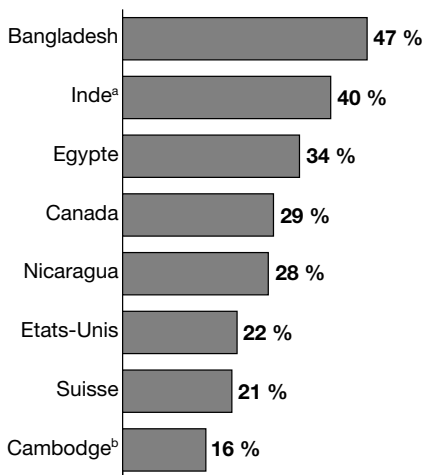
entrave le développement et soutien des politiques et des programmes visant à réduire les inégalités entre les sexes. Ceux que les effets négatifs de la croissance démographique inquiètent voient également un lien entre rehausser le statut de la femme au sein de la famille et de la société, d'une part, et accroître son contrôle sur la fréquence de ses grossesses, d'autre part.

contraintes aux rapports sexuels que les garçons, elles courent le risque de contracter des IST à un âge plus précoce. Or, certaines IST peuvent conduire à une salpingite aiguë, à la stérilité et au SIDA. Les rapports sexuels forcés, sans protection, débouchent aussi sur des grossesses non désirées, des avortements et des enfants non souhaités. L'expérience de mauvais traitements expose les femmes à un plus grand risque de problèmes de santé mentale dont dépression, pulsions suicidaires, alcoolisme et toxicomanie. En définitive, ces résultats ont des conséquences négatives pour la société tout entière, pas seulement pour les femmes qui sont victimes de cette violence.

A la suite de plusieurs conférences et de congrès internationaux ayant appelé, dans les années 90, à éliminer toutes les formes de violence dirigées contre les femmes, bien des pays ont renforcé les lois ainsi que les mesures coercitives en rapport avec les violences familiales. Une bonne part de la pression en faveur d'une modification des lois et des normes de la collectivité provient des organisations non gouvernementales, en particulier des groupes de femmes. Ces associations sont à l'avant-garde des efforts visant à combattre la violence dont les femmes font l'objet par le biais d'activités militantes menées à la base, de campagnes de pression et de travail avec les femmes ayant survécu à la maltraitance. Mettre fin à la violence exige d'agir à l'échelon de la collectivité et, en définitive, de modifier les valeurs qui conduisent à subjuguer les femmes.

Les accords adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) organisée au Caire et au Congrès sur les femmes de Pékin ont préconisé l'égalité de participation ainsi que le partenariat entre les hommes et les femmes dans presque tous les domaines de la vie publique et privée. Aussi novatrices – voire révolutionnaires – ces notions puissent-elle

### Femmes ayant signalé une agression physique provenant d'un partenaire masculin, études choisies, années 90



<sup>a</sup> Dans six états seulement.

<sup>b</sup> Phnom Penh et six provinces.

Source : L. Heise, M. Ellsberg et M. Gottemoeller, *Population Reports* série L, no 11 (1999) : tableau 1.

#### Références

Lori Heise, Mary Ellsberg et Megan Gottemoeller, « Ending Violence Against Women », *Population Reports*, Série L, no 11 (Baltimore : Johns Hopkins University, 1999) ; FNUAP, *The State of World Population 2000 : Lives Together, Worlds Apart* (New York : FNUAP, 2000) ; et Yvette Collymore, éd., *Inquiétudes féminines : Reportage de femmes sur la violence basée sur le genre* (Washington D.C., Population Reference Bureau, 2000).

sembler, elles n'ont suscité que peu de divergences lors des conférences proprement dites. Malgré la diversité des cultures représentées, aucun gouvernement ne pourrait nier que les femmes méritent un statut social plus élevé ainsi que des possibilités de vivre mieux. Cependant, au-delà des murs de salle de conférence, mettre ces idées en pratique exige de passer outre des valeurs cultu-

relles et des modes de vie profondément enracinés.

## **Comprendre la dynamique hommes-femmes**

La dynamique hommes-femmes fait référence aux rôles différents que la société impartit aux deux sexes et au pouvoir respectif dont ils disposent. Ces rôles varient d'un pays à l'autre mais, presque partout, les femmes sont désavantagées par rapport aux hommes dans les sphères de la vie sociale, économique et politique. Là où l'homme est considéré comme le décideur principal, la femme occupe souvent une position subordonnée dans les négociations concernant la taille de la famille, l'emploi de contraceptifs, la gestion des ressources familiales, la protection de la santé familiale ou la recherche d'un emploi.

Les inégalités entre hommes et femmes sont étroitement liées à la santé de ces dernières – ce qui fait de la disparité entre les deux sexes une question cadrant avec les discussions sur les moyens d'améliorer la santé de la reproduction. Ces différences entre les sexes influent sur la santé et le bien-être des femmes à travers tout leur cycle de vie.<sup>28</sup>

- Avant ou à la naissance, les parents qui préfèrent les garçons peuvent exposer une fille au risque d'avortement décidé en fonction du sexe (lorsque la technologie d'identification correspondante est disponible) ou à celui d'infanticide.
- Lorsque la nourriture est rare, les filles mangent souvent en dernier et souvent moins que les garçons.
- Les filles sont moins susceptibles que les garçons de bénéficier de soins médicaux lorsqu'elles sont malades.
- Dans certains pays, principalement en Afrique, les filles subissent l'ablation d'organes génitaux.
- Les adolescentes peuvent subir des pressions en vue de rapports sexuels à un âge précoce – dans le cadre d'un mariage arrangé, pour qu'un adolescent prouve

sa virilité ou par un homme cherchant des partenaires non contaminées par une IST.

- Une femme mariée peut subir des pressions de la part de son mari ou de la famille pour avoir plus d'enfants qu'elle ne le souhaite et se trouver dans l'incapacité de se procurer des contraceptifs ou de les utiliser.
- La femme mariée ou célibataire peut être incapable de repousser les avances sexuelles de son partenaire ou de le persuader de porter un préservatif, s'exposant ainsi au risque de contracter une IST.
- Dans n'importe quelle société, la femme est plus exposée au risque de violence familiale que l'homme. Elle peut être blessée du fait de mauvais traitements physiques infligés par un partenaire ou un membre masculin de la famille et la crainte de sévices peut entamer sa volonté de résister aux exigences de son mari ou de la famille.

Le manque de capacité des femmes à se protéger elles-mêmes, ou leurs filles, contre ces menaces attentatoires à leur santé s'explique par une combinaison de facteurs culturels et sociaux, dont : exposition limitée à l'information et aux idées nouvelles, une ignorance des pratiques propices à la santé, une mobilité physique réduite et peu de contrôle sur l'argent et les ressources.<sup>29</sup> Par exemple, dans certains pays d'Asie du Sud et du Moyen-Orient, les femmes ont un accès limité aux services médicaux, leur culture leur interdisant de voyager seules ou de se faire soigner par un prestataire de soins masculin.

## **Le lien avec la pauvreté**

Les désavantages liés aux sexes s'imbriquent avec ceux de la pauvreté. Le fait d'être démunie est étroitement lié à un mauvais état de santé et les femmes représentent une part disproportionnée des pauvres. Dans toutes les régions du monde, y compris dans celles qui sont plus aisées, les pauvres sont dans un pis état de santé en matière de reproduction (voir le tableau 3). Ce sont dans les foyers

*Aucun  
gouvernement  
ne pourrait nier  
que les femmes  
méritent  
un statut social  
plus élevé  
ainsi que des  
possibilités de  
vivre mieux.*

Tableau 3

## Fécondité et accès aux soins de santé de la reproduction parmi les femmes les plus pauvres et les plus riches, pays choisis, années 90

Pays	Naissances par femme (ISF)*		Soins prénatals (Pourcentage de femmes enceintes)		Naissances avec concours de personnel qualifié Pourcentage d'accouchement	
	1/5ème le + pauvre	1/5ème le + riche	1/5ème le + pauvre	1/5ème le + riche	1/5ème le + pauvre	1/5ème le + riche
	Bolivie	7,4	2,1	39	95	20
Cameroun	6,2	4,8	53	99	32	95
Guatemala	8,0	2,4	35	90	9	92
Inde	4,1	2,1	25	89	12	79
Indonésie	3,3	2,0	74	99	21	89
Maroc	6,7	2,3	8	74	5	78
Vietnam	3,1	1,6	50	92	49	99

\* L'ISF (indice synthétique de fécondité) est le nombre total moyen de naissances par femme, compte tenu du taux de natalité qui prévaut.

\* N.B. : les femmes ont été classées selon leur part dans les actifs du foyer.

Source : A. Tinker, K. Finn et J. Epp, *Improving Women's Health: Issues and Interventions* (Banque mondiale, juin 2000) : 10.

les plus nécessiteux que les femmes ont le taux de fécondité le plus élevé, mangent le moins bien et ont le moins d'accès aux soins de personnel qualifié pendant la grossesse et pour l'accouchement, d'où un taux plus élevé de mortalité des mères et des nouveaux-nés. La position désavantagée des femmes perpétue aussi le piètre état de santé, l'insuffisance du régime alimentaire, les maternités précoces, les grossesses fréquentes et le cycle continu du dénuement.<sup>30</sup>

La faiblesse du statut socio-économique des femmes les rend aussi plus vulnérables aux mauvais traitements physiques et sexuels. Le décalage de pouvoir dans les rapports sexuels expose les femmes à une sexualité forcée (voir l'encadré 4, page 26), des grossesses non souhaitées et des IST. L'appauvrissement peut aussi conduire certaines femmes à devenir travailleuses du sexe.<sup>31</sup> C'est la raison pour laquelle l'accès des femmes aux ressources et un certain contrôle de ces moyens peut leur permettre de mieux maîtriser leur sexualité, point fondamental pour contrôler leur fécondité et améliorer leur état de santé.

### Réduire les inégalités entre les sexes

D'après de récents rapports de la Banque mondiale, réduire les inéga-

lités entre les sexes est un moyen d'engendrer plus de prospérité économique et de faire reculer la pauvreté. Une étude a établi qu'une augmentation d'un pour cent du nombre de jeunes filles suivant l'école secondaire produit une augmentation de 3 % de la croissance économique.<sup>32</sup> En outre, les solides liens qui existent entre le statut de la femme, sa santé et le taux de fécondité font de l'égalité des sexes une stratégie d'importance cruciale pour améliorer la santé et stabiliser la croissance démographique.

La démarginalisation des femmes est considéré comme un moyen clé pour réduire les différences entre les sexes qui existent dans presque toutes les sociétés. La démarginalisation fait référence au « processus par lequel les impuissants obtiennent plus de contrôle sur les circonstances de leurs vies ». <sup>33</sup> Cela signifie non seulement plus de contrôle sur les ressources mais aussi plus de confiance en soi et de capacité de prendre des décisions, sur un pied d'égalité avec les hommes. La démarginalisation des femmes exige également que les hommes soient conscients des inégalités entre les deux sexes et soient prêts à remettre en cause les définitions traditionnelles de la virilité.

Dans bien des sociétés, ces notions peuvent être menaçantes pour les hommes qui sont habitués à

Tableau 4

### Taux d'inscription à l'école secondaire, par sexe, dans différentes régions du monde, années 80 et 90

Région	Pourcentage d'inscrits*			
	1980		1990	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Pays plus avancés	88	89	99	102
Pays moins avancés	43	30	57	48
Afrique du Nord	47	29	63	57
Afrique subsaharienne	19	10	29	23
Asie de l'Ouest	49	31	63	48
Asie du Sud et Asie centrale	38	20	55	37
Asie du Sud-Est	40	35	53	49
Asie de l'Est	59	45	77	70
Amérique centrale	46	42	56	57
Caraïbes	—	—	49	55
Amérique du Sud	38	42	—	—

— Non disponible.

\* Le pourcentage d'inscrits est le ratio du nombre total d'inscrits à l'école secondaire (indépendamment de l'âge) sur le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école secondaire, soit le ratio brut d'inscrits. Les données des années 90 sont les dernières disponibles, allant généralement de 1990 à 1996.

Source : A. Boyd, C. Haub et D. Cornelius, *La jeunesse du monde 2000* (Population Reference Bureau, 2000), compte tenu de données nationales provenant de l'UNESCO, *Annuaire statistique 1999* (1999).

disposer de l'autorité au foyer, dans la collectivité, l'économie et la politique nationale. Ces notions peuvent aussi effrayer les femmes qui peuvent redouter les implications de ces changements dans leurs vies personnelles.<sup>34</sup> C'est pour ces raisons et parce que les notions de droits, de démarginalisation des femmes et d'égalité entre les sexes sont relativement nouvelles dans bien des endroits que les avancées dans le domaine des prérogatives des femmes ont été modestes.

#### Instruction des femmes

La Banque mondiale qualifie l'éducation des femmes comme « l'investissement par excellence le plus déterminant que l'on puisse faire dans le monde en développement ». Bien des gouvernements soutiennent désormais l'instruction des femmes, non seulement dans le but de promouvoir la croissance économique mais aussi pour encourager la limitation des naissances, accroître le recours aux moyens modernes de contraception et améliorer la santé des enfants. Eduquer les femmes est une fin importante en soi et aussi

une stratégie à long terme au service de la santé de la reproduction des femmes. La conférence du Caire a préconisé l'accès universel à l'éducation, l'achèvement des études primaires et la réduction des disparités entre les sexes – concernant les taux de scolarisation (filles et garçons) à l'école secondaire.

A travers le monde, les hommes sont plus nombreux que les femmes à savoir lire et écrire (80 % contre 64 %). Alors que la presque totalité de tous les garçons et filles dans les pays plus développés vont à l'école primaire et secondaire, les femmes des pays moins avancés ont en moyenne moins d'années d'instruction que les hommes, et ont plus de chances d'être illettrées.

D'après l'ONU, au cours des années 90, le taux de scolarisation dans les écoles primaires et secondaires a augmenté à la fois chez les filles et les garçons dans presque toutes les régions du monde. L'écart entre les sexes sous l'angle du nombre d'inscrits a diminué quelque peu ces dernières années mais reste prononcé à l'école secondaire (voir le tableau 4). Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'interrompre leur scolarité pour une série de raisons : responsabilités du foyer, mariage et maternités précoces, perception parentale qu'il est plus payant d'instruire les garçons, inquiétudes au sujet de la sécurité des filles quittant le village pour se rendre à l'école et débouchés d'emploi limités pour les femmes dans les secteurs exigeant des études supérieures. Dans certains cadres, les préjugés défavorables aux femmes parmi les enseignants ainsi que le harcèlement sexuel peuvent conduire à un taux d'abandon d'études plus élevé chez les jeunes filles.<sup>35</sup>

Au cours des années 90, les pays qui ont connu les plus nettes avancées dans la réduction des disparités entre les sexes se trouvaient dans les régions ayant eu les plus faibles taux d'inscrits par le passé : Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Asie du Sud et Asie de l'Ouest. Cependant,



dans les zones où vit près du tiers des femmes du monde (l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne), les filles sont bien moins susceptibles que les garçons d'aller à l'école secondaire. De plus, les populations de ces deux régions connaissent le taux de croissance le plus rapide du monde, ce qui donne à penser que le nombre de femmes illettrées continuera également à augmenter.<sup>36</sup>

Les recherches de ces vingt dernières années montrent que les jeunes filles plus instruites retardent leur transition à l'âge adulte et ont des familles de plus petite taille et en meilleure santé. Les jeunes filles ayant étudié ont souvent leurs premiers rapports sexuels plus tard, attendent davantage pour se marier, souhaitent une famille moins nombreuse et ont plus tendance à se servir de moyens contraceptifs et à rechercher d'autres soins médicaux que leurs consœurs moins éduquées (voir la figure 6). Dans bien des pays moins avancés, les femmes qui n'ont pas fréquenté l'école ont environ deux fois plus d'enfants que celles qui ont fait 10 années ou plus d'études.<sup>37</sup> Elargir l'accès à l'instruction pour les femmes est préconisé comme moyen d'abaisser le taux de fécondité national et de ralentir la croissance démographique.

### Le travail des femmes

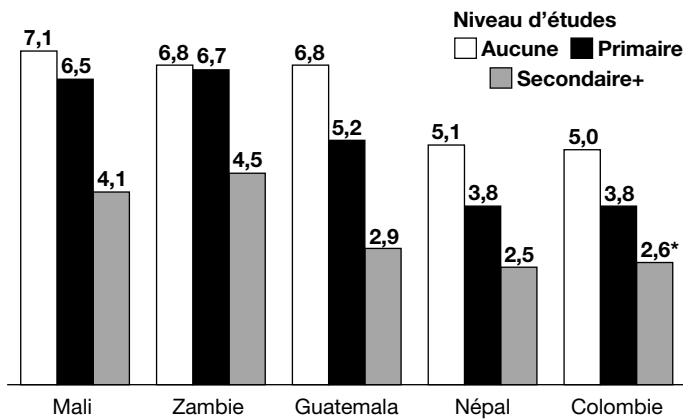
L'emploi est un autre moyen pour les femmes d'améliorer leur statut social : cela leur permet de gagner des revenus et d'exercer plus de contrôle sur les ressources. Cela peut aussi augmenter la participation des femmes à la vie publique et améliorer leurs aptitudes à prendre des décisions. La part des femmes dans la population active a augmenté dans les années 90 mais, en termes de salaire et d'autorité, elles restent dans la tranche la moins bien placée sur le marché du travail.

Les femmes représentent un pourcentage croissant de la population active dans presque toutes les régions du monde (voir le tableau 5). Plusieurs facteurs expliquent ceci :

Figure 6

### Niveau d'instruction des femmes et nombre de maternités, pays choisis, 1995-1999

Nombre moyen d'enfants par femme (ISF)



\*Etudes secondaires seulement.

N.B. : L'ISF (indice synthétique de fécondité) est le nombre moyen d'enfants par femme, compte tenu du taux de natalité existant.

Source : Enquêtes démographiques et de santé, comptes rendus définitifs sur les pays. Disponible en ligne à : [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

la plus grande capacité des femmes à limiter le nombre de naissances et à les espacer leur permet de consacrer moins de temps à s'occuper des enfants et de travailler davantage en dehors du foyer ; les attitudes vis-à-vis de l'emploi salarié des femmes se sont assouplies et les nouvelles mesures en rapport avec la promotion de la famille et les crèches assurent plus de souplesse et favorisent donc les femmes qui travaillent. De plus, la croissance économique, et en particulier l'expansion des entreprises du secteur tertiaire (finances, communications et tourisme par exemple) qui ont tendance à employer un grand nombre de femmes, ont ouvert d'autres créneaux à la main d'œuvre féminine. Et enfin, les programmes débloquent des crédits pour les petites entreprises ont bénéficié aux femmes.<sup>38</sup>

Ces tendances sont positives mais l'égalité hommes/femmes au sein de la population active est bien loin d'être réalisée. En général, les femmes occupent des postes moins bien rémunérés et de moindre statut que

Tableau 5

### Part de femmes dans la population active, 1980 et 1997

Région	Pourcentage féminin de la population active	
	1980	1997
<b>Afrique</b>		
Afrique du Nord	20	26
Afrique subsaharienne	42	43
<b>Amérique latine &amp; Caraïbes</b>		
Caraïbes	38	43
Amérique centrale	27	33
Amérique du Sud	27	38
<b>Asie</b>		
Asie de l'Est	40	43
Asie du Sud-Est	41	43
Asie du Sud	31	33
Asie centrale	47	46
Asie de l'Ouest	23	27
<b>Pays plus avancés</b>		
Europe de l'Est	45	45
Europe de l'Ouest	36	42
Autres régions plus avancées	39	44

Source : Nations Unies, *The World's Women 2000 : Trends and Statistics* (2000) : 110.

les hommes ; le taux de chômage chez les femmes est plus élevé que chez leurs homologues masculins et beaucoup plus de femmes que d'hommes travaillent dans le « secteur informel », vendeuses de rue ou aides sur les marchés, par exemple, emplois où les salaires sont très faibles. Et même lorsque les femmes œuvrent dans le même secteur que les hommes, leurs rémunérations sont ordinairement plus faibles (voir la figure 7).

En outre, davantage de femmes restent dans le monde du travail durant la phase reproductive de leur vie ce qui les assujettit à un « double fardeau » : travailler à l'extérieur du foyer et, parallèlement, assumer une plus large part des tâches domestiques que les hommes – comme élever les enfants, faire la cuisine et le ménage. Les quelques études disponibles sur les tâches auxquelles les femmes consacrent leur temps (dans les pays plus avancés) montrent que les femmes allouent au travail salarié 50 à 70 % du temps que lui attribuent les hommes mais près du double de temps que ces derniers aux tâches

non rémunérées.<sup>39</sup> D'après une étude sur les vies des femmes et la planification familiale menée dans plusieurs pays des régions moins avancées, nombreuses sont celles à déclarer que ces doubles responsabilités sont sources de stress supplémentaire et qu'un bon nombre d'entre elles placées dans ces situations préféreraient ne pas avoir à travailler à l'extérieur du foyer.<sup>40</sup>

La conférence du Caire sur la population et le développement ainsi que la Conférence de Pékin sur les femmes ont exhorté les gouvernements à réduire les disparités entre les deux sexes dans le milieu du travail et à fournir un soutien supplémentaire aux femmes salariées sous forme de congé-maternité, allocations – crèche et autres arrangements leur offrant plus de souplesse. Un domaine ayant fait l'objet d'une bonne médiatisation et d'un appui politique de haut niveau est celui de l'octroi de microcrédits – soit le déblocage de petits prêts à faible taux d'intérêt – permettant aux femmes de monter leurs propres petites entreprises. L'expérience montre que les femmes constituent un bon « risque de crédit » et que les taux de remboursement sont élevés. Néanmoins, ces programmes ont tendance à être de faible envergure, sans corriger les raisons sociales et culturelles sous-jacentes qui expliquent les désavantages économiques des femmes.

### Changer la dynamique familiale

Le solide attachement que les femmes forment avec leurs familles ainsi que les responsabilités qu'elles assument au foyer façonnent la plus grande part de leur vie adulte. D'ordinaire, les femmes se marient plus jeunes que les hommes et l'écart d'âge entre conjoints tend à se creuser dans les pays à faibles revenus. La différence d'âge entre le mari et la femme a tendance à perpétuer le statut de moindre autorité de cette dernière. Dans les sociétés où la maternité suit de près les noces, les possibilités pour les femmes de suivre une carrière

ou des études supplémentaires ou encore d'établir des contacts au-delà de la famille, sont limitées.

Dans bien des sociétés, le droit de la famille place les femmes en position désavantagée et renforce leur dépendance à l'égard des hommes : elles sont parfois dans l'incapacité d'hériter de terres ou d'autres biens, de divorcer de leurs maris ou d'obtenir la garde de leurs enfants quand elles y parviennent. Dans certains pays, la disparité de droits juridiques entre sexes recule petit à petit. En l'an 2000, l'Égypte a révisé ses lois qui confèrent désormais aux femmes des droits de divorce similaires à ceux des hommes, par exemple, et le Maroc a amendé ses lois d'état civil dans les années 90 dans le sens d'un renforcement des droits maritaux de la femme – y compris en cas d'union polygame – et de divorce.<sup>41</sup>

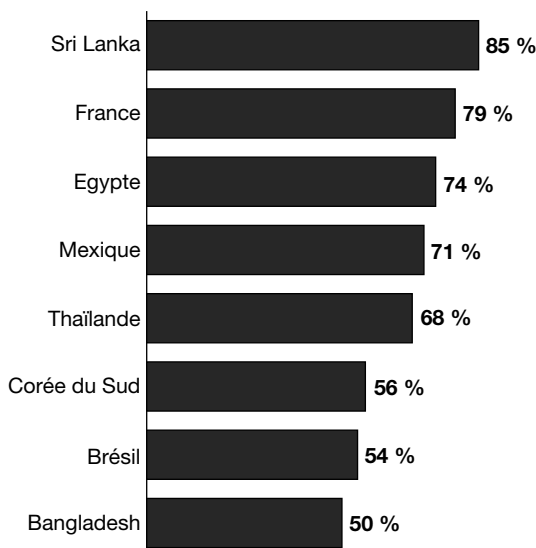
### La position des femmes en politique

Le droit des femmes à participer à la vie politique, à égalité avec les hommes, est garanti par plusieurs conventions internationales, la plus notable étant la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'encontre des femmes (CEDCF), qui a été adopté en 1979 mais n'a pas été ratifiée par tous les gouvernements. Dans la pratique et dans tous les pays, les femmes sont sous-représentées à chaque échelon de gouvernement, surtout aux postes de décision de haut niveau et dans les organes législatifs.

Globalement, à travers le monde, les femmes n'occupaient que 11 % des sièges dans les parlements et les congrès en 1999, ce qui est en augmentation par rapport à 1987 (9 %).<sup>42</sup> Aux États-Unis, en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et dans les Caraïbes ainsi qu'en Asie de l'Est et du Sud-Est, ces pourcentages s'échelonnaient de 10 à 13 % en 1999. En Afrique du Nord et en Asie du Sud et de l'Ouest, les femmes n'occupaient que de 3 à 5 % des sièges dans les organes législatifs (voir la figure 8,

Figure 7

### Rémunérations des femmes en pourcentage des rémunérations des hommes, dans le secteur manufacturier, pays choisis, 1992-1997



Source : Nations Unies, *The World's Women 2000 : Trends and Statistics* (2000) : graphique 5.23.

page 35). Il existe quelques exceptions : au Vietnam, en Afrique du Sud, au Mozambique, à Cuba et en Argentine, les femmes occupent entre 25 et 30 % des sièges de députés.

Au cours des années 90, plusieurs pays, dont l'Inde, l'Ouganda, le Brésil et les Philippines ont officiellement réservé aux femmes un pourcentage de sièges dans les organes de décision nationaux et locaux. En Afrique du Sud, la proportion des femmes au parlement est passée de 1 à 30 % à la suite de l'adoption d'une nouvelle constitution.

Un des inconvénients d'imposer des quotas est que les femmes peuvent se retrouver avec leur nom imprimé sur un bulletin de vote et élues avant d'avoir acquis les connaissances requises pour gouverner avec efficacité. Faute de donner à ces réformes plus d'ampleur et de sens, le manque de pouvoir politique des femmes limitera l'influence qu'elles pourraient exercer sur l'élaboration des lois et des mesures affectant leurs

Cette photo n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

*Les femmes qui gagnent un revenu à l'extérieur du foyer assument souvent le double fardeau des responsabilités liées à leur famille et à leur emploi.*

droits ainsi que sur la définition de priorités, dans le domaine de la santé et autres services publics.

## Appliquer les mesures

Les conférences internationales récentes ont produit un nombre stupéfiant de recommandations à l'adresse des gouvernements et des organisations privées. Le Programme d'action de la Conférence du Caire en 1994 comprend 16 chapitres assortis de 243 propositions d'actions qui couvrent bien des aspects des questions de population, santé, égalité entre les sexes, autres domaines de la politique sociale, développement socio-économique et environnement. Il n'est pas réaliste que les pouvoirs publics mettent en œuvre toutes les mesures proposées. La plupart d'entre eux établissent des priorités nationales qui reflètent les besoins à leur sens les plus cruciaux. Et, compte tenu des limitations de ressources dans les pays moins avancés, la plupart des gouvernements

ne peuvent se permettre de prendre que des actions d'ampleur limitée. Pour leur part, les pays les plus pauvres ont besoin du soutien des bailleurs de fonds pour effectuer un progrès quelconque.

L'analyse des cinq années d'application du programme du Caire menée en 1999 renseigne sur la mesure dans laquelle les gouvernements ont honoré les engagements énoncés dans le programme d'action. Les comptes rendus des autorités et des ONG ont documenté tout un éventail de défis et d'obstacles ainsi que quelques succès surprenants – sans compter beaucoup d'intérêt en faveur du changement et un élan dans ce sens.

## Défis aux mesures et programmes nouveaux

La pièce centrale du programme du Caire – rendre les soins de santé en matière de reproduction universellement disponibles – exige un temps considérable pour être mise en œuvre. « Une optique de santé de la reproduction » signifie offrir aux femmes et à leurs familles des services plus complets qui prennent appui sur le système de santé plus large ainsi que sur d'autres secteurs de prestations sociales.

## Système de santé et capacité des pouvoirs publics

Dans les pays moins avancés, assurer des services de base aux citoyens constitue un défi colossal pour les pouvoirs publics. En général, routes, systèmes de communications et autres infrastructures sont rudimentaires et exploités aux limites de leurs capacités ; dispensaires et hôpitaux sont surpeuplés et à court de personnel médical qualifié. Les personnes vivant dans de petits villages ou en zone éloignée ont peu d'accès aux soins de santé modernes ou autres services sociaux. Souvent, les autorités concentrent les moyens de santé dans les hôpitaux de grands centres urbains, privant ainsi les zones extérieures de ressources.

Bon nombre de pays moins avancés ont procédé à une refonte de leurs systèmes de soins – souvent parce qu’il s’agissait d’une condition préalable pour recevoir des fonds d’institutions internationales telles la Banque mondiale. L’objectif central de ces réformes était d’améliorer le mode d’attribution des moyens de santé de manière à ce que davantage de citoyens bénéficient au moins d’un niveau de soins de base. Ces réformes prévoyaient, entre autres, la décentralisation de la gestion des services de santé en donnant aux responsables des états, provinces, villes et districts ruraux plus de pouvoir sur la manière de mobiliser et d’affecter leurs ressources.

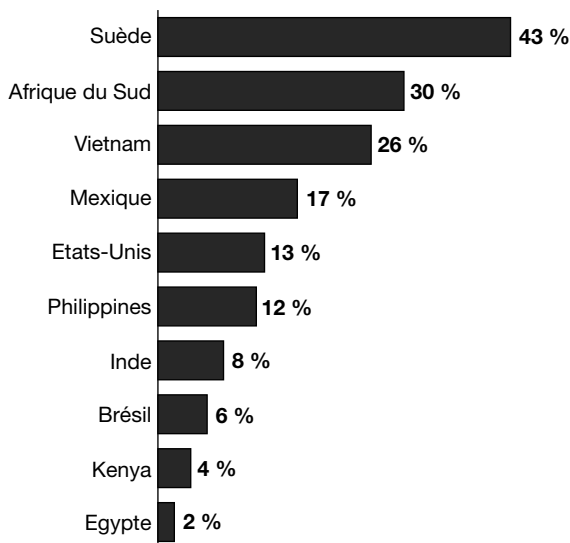
Ces réformes ont également visé une restructuration des modalités de prestations de service, en mettant l’accent sur les soins primaires et la prévention, dont la promotion de la santé de la reproduction.<sup>43</sup> Il y a aussi eu tentative de contenir les coûts et de recourir au secteur privé (tant pour les services lucratifs que non lucratifs) qui, souvent, peut assurer des prestations avec plus d’efficacité et à moindre coût que l’Etat. A partir de 1995, par exemple, une réforme de la santé au Brésil a eu pour objectif de mettre à la disposition de tous des services de prévention médicale, de faible coût, en réorganisant le système de santé avec des prestataires provenant à la fois des secteurs public et privé (voir l’encadré 5, page 36).

Les réformes des systèmes de santé et la prestation des services de santé de la reproduction devraient en principe se soutenir mutuellement. Elles sont souvent conçues de manière à canaliser des fonds publics vers les citoyens les plus nécessaires, et mettent l’accent sur les services sanitaires peu onéreux et non pas sur ceux qui font appel à la technologie de pointe et coûtent cher – ces buts sont ceux de la conférence du Caire. La planification familiale et la prévention des IST font par exemple partie des services de santé les moins onéreux.<sup>44</sup>

En cherchant à répartir de façon plus efficace les ressources sanitaires,

Figure 8

### Sièges occupés par les femmes au Parlement, pays choisis, 1999



Source : Nations Unies, *The World's Women 2000 : Trends and Statistics* : tableau 6.A

les planificateurs gouvernementaux doivent cependant peser les diverses composantes des soins de santé de la reproduction (planification familiale, prévention des IST et soins de maternité, par exemple) par rapport aux autres besoins qui se font sentir en matière de santé, comme la lutte contre le paludisme, la tuberculose et les maladies infantiles graves. La santé de la reproduction peut ne pas recevoir l’attention qu’elle mérite dans les budgets gouvernementaux si d’autres besoins en matière de santé semblent urgents et touchent une part plus importante de la population. La santé de la reproduction peut perdre une partie de l’attention qu’elle reçoit si elle fait partie d’un ensemble plus vaste de services de santé. Il se peut aussi qu’il faille des années pour mener à bien des réformes, ce qui laisse certains programmes en suspens jusqu’à l’achèvement du remaniement des systèmes de santé.

La tendance à la décentralisation – le transfert de pouvoirs à un échelon

## **Brésil : La réforme du secteur santé est un facteur de promotion de la santé de la reproduction**

Au Brésil, une optique d'ensemble de la santé en matière de reproduction féminine a été retenue en 1984. Elle était composée de presque tous les éléments dont l'adoption devait être préconisée 10 ans plus tard à la Conférence sur la population et le développement du Caire. Toutefois, ce programme est resté une initiative isolée et sous-financée. Il n'a jamais été intégré dans le système national de santé. Bouleversements politiques et crises économiques ont, jusqu'en 1995, entravé les progrès en matière de santé de la reproduction.

A partir de 1995, le Brésil jouit d'une plus grande stabilité de ses institutions et d'un climat favorable à l'application du programme du Caire. Santé de la reproduction et droits y afférents sont également plus en vue du fait de la participation active du pays à la 4<sup>ème</sup> Conférence internationale sur les femmes en 1995, à Pékin. Conjugué à la réforme du système de santé, ce regain d'intérêt politique ouvre la voie à des progrès notables en rendant les services de santé de la reproduction largement disponibles. Ces réformes ont été essentielles pour aborder la question des inégalités criantes en matière d'état de santé et d'accès aux soins chez les citoyens du pays.

Le système de santé national au Brésil (que l'on appelle le « système de santé unifié » ou SUS) a connu de grandes réformes de gestion et de structure depuis 1995. L'État a promis

les soins de santé primaires par le biais de stratégies ancrées dans la collectivité privilégiant la santé de la famille ainsi que la décentralisation des services médicaux. Cette décentralisation a permis aux municipalités de contrôler les budgets et la prestation de services qui peuvent être offerts soit par des prestataires de santé publique soit dans le cadre de contrats avec le privé. Au titre du SUS, tous les citoyens ont un accès garanti à un ensemble minimal de services de santé de base, dont la planification familiale, les soins prénatals, l'aide à la maternité et d'autres services de prévention.

Le Brésil est-il un modèle pour d'autres pays ? Aucun système de santé ne peut être aisément copié ailleurs, chaque pays ayant ses propres caractéristiques sociales, politiques et économiques. Toutefois, les experts de santé de la reproduction au Brésil ont observé que les grands principes qui sous-tendent la réforme de santé – accès universel, soins complets, équité (entre différents sous-groupes de population) décentralisation et responsabilisation de l'État – sont autant d'éléments essentiels d'une optique d'ensemble en matière de santé de la reproduction.

### **Référence**

Adapté de la contribution de Sonia Correa et de Sergio Piola, *Reproductive Health in Policy and Practice : Brazil* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1998).

inférieur du gouvernement – est aussi courante dans les pays moins avancés. Elle touche non seulement les soins de santé, mais aussi de nombreux autres aspects du développement. Dans un système décentralisé, les communautés participent plus directement à l'établissement des priorités, à l'élaboration des programmes et à la répartition des ressources. Les programmes et politiques devraient mieux répondre

aux besoins locaux si une telle façon de prendre les décisions fonctionne bien. Mais les responsabilités ont, dans certains cas, été transférées avant que les communautés locales n'aient les capacités de les gérer. Certaines peuvent considérer que la santé de la reproduction n'est pas un domaine très prioritaire, même si elle l'est au niveau national. Il s'ensuit que les progrès enregistrés vers les objectifs nationaux en matière

de santé de la reproduction sont habituellement très inégaux dans les localités de quelquel pays que ce soit.

Ce qu'un système peut assurer – au plan national ou local – dépend en partie de l'ensemble des ressources disponibles. Les dépenses par habitant en soins de santé dans les pays les moins avancés sont nettement inférieures à celles des pays développés (voir le tableau 6). Il faut garder à l'esprit ces différences frappantes lorsque l'on examine les progrès réalisés vers les objectifs internationaux. En Ouganda, environ 60 % du budget des soins de santé primaire sont consacrés à la santé de la reproduction – une part relativement élevée, principalement en raison de la crise du VIH/SIDA.<sup>45</sup> Mais le budget de la santé de la reproduction se monte seulement à quelques dollars par personne et par an, ce qui ne permet pas d'acheter beaucoup de soins ou de médicaments modernes. Les contraintes existant au niveau des ressources sont similaires dans la majeure partie de l'Afrique et de l'Asie du Sud.

### **Insuffisance du financement par les donateurs**

Le monde est loin de satisfaire les besoins en ressources figurant au Programme d'action de la Conférence du Caire. Les Nations Unies ont prévu, en 1994, que les programmes de population et de santé de la reproduction dans les pays moins avancés et ceux qui passent à une économie de marché (comme en Europe de l'Est et dans l'ex-Union Soviétique) allaient coûter près de 17 milliards de dollars par an d'ici l'an 2000, et 22 milliards de dollars d'ici à l'an 2015 (en dollars de 1993). Les estimations pour l'an 2000 comprennent 10,2 milliards de dollars pour les programmes de planification familiale (environ le double des dépenses qui y ont été consacrées en 1990), 6,3 milliards de dollars pour les autres domaines de la santé de la reproduction (tels que les soins prénatals ainsi que la prévention du VIH et autres IST), et 500 millions de dollars sup-

Tableau 6

### **Dépenses de soins de santé par habitant par région, années 1990**

Région	Dollars par an (PPA) <sup>a</sup>
<b>Monde</b>	<b>\$561</b>
<b>Pays à revenu moyen ou faible</b>	<b>182</b>
Asie du Sud	69
Afrique sub-saharienne	84
Asie de l'Est et Pacifique	154
Moyen Orient et Afrique du Nord	237
Europe et Asie centrale <sup>b</sup>	355
Amérique latine et Caraïbe	461
<b>Pays à revenu élevé</b>	<b>2 505</b>

<sup>a</sup> La PPA est la parité du pouvoir d'achat : montants en dollars ajustés par la Banque mondiale afin de prendre en compte les différences qui existent entre pays au niveau du coût de la vie.

<sup>b</sup> Comprend les anciennes républiques soviétiques et les pays à revenu faible ou intermédiaire de l'Europe de l'Est et du Sud.

Source : La Banque mondiale, *World Development Indicators 2000* (2000) : 92.

plémentaires pour les activités de recherche et de politique.

Le Programme d'action de la Conférence du Caire prévoyait qu'un tiers des dépenses proposées serait couvert par les donateurs internationaux, soit environ la même proportion que pour les programmes mis en œuvre précédemment. En règle générale, les gouvernements des pays moins développés paient la majeure partie des frais locaux de prestation des services ; les donateurs contribuent normalement au règlement de la facture des contraceptifs ainsi que des autres fournitures et services techniques. Selon les directives du Caire, le rapport entre donateurs et pays en développement aurait dû être de 5,7 milliards de dollars et 11,3 milliards de dollars, respectivement, en l'an 2000. En fait, les estimations des Nations Unies pour les dépenses de 1997 indiquent que les pays donateurs n'ont fourni qu'entre 1,9 et 2 milliards de dollars par an – un tiers du montant prévu – et les pays les moins développés ont dépensé environ 7,7 milliards de leurs ressources nationales.<sup>46</sup>

*Les progrès en matière de santé de la reproduction sont inégaux et varient selon la localité considérée.*

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

*La Chine a augmenté les choix des femmes de certaines régions en matière de planification familiale et applique moins sévèrement sa politique d'un seul enfant.*

L'insuffisance des dépenses ne s'applique qu'à l'estimation des coûts prévus par le Programme d'Action du Caire pour la fourniture de services de planification familiale et les éléments de base de la maternité sans danger, ainsi que pour la prévention des infections sexuellement transmissibles. Ces chiffres ne portent pas sur les frais des autres objectifs que le document du Caire soutenait en principe, dont l'amélioration de tous les systèmes de soins de santé, la prestation de soins d'urgence pour les accouchements s'accompagnant de complications, la réduction de l'écart entre l'éducation des garçons et celle des filles, l'élimination des pratiques dangereuses pour les femmes, l'amélioration des possibilités d'emploi pour ces dernières, ou encore les coûts associés au traitement des MST, dont le VIH/SIDA.

Ce financement insuffisant s'explique en partie par un déclin général de l'aide publique au développement (APD), qui comprend les dons et

prêts à faible taux d'intérêt accordés par les gouvernements et les organisations multilatérales, telle que la Banque mondiale, qui sont eux aussi financés par les gouvernements. L'APD a atteint son apogée en 1992 au niveau approximatif de 61 milliards de dollars et est en baisse depuis lors. Elle se montait à 48 milliards de dollars en 1997.<sup>47</sup> L'ensemble de cette assistance pour les activités liées aux problèmes de population a augmenté pendant les années 1990, mais ceci reflète aussi le fait que le terme de « population » avait été défini comme comprenant les services de santé de la reproduction autres que ceux de planification familiale.

Seuls trois pays donateurs – le Danemark, les Pays-Bas et la Norvège – ont respecté ou excédé les engagements financiers qu'ils avaient pris au Caire. Plusieurs des grands donateurs, dont les États-Unis, l'Allemagne et le Japon, sont très à la traîne dans ce domaine. Les États-Unis sont la principale source de fonds destinés à l'assistance en matière de population, mais ils sont la lanterne rouge des pays donateurs en termes de pourcentage du produit national brut consacré à l'aide au développement.<sup>48</sup>

En règle générale, et malgré la crise économique en Asie du Sud-Est et les effets du VIH/SIDA constatés un peu partout en Afrique subsaharienne, les pays moins avancés ont mieux respecté les engagements pris au Caire que les pays développés. Mais les niveaux généraux des dépenses ont été faibles, en particulier dans les pays les plus pauvres. Les Nations Unies estiment qu'en 1996, dans 56 de ces derniers, les dépenses annuelles par habitant destinées à la santé de la reproduction n'ont atteint que 0,35 dollar.<sup>49</sup>

Il est plus difficile pour la communauté internationale de suivre les dépenses faites dans le domaine de la santé de la reproduction que celles des anciens programmes de population, qui comprenaient principalement les services de planification familiale ainsi que les activités d'information et de recherche, aussi bien que diverses



activités techniques. La santé de la reproduction est intégrée à une vaste gamme de services, ce qui complique énormément l'attribution des dépenses. Cette situation fera qu'il sera difficile de rendre compte et de suivre l'ordre du jour du Caire à l'avenir.

### **Opposition politique aux Etats-Unis**

De tous les pays industrialisés, les Etats-Unis contribuent le plus au financement des activités de population et de santé de la reproduction et ils ont une influence considérable sur le montant de l'assistance mise à disposition par les donateurs. En 1994, le gouvernement Clinton avait nettement accru le soutien américain en faveur de l'aide à la planification familiale et soutenait fermement la Conférence du Caire.

Cependant, quelques mois après celle-ci, le parti républicain a remporté la majorité au Congrès et l'équilibre du pouvoir est passé en faveur de ceux qui sont opposés aux activités internationales de planification familiale. Dans le cadre des mesures prises pour réduire toutes les dépenses gouvernementales, le Congrès a fait des coupes sombres, en 1996, dans les programmes d'aide à l'étranger. Sabrée de 35 %, l'aide à la planification familiale a été touchée de façon disproportionnée.<sup>50</sup> Les programmes de ce domaine ont fait l'objet d'assauts répétés au Congrès entre le milieu des années 1990 et la fin de l'an 2000, les parlementaires américains conservateurs exigeant des restrictions supplémentaires au financement des programmes internationaux de planification familiale liés à l'avortement.

Dans son budget pour l'an 2000, le Congrès a adopté l'amendement appelé « règle du bâillon », qui prive les organisations privées étrangères de fonds américains si elles utilisent un financement autre – ne venant pas des Etats-Unis – pour la prestation de services d'avortement ou si elles font pression en faveur de la modification des lois de leur pays relatives à cette procédure. Immé-

diatement après son arrivée au pouvoir en janvier 2001, le président George W. Bush a réinstitué la politique de Mexico (voir page 7), qui oblige les organisations étrangères à renoncer au financement américain ou à s'abstenir de tout débat public sur l'avortement.

### **Changement : Domaines prometteurs**

Etant donné les défis énormes auxquels les pays les moins avancés sont confrontés et les ressources limitées consacrées aux activités de population et de santé de la reproduction, même de faibles progrès enregistrés vers la réalisation des objectifs de la communauté internationale vaudraient la peine d'être notés. En fait, l'examen de la CIPD après cinq ans fait état d'un solide engagement et de progrès, en partie peut-être parce que les concepts de l'accord du Caire bénéficient d'un soutien général, et de l'activisme des ONG.

### **Une plus grande participation civique**

On constate, depuis le début des années 1990, une plus grande ouverture dans la prise de décisions politiques à tous les niveaux – international, national et local. Les ONG, les leaders religieux et communautaires, et le secteur privé – ce que les Nations Unies appellent la « société civile » – sont maintenant des partenaires actifs des gouvernements dans les délibérations relatives aux politiques nouvelles et aux programmes nouveaux. Les acteurs non gouvernementaux ont contribué, lors de la conférence du Caire de 1994 et par la suite, à façonner la plus récente génération de politiques en matière de population.

On retrouve dans de nombreux pays ces partenariats accrus entre les ONG et les gouvernements. Au Mexique, le Forum national des femmes et de la politique de population, un réseau de 70 organisations féminines, collabore étroitement avec les gouvernements nationaux et locaux pour faire en sorte que les

*Les acteurs non gouvernementaux ont contribué à façonner la plus récente génération de politiques en matière de population.*

politiques et services reflètent le mandat du Caire de 1994.<sup>51</sup> Au Maroc, 76 ONG – dont un tiers a été créé après 1994 – travaillent dans des domaines liés aux femmes et au développement. Le gouvernement de Rabat les consulte maintenant régulièrement, ce qui le change énormément de son style habituellement très centralisé en matière de prise de décisions.<sup>52</sup>

Une femme brésilienne spécialisée dans la santé féminine qualifie comme suit la plus grande participation de la société civile dans son pays : « Le processus de prise de décisions prend nettement plus longtemps depuis les années 1980 en raison de la démocratisation. Mais ce phénomène a aussi donné voix au chapitre aux organisations qui prônent une cause particulière et permis un débat sur l'ordre du jour relatif aux soins et aux droits en matière de santé de la reproduction. L'adoption de cet ordre du jour n'aurait pas eu lieu sans un débat politique ouvert sur ce qu'il signifie ». <sup>53</sup> Les organisations de défenses des droits des femmes ont joué un rôle de premier plan dans le remaniement de l'ordre du jour national dans le domaine de la santé au Brésil et en Afrique du Sud.

La participation de la société civile à la prise de décisions par le gouvernement peut prolonger les débats et compliquer le processus de planification, mais elle est importante pour plusieurs raisons. Le fait que les représentants des organisations communautaires se font entendre légitimise les politiques qui portent sur les besoins des femmes et autres groupes vulnérables de la société (comme les adolescents ou les groupes autochtones). Les ONG jouent un rôle important dans la mobilisation de l'intérêt du public et les actions menées sur certains sujets particuliers. A une époque de gestion décentralisée des services de santé et sociaux, les ONG et les organisations commerciales peuvent aussi combler les lacunes qui peuvent exister dans les services assurés par le gouvernement.

## Changements dans les lois et politiques

Les lois et politiques nationales guident et font avancer les actions entreprises au niveau local, ce qui peut affecter la vie des personnes. Mais l'élaboration de politiques n'est qu'une étape du processus. Poursuivant la poussée de ce qui a débuté lors du processus du Caire, les gouvernements du monde entier ont rédigé un ensemble impressionnant de lois nouvelles et de documents stratégiques. Les Nations Unies ont indiqué en 1999 que, depuis la conférence du Caire, plus de 40 pays ont pris des mesures politiques concrètes en vue d'atteindre l'objectif de l'accès universel aux soins de la santé de la reproduction.<sup>54</sup> Ces mesures ont porté dans certains cas sur l'élaboration de politiques nationales exhaustives en matière de santé de la reproduction alors que dans d'autres les gouvernements ont refondu certains aspects de leurs programmes de planification familiale ou de santé afin qu'ils puissent inclure la santé de la reproduction. Quelques exemples sont indiqués ci-après :

- En 1996, le gouvernement indien a remplacé sa politique en vigueur depuis des décennies, qui imposait aux états de se conformer aux cibles de planification familiale établies au plan national, par une « approche non ciblée » visant à répondre aux besoins individuels en matière de reproduction (voir l'encadré 6, page 42).
- En Afrique du Sud, la constitution de 1996 (élaborée après la fin du régime minoritaire blanc) comprenait les droits universels au choix en matière de reproduction et à la santé de la reproduction, qui devaient être appliqués dans le cadre d'un système de santé remanié assurant des soins de santé primaire gratuits pour les femmes et pour les enfants de moins de 6 ans.<sup>55</sup>
- Le Brésil, dans le cadre de la réforme des soins de santé, a décrété que la santé de la reproduction est une composante des soins de santé primaire auxquels

tous les citoyens ont un accès égal (voir l'encadré 5, page 36).

- Au Bangladesh, un consortium composé du gouvernement, des donateurs et d'ONG a élaboré en 1997 une nouvelle stratégie en matière de santé et de population, qui reflète l'approche globale demandée au Caire.

Il serait exagéré de dire que ces gouvernements ont changé de politique à la suite d'une conférence organisée par les Nations Unies. Les débats organisés dans ces pays ont néanmoins eu lieu à peu près au moment où les gouvernements nationaux et les ONG se préparaient aux réunions du Caire et de Pékin. Des événements nationaux ont parfois eu une influence sur le consensus international. On estime, par exemple, que les groupes de pression du Brésil et de l'Inde ont influencé le dialogue qui a eu lieu lors de la conférence du Caire. Dans tous les cas, celle-ci a été l'un des catalyseurs des mesures prises au plan national.

### **Améliorer les services de santé de la reproduction**

Les améliorations constatées dans le domaine des services de la santé de la reproduction sont dues à une réorganisation, une révision des priorités, et une nouvelle formation des prestataires de services. Les rapports gouvernementaux et les études indépendantes réalisés pour l'examen à cinq ans du Programme d'action du Caire mentionnent un bon nombre de ces améliorations.<sup>56</sup> Alors qu'un nombre relativement faible de pays cependant importants ont mis en place des politiques et programmes de santé de la reproduction, beaucoup ont introduit ou étendu certains éléments des soins de santé.

Deux initiatives populaires ont été l'intégration des services de santé – pour répondre en une seule visite à une plus vaste gamme de besoins dans ce domaine – et l'amélioration de la qualité des prestations, et plus particulièrement les efforts faits pour que les connaissances techniques et les aptitudes de conseil des presta-

taires soient meilleures. Les initiatives portant sur la qualité des soins visent entre autre à faire en sorte que les prestataires de soins soient plus sensibles aux besoins de leurs clients. Elles sont novatrices dans les pays dont les institutions n'avaient jamais accordé une haute priorité aux droits des patients ou des consommateurs.

En Chine, un pays connu pour l'application très stricte de sa politique en matière de population, le gouvernement a pris, dans certaines circonscriptions, des mesures ayant pour but d'améliorer les services de planification familiale et d'introduire des soins de santé de la reproduction qui soient plus complets. Les responsables de cette expérience estiment qu'aborder la santé de la reproduction en fonction du client pourrait donner une vie nouvelle au programme de planification familiale du gouvernement.<sup>57</sup> Si elles sont couronnées de succès, ces initiatives pourraient être étendues à l'ensemble du pays (voir l'encadré 7, page 44).

En Thaïlande, une initiative nationale lancée par le gouvernement dans le domaine de la santé a intégré l'éducation, les tests et les conseils sur le VIH/SIDA aux services de santé existants. D'autres projets pilotes tentent d'aborder la prévention du VIH de façon novatrice, dont la formation des femmes à des pratiques sexuelles plus sûres avec leurs maris, les conseils pré-nuptiaux et l'éducation des jeunes aux « connaissances de la vie ».<sup>58</sup> Toujours en réponse à la crise du VIH/SIDA, de nombreux pays africains ont commencé à intégrer la prévention des IST aux services en place dans les domaines de la planification familiale et de santé. L'Ouganda a fait de grands progrès dans l'intégration de la prévention du VIH aux programmes de santé, d'éducation et sociaux (voir l'encadré 3, page 22).

Les soins de santé de la reproduction se sont même améliorés dans les pays où les traditions et les croyances religieuses sont, en surface, en contradiction avec certains aspects de l'ordre du jour du Caire. En Algérie, par exemple, un pays musulman où la dis-

*La nouvelle constitution de l'Afrique du Sud prévoit des soins de santé primaire gratuits pour les femmes et pour les enfants de moins de 6 ans.*

## Inde : De la planification familiale ciblée à la santé de la reproduction<sup>1</sup>

L'Inde est devenue, il y a près de 50 ans, le premier pays du monde moins avancé à lancer, sous l'égide de l'Etat, un programme de planification familiale destiné ralentir sa croissance démographique. Du début des années 60 jusqu'aux années 90, la gestion du programme de l'Inde a été dirigée par des objectifs déterminés par le gouvernement dans le domaine de l'acceptation des contraceptifs. Le zèle dont les bureaucrates ont fait preuve pour atteindre les objectifs fixés a fait l'objet d'une critique croissante. Un important changement de politique est intervenu après la conférence du Caire en 1994 : l'approche « non ciblée », annoncée en 1996, qui a éliminé les cibles à atteindre obligatoirement au plan national pour l'acceptation des contraceptifs tout en continuant à permettre des cibles déterminées au niveau local. Cette approche nouvelle prévoyait une planification au niveau communautaire, où les agents fixaient des objectifs pour leurs domaines de services après évaluation des besoins de leurs clientes.

Plusieurs facteurs ont contribué à ce « changement de paradigme ». Les employés de services sanitaires du gouvernement avaient souvent peur de ne

pas atteindre les chiffres fixés et avaient tendance à surévaluer le nombre des personnes acceptant les contraceptifs (ce qui a entraîné une exagération des statistiques). Cette préoccupation à propos des objectifs a engendré un manque d'attention à la qualité des soins fournis dans les autres domaines de la santé. Les groupes de femmes et autres organisations non gouvernementales ont souvent fait part de leurs inquiétudes du fait que l'accent semblait être exagérément placé sur l'acceptation de la planification familiale, sans égards pour les besoins des femmes. Cette politique nouvelle a tout d'abord été appliquée dans certains districts et certains états de l'Inde qui se prêtaient les mieux au changement. Une étude de cas a été effectuée, deux ans après l'annonce de ce changement, dans deux états, le Rajasthan et le Tamil Nadu, afin de l'évaluer. Elle a conclu que les gouvernements de ces deux états s'étaient engagés à mettre en œuvre la politique de planification familiale non ciblée, mais en étaient au tout début de l'élaboration d'une approche plus généralisée, comprenant d'autres aspects des soins de santé de la reproduction.

cussion ouverte de la sexualité est taboue, un projet conçu par l'association nationale de planification familiale et des jeunes bénévoles donne aux jeunes des informations sur l'avortement dangereux, les grossesses non désirées et les IST. En Iran, les couples doivent, avant d'obtenir une licence de mariage, suivre des cours donnés sous l'égide du gouvernement sur la planification familiale et d'autres aspects de la santé de la reproduction.<sup>59</sup>

## Futures politiques démographiques

L'accord du Caire a fourni à la communauté mondiale une quantité considérable d'informations sur les

défis qui se posent dans les domaines de la santé et de la population, un cadre permettant de les étudier, et une gamme de solutions possibles au niveau des politiques et des programmes. Des progrès ont été enregistrés sur de nombreux fronts, mais il faudra cependant des années, voire même des décennies pour réaliser les changements profonds suggérés au Caire. Il est probable que, sur la voie cahoteuse de leur mise en œuvre, des doutes vont surgir à propos des mesures proposées.

## Fêlures dans le consensus du Caire

L'encre de l'accord du Caire était à peine sèche qu'universitaires et promoteurs d'un grand nombre de disci-

Des entretiens effectués avec les agents de santé ont révélé qu'ils devaient toujours fixer des objectifs et rendre compte de la situation aux autorités supérieures, mais qu'ils n'étaient pas réprimandés si les quotas n'étaient pas atteints, ce qui était le cas dans le passé. Des discussions de groupes de travail ont aussi montré que les couples de ces deux états faisaient moins l'objet de pression pour accepter la stérilisation et que les agents les informaient des diverses méthodes contraceptives dont ils pouvaient bénéficier. Les statistiques annuelles ont montré qu'un an après la mise en place de cette nouvelle politique, il y avait eu une chute du nombre des personnes utilisant la planification familiale dans le pays, peut-être parce qu'il n'y avait plus de raison de fausser les chiffres. Mais, en 1998, on a enregistré une remontée de l'utilisation de tous les moyens de contraception, ce qui a dissipé les craintes de nombreux sceptiques pour qui l'usage des contraceptifs allait diminuer dans ce nouvel environnement.

Cette politique différente n'est pas appliquée uniformément dans toute l'Inde, et le gouvernement maintient

toujours des cibles démographiques au niveau national. La politique nationale adoptée en l'an 2000 prévoit une réduction moyenne des familles à 2,1 enfants par couple d'ici à 2010 (par rapport à 3,2 en 1999), ce qui exige un déclin rapide du taux des naissances. Elle stipule aussi que, pour atteindre cet objectif, il faut répondre aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale et autres soins de santé, et intégrer la prestation des services de base en matière de santé de la reproduction et des soins infantiles.<sup>2</sup> La prestation de services de santé de la reproduction de haute qualité à toutes les femmes et à tous les hommes exigera une augmentation substantielle des ressources et des capacités humaines dans ce pays de plus d'un milliard de personnes.

#### Références

1. Adapté de Leela Visaria et Pravin Visaria, *Reproductive Health in Policy and Practice: India* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1998).
2. Inde, *National Population Policy 2000* (New Delhi : Ministère de la Santé et du Bien-être familial, 2000) : 2.

plines ont commencé à débattre de la conférence et à se demander si le document constituait un équilibre juste entre les divers intérêts en jeu. Il a eu de nombreux partisans, mais aussi certains détracteurs. Des fêlures ont commencé à apparaître après 1994 dans le consensus, et elles pourraient bien refaire surface en 2004, année au cours de laquelle les Nations Unies pourraient convoquer la prochaine conférence sur la population. Quelques exemples :

- Des démographes et autres scientifiques ont demandé que l'accent soit de nouveau placé sur le problème de la croissance démographique.<sup>60</sup> Sous la pression, à leur avis, des partisans des droits de la femme, l'accord du Caire n'a pas tenu compte des préoccupations

démographiques en dépit du fait que la croissance démographique menace toujours le bien-être de millions de personnes, et qu'elle mérite de retenir l'attention des politiques gouvernementales.

Ils soulignent qu'il existe peu de preuves d'un lien direct entre l'amélioration de la santé de la reproduction et le désir d'avoir des familles moins nombreuses. Ils craignent que les efforts faits pour accroître l'usage de la planification familiale s'en trouvent dilués si l'on détourne les ressources pour les affecter à une vaste gamme de services.

- Certains scientifiques spécialistes de l'environnement ont été déçus du manque de focalisation sur le développement durable, et en

particulier sur les liens qui existent entre la croissance démographique, la pollution et l'épuisement des ressources naturelles.<sup>61</sup> L'accroissement de la population mondiale et la hausse de la consommation par habitant menacent la santé de l'environnement. Il se peut qu'une des causes principales de la dégradation de l'environnement finisse par disparaître du conscient du public si l'accent est moins placé sur la croissance démographique.

- Certains conservateurs des pays moins développés se sont demandés si les féministes occidentales et les groupes qu'elles soutiennent dans les pays moins avancés ont

un contrôle excessif sur l'ordre du jour international en matière de population.<sup>62</sup> Ils avancent l'argument selon lequel les femmes des pays moins avancés, agissant de leur propre gré, auraient décrit les problèmes en faisant davantage attention au contexte culturel et auraient défini leurs droits d'une façon différente.

- D'autres encore demandent que l'accent soit davantage placé sur la réduction des inégalités socioéconomiques. Le problème de la pauvreté qui persiste dans une grande partie du monde en développement sous-tend une bonne partie des préoccupations mentionnées dans le présent « Bulletin sur la

#### *Encadré 7*

### **La politique de la Chine en matière de population mise à l'épreuve**

La politique nationale adoptée par la Chine dans le domaine de la population constitue un exemple frappant du conflit qui peut exister entre les objectifs d'une société et les droits de la personne. En vigueur depuis 1999, elle a été responsable du ralentissement de l'accroissement démographique du pays le plus peuplé au monde (près de 1,3 milliard d'habitants). Elle est aussi tristement célèbre pour les restrictions qu'elle apporte aux droits de la personne et pour la dureté de son application. Le gouvernement des États-Unis et d'autres pays l'ont condamnée à la suite de comptes rendus faisant état d'avortements forcés et autres pratiques coercitives du programme.

La politique démographique actuelle de la Chine impose à la plupart des couples urbains une limite d'un enfant – deux si les deux parents sont enfants uniques – et autorise ceux des campagnes à en avoir deux si le premier est une fille. Ces restrictions sont appliquées de façon très inégale dans le pays et beaucoup de couples cherchent à les contourner, ce qui fait de leur application un sujet politique important.

En 1995, le gouvernement chinois a réorienté son programme de planification familiale pour qu'il « soit guidé par l'intérêt du peuple » et mette davantage l'accent sur des services plus exhaustifs. La Chine a cherché à améliorer la qualité de ses services de planification familiale et à assurer des soins plus complets à la suite de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement, qui a mis l'accent sur la valeur d'une approche plus globale. La Commission gouvernementale pour la planification familiale a introduit les réformes dans six circonscriptions rurales et cinq centres urbains sélectionnés parce que les conditions économiques étaient relativement bonnes pour tester sa nouvelle politique. Le Fonds des Nations Unies pour les activités de population (FNUAP) et la Fondation Ford sont intervenus dans ces réformes à la fin des années 1990.

Les centres de planification familiale de certaines régions de la Chine offrent maintenant des conseils sur le choix de méthodes de contraception, des soins prénatals et des conseils prénuptiaux. Les officiels locaux déterminent toujours les objectifs de

santé et les droits humains ».

Il se peut que l'on ne puisse pas enregistrer de progrès dans les autres domaines concernant les droits de l'homme tant que les citoyens les plus pauvres du monde ne peuvent pas sortir de leur lutte quotidienne pour leur survie.<sup>63</sup>

Un certain nombre de facteurs, outre les points de vue exprimés précédemment, peuvent avoir une influence sur les discussions futures ayant trait à la population. L'épidémie du VIH/SIDA (particulièrement en Afrique) pourrait dominer les autres problèmes de santé et de développement, et exiger une infusion massive de fonds nouveaux destinés à sauver des vies et à venir au secours

des communautés touchées. En Asie et dans d'autres régions où on a enregistré une chute des taux de natalité, les gouvernements sont confrontés au problème d'une population vieillissante et d'un manque important de soutien social et économique aux personnes âgées. En Asie, en Amérique latine et dans les pays de l'ancienne Union Soviétique, les crises financières répétées ont retiré des coffres des gouvernements les fonds nécessaires au développement social. Ces crises, combinées à la pauvreté persistante et à la dette de beaucoup de pays du monde, peuvent amener à des appels en faveur d'un soutien financier plus important de la part d'un plus grand nombre de pays

planification familiale, mais le concept du « choix informé » a fini par être accepté en certains endroits. Le gouvernement estime que jusqu'à présent 660 des 3 000 circonscriptions de la Chine ont participé à ce mouvement, ce qui constitue un changement radical dans la façon dont les objectifs à atteindre en matière de population sont poursuivis dans certaines régions.

Les réformes intervenues dans la planification familiale correspondent aux changements qui ont lieu dans l'ensemble de la Chine. L'économie du pays passant d'une planification étatique à celle du marché libre, il semble qu'aborder la planification familiale sous l'angle de la coercition ne donne plus les mêmes résultats. L'érosion du contrôle exercé par le gouvernement a été particulièrement prononcée dans les zones rurales où vit la majorité de la population chinoise. Les parents de plus en plus à l'aise au plan financier peuvent souvent se permettre de payer les amendes ou les pots de vin nécessaires pour qu'ils puissent avoir davantage d'enfants que la loi ne le prescrit, ou de déménager dans une région où ils passeront plus inaperçus. En conséquence, certains démographes chinois

estiment que le taux de fécondité réel se situe entre 2 et 2,3 enfants par femme, alors que le gouvernement affirme qu'il n'est que de 1,8. Les contrôles traditionnels apparaissant inefficaces, le gouvernement semble espérer qu'une approche davantage axée sur les clients correspondra mieux à l'évolution de la société chinoise.

Le véritable test de l'engagement du gouvernement en matière de politique démographique sera sa réaction aux résultats du recensement de l'an 2000. L'objectif officiel est une population totale de moins de 1,3 milliard de personnes. Certains experts pensent que le gouvernement exercera d'autres pressions en faveur de la limitation des naissances si le recensement donne des résultats dépassant ce chiffre.

#### Références

Ruth Simmons, Baochang Gu et Sheila Ward, "Initiating Reform in the Chinese Family Planning Program" (Ann Arbor, MI : Ecole de Santé Publique de l'Université du Michigan, document non publié, 2000) ; et Bingham Kennedy, "For China, a Census that Really Counts", *Population Today* (Washington, DC : Population Reference Bureau, octobre 2000).

*Les critiques ont commencé à débattre de la conférence et à se demander si le document constituait un équilibre juste entre les divers intérêts en jeu.*

développés. Il n'est pas du tout certain que les pays donateurs soient prêts à accorder un financement accru aux mesures qui seront prises pour la population, la santé et le développement.

Les coûts écrasants et les efforts associés aux conférences organisées par les Nations Unies ont aussi une influence sur les discussions qui auront lieu à l'avenir dans le domaine de la population. Il est possible, étant donné les contraintes logistiques et financières, que l'ONU ajourne jusqu'en 2014 l'évaluation complète des objectifs du Caire après leurs 20 ans. Il se peut, entre-temps, qu'elle organise des réunions sur la pauvreté, le développement social, les enfants, la vieillesse ou d'autres sujets relatifs au développement. Pour les personnes et les groupes qui s'intéressent aux questions de population et de santé de la reproduction, et pour les défenseurs des droits dans ces domaines, tout retard ou intégration à d'autres conférences des sujets liés au Caire peut signifier la perte de l'élan acquis en matière de politique et d'occasions de plaider en faveur d'un financement accru de la planification familiale, de la santé de la reproduction et de la promotion des femmes.

### **Équilibrer les buts de la société et les droits de l'individu**

L'un des résultats les plus positifs de la conférence du Caire de 1994 a été une nouvelle impression d'optimisme et que la croissance démographique mondiale pourrait se stabiliser sans les mesures coercitives qui limitent les libertés individuelles et apportent des restrictions à la grossesse. Savoir si cet optimisme est bien fondé pourrait dépendre du succès que les pays connaîtront dans la mise en œuvre de politiques basées sur le « nouveau paradigme » – la focalisation sur la santé de la reproduction et ses droits. Le présent Population Bulletin a examiné un grand nombre des défis que représente l'application de ces poli-

tiques. Étant donné l'énormité des obstacles rencontrés, les progrès réalisés jusqu'à présent sont impressionnants.

Tant que les couples continueront à préférer des familles moins nombreuses, soutenir les choix et les droits individuels ne sera pas en conflit avec les objectifs de la société qui consistent à ralentir la croissance démographique. Mais si l'accroissement est plus important que prévu dans de grands pays tels que l'Inde et la Chine, certains gouvernements pourraient revenir aux politiques plus rigides de planification familiale et aux pratiques de leur application du passé. Les données provenant d'enquêtes menées récemment au Bangladesh et en Égypte montrent que l'importance moyenne de la famille a à peine baissé dans ces pays lors de la seconde moitié des années 1990. Étant donné qu'une chute d'une moyenne de 5 enfants à 3,5 s'est produite relativement rapidement entre les années 1970 et les années 1990, ces constatations sont plutôt surprenantes. Il est possible que l'on soit toujours loin d'atteindre la moyenne de deux enfants, ou que cet objectif ne puisse jamais être réalisé dans certaines sociétés.

Il est très possible que faire progresser la santé et les droits des femmes contribue à la transition vers des familles moins nombreuses, mais ceci peut aussi exiger des efforts à long terme dans les sociétés les plus pauvres. Après tout, les femmes qui vivent dans celles-ci ont les plus gros problèmes de santé et les plus grosses difficultés à améliorer leur sort. Ces efforts ne sont pas sans conséquences en ce qui concerne la population du monde : les prévisions faites dans ce domaine indiquent qu'une légère différence dans le nombre moyen des familles – une moyenne de 2,6 enfants par opposition à 2,1 – se traduit par une population mondiale de 1,6 milliard de personnes en plus en 2050 (voir la figure 9).

De nombreux gouvernements continuent à maintenir des objectifs démographiques qui font partie de leur plan de développement. Ces buts



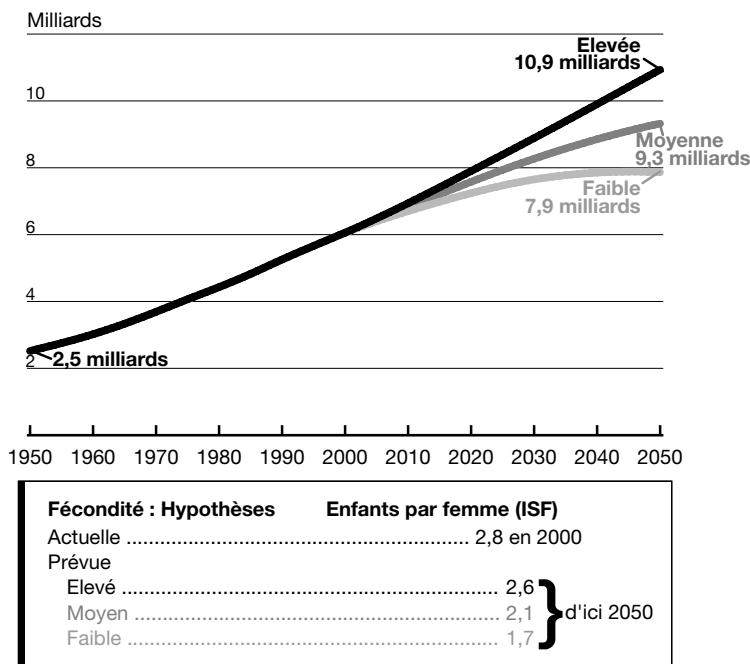
coexisteront probablement avec des politiques destinées à promouvoir le progrès des femmes et le bien-être des personnes individuelles. Ils sont désirables en eux-mêmes, quel que soit leur effet sur la croissance démographique. Le fait que l'accent soit placé sur un ensemble d'objectifs plutôt que sur un autre dépend d'une combinaison de facteurs : leadership de haut niveau, preuves scientifiques et influence des organisations communautaires.

La poursuite, au XXI<sup>e</sup> siècle, de la croissance démographique, pose les mêmes problèmes en termes de développement que celle du siècle dernier. Mais la réaction des gouvernements (leur position publique en particulier) est complètement différente de ce qu'elle était il y a une décennie : la plupart des politiques visant à contrôler l'accroissement démographique ne sont plus acceptables dans la plupart des pays. L'une des leçons importantes tirée du processus entamé au Caire est qu'il n'est pas possible de chercher à atteindre des objectifs démographiques nationaux sans qu'ils soient passés au peigne fin dans le pays concerné ou à l'étranger. Si les politiques ne tiennent pas compte des perspectives ou des besoins de la personne, on cherchera probablement à les contourner ou à s'y opposer ouvertement. Maintenant que les ONG et les citoyens activistes jouent un rôle éminent de surveiller le respect des accords internationaux, ils continueront selon toute probabilité à faire pression sur les gouvernements pour que ceux-ci respectent les droits des personnes.

Etant donné les preuves croissantes démontrant qu'il existe des liens entre le statut des femmes et les tendances

Figure 9

### Population mondiale : Prévisions pour 2050 sous trois hypothèses de fécondité



Note : L'ISF (Indice synthétique de fécondité) est la moyenne du nombre total d'enfants nés de chaque femme en fonction des taux de natalité prévalents.

Source : Nations Unies, *World Population Prospects: The 2000 Revision* (à venir en 2001).

enregistrées en matière de démographie et de développement, et étant donné l'influence croissante des groupes de femmes, il est difficile d'imaginer que les sujets ayant trait à la santé et aux droits de femmes vont disparaître des débats touchant la politique démographique. Les questions liées à la sexualité et à la grossesse constituent de complexes problèmes de valeurs ce qui garantit la poursuite des débats politiques.

## Appendice

### La santé de la reproduction et ses droits, tels que définis par le Programme d'action du Caire

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne, pour tout ce qui concerne l'appareil reproducteur, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

... Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de la personne et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consen-

sus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de la personne. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. L'exercice de ce droit par tous 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 de la reproduction, y compris de la planification familiale. Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l'établissement de relations de respect mutuel et d'équité entre les sexes, et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services afin qu'ils apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable.

#### Référence

Nations Unies, "Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement", dans *Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement* (Le Caire, du 5 au 13 septembre 1994) : para. 7.2 et 7.3.

Consulté en ligne à l'adresse suivante : [www.unfpa.org/icpd/reportdoc/icpd-poe.html](http://www.unfpa.org/icpd/reportdoc/icpd-poe.html) le 29 janvier 2001.

# Références

1. Peter Donaldson, *Nature Against Us* (Chapel Hill, NC : University of North Carolina Press, 1990) : 40
2. Nations Unies, *Synthesis of National Reports on Population and Development*. Basé sur les soumissions de 150 pays à la Conférence internationale sur la population et le développement (New York : Nations Unies, 1994).
3. Jason Finkle et Barbara Crane, « Ideology and Politics at Mexico City: The United States at the 1984 International Conference on Population », *Population and Development Review* 11, no. 1 (mars 1985) : 1-28.
4. Lori Ashford, « Nouvelles perspectives sur la population : leçons du Caire », *Population Bulletin* 50, no. 1 (Washington DC : Population Reference Bureau, mars 1995) : 10.
5. Carla Abouzahr, « Background Paper on Reproductive Health » (Document préparé pour l'institut de la bande mondiale, Washington, Institut de la Banque mondiale, 1999) : 3.
6. Ibid.
7. Akim Bankole et Charles Westoff, « Childbearing Attitudes and Intention », *Etude comparative sur la démographie et la santé* no. 17 (Calverton, MD : Macro International, 1995) : 6 et comptes rendus définitifs des pays tirés des enquêtes DHS obtenues à : [www.measuredhs.org](http://www.measuredhs.org).
8. John Bongaarts, « The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions », Document de travail no. 71 (New York, The Population Council, 1995) : 23-24.
9. Bryant Robey, John Ross et Indu Bhushan, « Meeting Unmet Need : New Strategies » *Population Reports* séries J. no. 43 (septembre 1996) : 3-6 et estimations non publiées pour les années 90 obtenues auprès du Centre pour la population, la santé et la nutrition de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.
10. Nations Unies, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (New York : Nations Unies, 1999). Consulté en ligne à [www.unfpa.org/icpd/reports&doc/215ale.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/reports&doc/215ale.pdf), le 29 janvier 2001.
11. Charles Westoff et Akim Bankole, « Unmet Need : 1990-1994 » *Etude comparative sur la démographie et la santé* no. 16 (Calverton, MD : Macro International, 1995) : 16.
12. Fonds de la population des Nations Unies (FNUAP), *The State of World Population 2000, Men and Women in a Time of Change* (New York, FNUAP, 2000) : 2 ; et Rudolfo Bulatao, Katherine Abel et John Ross, *Contraceptive Projections and the Donor Gap* (Arlington, VA : John Snow, Inc., 2001).
13. Banque mondiale, *World Development Report 1993 : Investing in Health* (New York : Oxford University Press for the World Bank, 1993) : 113.
14. M. Berer, « Making Abortions Safe : A Matter of Good Public Health Policy and Practice », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78, no. 5 (Genève : Organisation mondiale de la santé, 2000) : 580.
15. Ibid.
16. Nations Unies, « Programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement » dans le *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement* (Le Caire, 5-13 sept. 1994), par. 8.25. Consulté en ligne à : [www.unfpa.org/icpd/reports&doc:icpdpoae.html](http://www.unfpa.org/icpd/reports&doc:icpdpoae.html) le 29 janvier 2001.
17. Nations Unies, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, par. 63.
18. Amy O. Tsui, Judith N. Wasserheit et John G. Haaga, rév., *Reproductive Health in Developing Countries : Expanding Dimensions, Building Solutions* (Washington, DC : National Academy Press, 1997) : 50.
19. Ibid. : 53-55.
20. Arthur Okwembah, "Africa's Biggest Condom Factory Planned for Kenya" (Le plus grand projet d'usine de préservatifs au Kenya) *The Nation* (Nairobi), 3 août 2000. Consulté en ligne à [www.nexis.com](http://www.nexis.com), le 30 janvier 2001 et sur le réseau intégré d'informations régionales de l'ONU (Integrated Regional Information Network ou IRIN) "Condom Adverts deemed too explicit" (Publicités pour les préservatifs jugées trop explicites), IRIN, 12 janvier 2001. Consulté en ligne à : [www.nexis.com](http://www.nexis.com) le 30 janvier 2001.
21. Programme conjoint de l'ONU sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic December 2000* (Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, décembre 2000) (Genève : ONUSIDA, 2000).
22. ONUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic June 2000* (Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000) (Genève : ONUSIDA, 2000) : 11.
23. Ibid. : 108-14.
24. Tsui, Wasserheit et Haaga, *Reproductive Health in Developing Countries* (Santé de la reproduction dans les pays en développement).
25. ONUSIDA, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People : A Review Update* (Impact du VIH et de l'éducation en matière de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : dernières informations d'analyse) (Genève : ONUSIDA, 1997).

26. FNUAP, *State of World Population 2000* : 29.
27. Program for Appropriate Technology in (PATH) et Organisation mondiale de la santé (OMS), *Female Genital Mutilation : Programmes to Date : What Works and What Doesn't* OMS/CHS/WMH/99.5 (OMS, 1999) : 3. Consulté en ligne à : [www.who.int/frh-whd/PDF-files/Programmes to Date.pdf](http://www.who.int/frh-whd/PDF-files/Programmes%20to%20Date.pdf) le 31 janvier 2001 et OMS « Female Genital Mutilation » fiche technique no. 241 (juin 2000). Consulté en ligne à : [www.who.int/fs/en/fact241.html](http://www.who.int/fs/en/fact241.html) le 30 janvier 2001.
28. Program for Appropriate Technology (PATH), *Reproductive Health Outlook*. Site web consulté à : [www.rho.org](http://www.rho.org) le 23 janvier 2001.
29. AbouZahr, « Background Paper on Reproductive Health » : 16.
30. Anne Tinker, K. Finn et Joanne E. Epp, *Improving Women's Health : Issues and Interventions* (Washington, DC : la Banque mondiale, juin 2000) : 10.
31. Ibid. : 11.
32. David Dollar et Roberta Gotti, « Gender Inequality, Income and Growth : Are Good Times Good for Women ? » *Policy Research Reports on Gender and Development*, série de documents de travail no. 1 (Washington, DC : la Banque mondiale, 1999).
33. Gita Sen et Srilatha Batliwala, « Empowering Women for Reproductive Rights » dans *Women's Empowerment and Demographic Processes*, éd. Harriet B. Presser et Gita Sen (Oxford, Angleterre : Oxford University Press, 2000) : 18.
34. Ibid.
35. Caroline Bledsoe, John Casterline, J. Johnson-Kuhn et John Haaga, *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World* (Washington, DC : National Academy Press, 1999) : 81-104.
36. Nations Unies, *The World's Women 2000 : Trends and Statistics* (New York : Nations Unies, 2000) : 85-86.
37. Nations Unies, *Linkages Between Population and Education* (New York : Nations Unies, 1997) : 12.
38. Nations Unies, *The World's Women 2000 : Trends and Statistics* : 110.
39. Ibid. : 126.
40. Barbara Barnett et Jane Stein, *Women's Voices, Women's Lives : The Impact of Family Planning* (Research Triangle Park, NC : Family Health International, 1998).
41. FNUAP, *State of the World Population 2000* : 55 ; et Radouane Belouali et Najib Guédira, *Reproductive Health in Policy and Practice : Morocco* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1998) : 8-10.
42. Nations Unies, *The World's Women 2000* : 164.
43. Thomas Merrick, « Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings : Challenges et Opportunities » (Document d'information préparé pour le Cours de base sur la Population, la santé de la reproduction et la réforme du secteur de la santé, Institut de la Banque mondiale, Washington, DC 1999).
44. Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1993*.
45. Florence Mirembe, Freddie Ssengooba et Rosalind Lubanga, *Reproductive Health in Policy and Practice: Uganda* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998) : 23.
46. FNUAP, *The State of World Population, 1999 – 6 Billion: A Time for Choices* (New York : FNUAP, septembre 1999) : 56.
47. Nations Unies, « A Five-Year Review of Progress Towards the Implementation of the Programme of Action of the ICPD » (Présenté au Forum de la Haye, organisé aux Pays-Bas du 8 au 12 février 1999).
48. Shanti Conley et Shyami DaSilva, *Paying their Fair Share? Donor Countries and International Population Assistance* (Washington, DC : Population Action International, 1999).
49. Nations Unies, « A Five-Year Review of Progress » : 70.
50. Population Action International, *Keeping America's Promises* (Fiche d'information) (Washington, DC : Population Action International, 1999).
51. Mia McDonald, *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report* (New York : FNUAP, septembre 1999) : 13.
52. Belouali et Guédira, *Reproductive Health in Policy and Practice: Morocco*.
53. Sonia Corrêa et Sérgio Piola, *Reproductive Health in Policy and Practice: Brazil* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1998).
54. FNUAP, *The State of World Population 1999* : 34
55. Shepard Forman et Romita Ghosh, *The Reproductive Health Approach to Population and Development* (New York : Centre de l'Université de New York pour la Coopération, 1999).
56. Karen Hardee, Kokila Agarwal, Nancy Luke, Ellen Wilson, Margaret Pendzich, Marguerite Farrell et Harry Cross, *Post-Cairo Reproductive Health Programs: A Comparative Study of Eight Countries* (Washington, DC : The Futures Group International, 1998) ; Shepard Forman et Romita Ghosh, ed., *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development* (Boulder, CO : Lynne Reiner Editeurs, 2000) ; Jennifer Catino, *Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health* (New York : Family Care Internatio-

- nal, 1999) ; et Lori Ashford et Carolyn Makinson, *Reproductive Health in Policy and Practice : Case Studies from Brazil, India, Morocco, and Uganda* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1999).
57. Ruth Simmons, Baochang Gu et Sheila Ward, *Initiating Reform in the Chinese Family Planning Program* (Ann Arbor, MI : Ecole de Santé Publique de l'Université du Michigan, document non publié, 2000).
  58. Catino, Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and reproductive Health : 70–71.
  59. Farzaneh Roudi, « Iran's Revolutionary Approach to Family Planning » , *Population Today* (Washington, DC : Population Reference Bureau, juillet-août 1999) : 4–5.
  60. Leon F. Bouvier et Jane T. Bertrand, *World Population: Challenges for the 21st Century* (Santa Ana, CA : Seven Locks Press, 1999) ; John C. Caldwell, « The International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. Is Its Plan of Action Important, Desirable, and Feasible? The Nature of the Forum » , *Health Transition Review* 6, no. 1 (avril 1996) : 71–72 ; John Cleland, « ICDP and the Feminization of Population and Development Issues » , *Health Transition Review* 6, no. 1 (avril 1996) : 107–10 ; Malcolm Potts, « The Crisis in International Family Planning » , *Health Transition Review* 6, no. 1 (avril 1996) : 114–19 ; et C. Alison McIntosh and Jason L. Finkle, « The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm? » , *Population and Development Review* 21, no. 2 (juin 1995) : 223–60.
  61. M. Wheeler, « ICPD and Its Aftermath: Throwing Out the Baby? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 77, no. 9 (Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999) : 778–79.
  62. Huda Zurayk, « Reproductive Health in Population Policy: A Review and Look Ahead » , à la Conférence internationale de Pékin sur la population, 1997, vol. 1, Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population (UIESP) (Liège, Belgique : Comité de l'UIESP pour la démographie économique, 1997) : 381-98 ; et Carla Makhoul Obermeyer, « The Cultural Context of Reproductive Health: Implications for Monitoring the Cairo Agenda » , *International Family Planning Perspectives* 25 (Supplément, janvier 1999) : S50–52.
  63. voir Harriet B. Presser, « Demography, Feminism, and the Science-Policy Nexus » , dans *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, Harriet B. Presser et Gita Sen, eds. (New York : Oxford University Press, 2000) : 399.

## Sites web

- United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour les activités de population)  
[www.unfpa.org/icpd](http://www.unfpa.org/icpd)  
 PopNet – Informations sur la population du monde, Population Reference Bureau  
[www.popnet.org](http://www.popnet.org)

# Autres publications du PRB

## **La jeunesse en Afrique sub-saharienne : données et graphiques sur la sexualité et la santé de la reproduction**

*par Dara Carr, 2001*

Ce fiche des données et graphiques de 44 pages passe en revue des données tirées d'enquêtes démographiques sur les adolescents et sur la santé dans 11 pays en Afrique sub-saharienne. Les sujets traités comprennent l'éducation, la sexualité et le mariage, le VIH/SIDA, la grossesse, la contraception et la santé maternelle. (IYSSAF)

## **Femmes 2000 : Un profil mondial de la vie reproductive des femmes**

*par le personnel du PRB, 2000*

À l'occasion du cinquième anniversaire de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue en 1995, ces quatre résumés – soigneusement présentés dans un dépliant – passent en revue les découvertes et les choix politiques concernant la vie reproductive des jeunes femmes et les besoins en matière de santé sexuelle à partir des thèmes suivants : l'éducation et la procréation, comment améliorer les conditions de grossesse et d'accouchement et l'influence de la planification familiale sur la vie des femmes. (IWOKIT00F)

## **Inquiétudes féminines : Le VIH/SIDA et les femmes dans les médias**

*par le personnel du PRB, 2001*

Cette publication « Inquiétudes féminines », la cinquième d'une série réalisée par le projet de Women's Edition du PRB, analyse l'impact de l'épidémie sur les femmes et les filles, dans l'optique des journalistes femmes. En juillet 2000, le PRB a réuni en colloque les journalistes chevronnées de dix pays pour débattre des femmes et du VIH/SIDA, avant la 13e conférence internationale sur le SIDA, à Durban en Afrique du Sud. Ces journalistes ont ensuite rédigé des suppléments spéciaux, publiés dans leurs quotidiens et leurs revues, ainsi que des émissions radio mettant en évidence les éléments locaux et internationaux de l'épidémie. (IWOMED5F)

## **Comment renforcer les progrès mondiaux dans le domaine de la santé, de l'éducation et des droits : La consensus du Caire**

*par Jennifer Bowman, 2000*

En 1999, les leaders politiques nationaux ont renouvelé leur engagement dans le cadre d'un accord sur 20 ans adopté en 1994 durant la Conférence internationale sur la population et le développement. Le rapport CIPD+5 examine les objectifs, les réalisations, les points de référence et les obstacles qui définissent et remettent en question cette nouvelle approche démographique et du développement. (IBUILDFSFRE)

## **La jeunesse du monde 2000**

*par Anne Boyd, Carl Haub y Diana Cornelius, 2000*

La fiche de données et le rapport de 24 pages offrent un profil des jeunes d'aujourd'hui, avec des informations sur la population, l'éducation et la santé, en mettant plus particulièrement l'accent sur la santé sexuelle et génésique. Parmi les sujets abordés figurent l'éducation, la sexualité et la vie génésique des jeunes, l'utilisation des méthodes contraceptives, la violence sexuelle contre les jeunes femmes, le VIH/SIDA et les approches stratégiques et programmatiques. (Le rapport inclut toutes les données sur la fiche de données, mais la fiche ne comporte pas tout le texte ni les diagrammes disponibles dans le rapport.) (fiche des données I00WYDSF) (rapport I00WYBKF)

## **Fiche de données sur la population mondiale**

*par Carl Haub et Diana Cornelius, 2001*

La Fiche de données sur la population mondiale du PRB, l'une de ses publications les plus demandées, est présentée sous la forme d'une affiche murale accompagnée d'un livret de 12 pages. Elle contient les plus récentes estimations et projections démographiques, ainsi que d'autres indicateurs clés pour 200 pays, y compris les naissances, les décès, les augmentations naturelles, la mortalité infantile, la fécondité totale, l'espérance de vie, la population urbaine, l'utilisation des contraceptifs, le RNB PPA, la superficie terrestre et la population au kilomètre carré. (fiche de données IDS01WFF) (livret IDS01WBKF)

Pour commander ces publications (ou recevoir gratuitement un catalogue des publications du PRB), veuillez nous contacter à l'adresse suivante :

### ***Population Reference Bureau***

*1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520  
Washington, DC 20009-5728, Etats-Unis  
Fax : 202/328-3937*

Pour un service rapide, appelez le :

**1-800-877-9881**

ou envoyez un e-mail à

**popref@prb.org**

ou visitez le site

**www.prb.org**

Notre site Web présente des textes complets et des extraits de nombreuses publications du PRB et offre des liens avec de nombreux autres sites Internet sur la population.



***Population Reference Bureau***

*1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520*

*Washington, DC 20009-5728, Etats-Unis*

*202/483-1100*

*[www.prb.org](http://www.prb.org)*