



# état de la population mondiale 2005

## **La promesse d'égalité**

Egalité des sexes, santé en matière de procréation  
et objectifs du Millénaire pour le développement





# état de la population mondiale 2005

## **La promesse d'égalité**

Egalité des sexes, santé en matière de procréation  
et objectifs du Millénaire pour le développement

Copyright © UNFPA 2005

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

# Table des matières

## Chapitres

<b>1</b>	<b>Aperçu général</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>Instituer des partenariats avec les garçons et les hommes</b>	<b>57</b>
<b>2</b>	<b>Des investissements stratégiques: le dividende de l'égalité</b>	<b>9</b>		Les rôles des hommes dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement	57
	Pauvreté des perspectives et des choix	9		L'impact des rôles sexospécifiques sur les hommes	58
	Des investissements d'importance critique et d'immenses bénéfices	10		Atteindre les garçons et les hommes	60
	Concilier les rôles productif et procréatif	15		Réinterpréter la masculinité	60
	Les responsabilités en matière de justice entre les sexes	17		Les années de formation	61
<b>3</b>	<b>La promesse des droits humains</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>La violence sexiste : une prix trop élevé</b>	<b>65</b>
	Les droits humains des filles et des femmes	22		L'ampleur et les nombreuses formes de la violence sexiste	65
	Le cadre des droits humains des femmes	22		La violence contre les femmes et les OMD	68
	Les droits humains : essentiels pour les OMD	24		Se mobiliser pour une 'tolérance zero'	70
	Les droits en matière de procréation dans la pratique	25		Les hommes prennent position	71
	Droits, sexospécificités et culture : à la recherche d'une convergence	27	<b>8</b>	<b>Les femmes et les jeunes dans les crises humanitaires</b>	<b>75</b>
	L'appui aux groupes marginalisés	28		Après une crise : des perspectives d'équité et de paix	75
<b>4</b>	<b>La santé en matière de procréation : une mesure de l'équité</b>	<b>33</b>		Un cadre des droits humains en évolution	76
	Mortalité et invalidité maternelles	34		Participation des femmes et égalité des sexes : la voie du redressement	77
	La féminisation du VIH/sida	37		Conférer des moyens d'action aux jeunes au lendemain des crises	78
	Recueillir les avantages de la planification familiale	41		Préserver la santé et les droits en matière de procréation dans les urgences humanitaires	79
<b>5</b>	<b>La voyage sans cartes : adolescents, pauvreté et identité sexuelle</b>	<b>45</b>			
	L'adolescence : des chances et des risques	45			
	La santé en matière de procréation dans la vie des adolescents et des jeunes	48			
	Les jeunes et le VIH/sida	51			
	Le mariage d'enfants	53			
	Les jeunes et l'emploi	55			

<b>9 La feuille de route vers les objectifs du Millénaire pour le développement et au-delà</b>	85	<b>Figures</b>	
L'habilitation des femmes : arracher familles et nations à la pauvreté	85	<b>Figure 1</b> Fardeau mondial des diverses affections dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation	34
Habiliter les jeunes : les OMD et au-delà	85	<b>Figure 2</b> Naissances assistées par un personnel qualifié pour les femmes les plus pauvres et les plus riches	36
La santé en matière de procréation pour tous : tenir l'engagement du Caire pour atteindre les OMD	85	<b>Figure 3</b> Utilisation des contraceptifs en fonction du niveau de richesse	42
Les droits et l'égalité : principes directeurs des politiques de réduction de la pauvreté	88	<b>Figure 4</b> Âge de la première grossesse chez les adolescentes les plus pauvres et les plus riches	50
Les ressources : un prix modeste pour la dignité humaine et l'équité	89	<b>Figure 5</b> Femmes qui croient que le mari peut battre sa femme à juste titre pour une raison au moins*	68
<b>Notes et indicateurs</b>	93	<b>Équipe de rédaction</b>	120
<b>Sources des citations hors texte</b>	105	<b>Photos (auteurs et légendes)</b>	120
<b>Sources des encadrés</b>	105		
<b>Indicateurs</b>	107		
Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus	107		
Indicateurs démographiques, sociaux et économiques	111		
Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés	115		
Notes relatives aux indicateurs	117		
Notes techniques	117		



# 1 Aperçu général

“Il n’est pas besoin de nouvelles promesses—il faut seulement mener à terme les engagements déjà pris.”

— Projet objectifs du Millénaire

Le monde a une occasion sans précédent de tenir la promesse d’égalité et d’affranchissement des besoins. Durant la prochaine décennie, des centaines de millions de personnes seront libérées du carcan de la pauvreté. Les vies de 30 millions d’enfants et de 2 millions de mères peuvent être épargnées<sup>1</sup>. Le sida peut reculer. Des milliers de jeunes peuvent jouer un plus grand rôle dans le développement de leur pays et, par suite, créer un monde meilleur pour eux-mêmes et les générations à venir.

L’égalité des sexes et la santé en matière de procréation sont indispensables à la réalisation de cette promesse.

En l’année 2000, les dirigeants de 189 pays se sont rencontrés au Sommet du Millénaire et ont conclu un pacte mondial unique pour réduire la pauvreté. Huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été tirés de la Déclaration du Millénaire, l’année 2015 étant choisie pour date limite. En 2002, le Projet objectifs du Millénaire a réuni plus de 250 éminents experts chargés de conseiller le Secrétaire général de l’ONU sur la manière d’atteindre les OMD. Leurs conclusions ont trouvé un écho tout au long du rapport sur *l’État de la population mondiale* de cette même année.

L’égalité des sexes est un droit humain, l’un des objectifs du Millénaire pour le développement, qui est indispensable à la réalisation des sept autres. Le Projet objectifs du Millénaire a conclu que la santé en matière de procréation est la clef de la réalisation des OMD, y compris l’objectif de l’égalité des sexes. Les investissements dans l’égalité des sexes et la santé en matière de procréation offrent des bénéfices multiples qui peuvent accélérer le progrès économique et social, avec un impact durable sur les générations futures.

**Égalité des sexes et équité entre les sexes :** Les coûts de la discrimination sexuelle sont les plus élevés pour les pays à faible revenu et, à l’intérieur de chaque pays, pour les pauvres. Les femmes représentent une fraction importante de la main-d’œuvre active et jouent un rôle central dans les économies rurales et la production vivrière. Ce sont elles

aussi qui prennent soin en premier lieu de la génération suivante. La discrimination sexuelle gaspille le capital humain en utilisant de manière inefficace les capacités individuelles, ce qui limite la contribution des femmes. Elle a aussi pour effet de saper l’efficacité des politiques de développement<sup>2</sup>.

Une fois écartés les fardeaux de la discrimination, les femmes voient augmenter leurs capacités et leurs gains potentiels. De plus, les femmes réinvestissent généralement ces gains dans le bien-être de leurs enfants et de leurs familles, multipliant ainsi leur contribution au développement national. En habilitant les femmes, on fait avancer les pays à grands pas vers la réalisation des OMD et on améliore l’existence de tous.

**Santé et droits en matière de procréation:** Ce sont les femmes les plus pauvres et leurs familles, qui sont le moins en mesure d’en supporter les conséquences, sur lesquelles retombe le plus lourdement le fardeau immense et souvent évitable de la mauvaise santé en matière de procréation. La capacité de faire des choix libres et informés dans leur vie procréatrice, notamment le choix d’avoir ou non des enfants, sous-tend l’autodétermination dans tous les autres domaines de la vie des femmes. Parce que ces problèmes touchent si profondément les femmes, il est impossible de séparer la santé en matière de procréation de l’objectif plus large de l’égalité des sexes.

## Le dividende de l’égalité : des investissements stratégiques, d’importants bénéfices

Il faudra que les pays investissent sagement leurs maigres ressources s’ils veulent atteindre les OMD d’ici à la date limite de 2015, qui approche rapidement. Comme on le verra au **chapitre 2**, l’expérience montre que des investissements simultanés dans trois domaines peuvent réussir particulièrement à stimuler le progrès au niveau national : l’éducation pour les filles et les femmes; l’information et les services dans le domaine de la santé en matière de procréation; et les

droits économiques des femmes<sup>3</sup>. Les femmes engagées dans le processus politique, à titre individuel ou en tant que membres d'organisations de la société civile, peuvent aider à maintenir ces problèmes prioritaires en tête des agendas nationaux et tenir les gouvernements et les autres protagonistes responsables du respect des engagements pris.

**Étendre l'éducation des filles et des femmes :** L'écart entre les sexes dans l'éducation a fait qu'il y a près de deux fois plus de femmes que d'hommes analphabètes. Dans les régions les plus pauvres, plus de filles que de garçons ne fréquentent pas l'école et l'écart s'élargit au niveau secondaire – alors même que l'éducation secondaire et supérieure des filles contribue plus particulièrement à réduire la pauvreté. Plus le niveau d'éducation féminine est élevé, plus les gains potentiels des femmes augmentent, plus la mortalité maternelle et infantile diminue et meilleure est la santé en matière de procréation. Parallèlement, les taux de VIH baissent. Les filles instruites ont une meilleure chance de retarder l'âge du mariage et de la procréation et acquièrent des savoir-faire de nature à améliorer leurs perspectives économiques propres et celles de leurs familles. Les avantages multiples de l'éducation des filles débouchent aussi sur une amélioration de la santé et de l'éducation de la génération future.

**Améliorer la santé en matière de procréation :** Les problèmes de santé en matière de procréation sont la cause majeure de décès et d'invalidité des femmes dans le monde entier<sup>4</sup>. La plupart peuvent être prévenus. Assurer à tous l'accès aux services de santé en matière de procréation est à la fois un engagement international et un impératif des droits humains. C'est aussi un investissement de grand prix pour les pays qui luttent contre la pauvreté.

Les femmes et adolescentes pauvres qui n'ont qu'un accès limité aux soins de santé en matière de procréation sont celles qui souffrent le plus. Ces femmes et leurs familles sont les moins en mesure d'affronter les conséquences qu'entraîne une mauvaise santé en matière de procréation : le coût des soins de santé, la perte des contributions d'une femme à la survie de sa famille et l'impact du sida peuvent précipiter les familles pauvres dans le dénuement. La possibilité d'exercer d'autres activités productives et communautaires et d'obtenir un emploi stable et un salaire plus élevé est compromise quand une femme n'est pas en mesure de déterminer le nombre de ses enfants ni le moment et l'espace de leur naissance.

Il en résulte des coûts considérables pour le développement national et le budget. Selon certaines évaluations, les affections de santé en matière de procréation font perdre chaque année 250 millions d'années de vie productive au niveau mondial et réduisent la productivité totale des

femmes de non moins de 20 %<sup>5</sup>. Les grossesses d'adolescentes, l'épidémie du sida, et la trop grande fécondité due au manque de services de planification familiale alourdissent encore la charge budgétaire, ralentissent le développement économique et social, et aggravent la pauvreté.

**Offrir des perspectives économiques :** Bien que les femmes fassent désormais partie en nombre croissant de la main-d'œuvre rémunérée, elles affrontent de nombreuses formes de discrimination, parmi lesquelles un choix limité d'occupations et des salaires moindres. Leurs efforts en tant que chefs d'entreprise peuvent être réduits à néant par les lois et coutumes, qui combinent leurs effets pour interdire aux femmes de posséder des biens, d'obtenir du crédit ou de contrôler leur revenu. Dans certaines régions, les femmes n'ont pas le droit d'hériter même de leur mari décédé. Beaucoup finissent par travailler dans le secteur informel, où le travail n'obéit à aucun règlement, où il est maigrement rémunéré, dépourvu de sécurité d'emploi et souvent dangereux<sup>6</sup>.

Le travail des femmes rurales assure 60 à 80 % de la production vivrière dans les pays en développement<sup>7</sup>, mais beaucoup d'entre elles se heurtent à des limitations dans leurs droits à posséder, exploiter et hériter la terre. La recherche conduite dans certains pays d'Afrique subsaharienne a montré que la production pourrait augmenter de non moins de 20 % si davantage de femmes avaient un accès égal au revenu des

#### 1 2005 : DES REPÈRES DANS LE COMPTE À REBOURS VERS LA RÉALISATION DES OMD

Cette année marque le commencement du compte à rebours jusqu'en 2015, date limite fixée pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Elle présente aussi plusieurs repères en fonction desquels mesurer les progrès et intensifier l'action pour améliorer la condition humaine. L'année 2005 marque :

- Le dixième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes
- Le trentième anniversaire de la première Conférence mondiale sur les femmes
- Le soixantième anniversaire de la Charte des Nations Unies, de 1945, qui a proclamé dans son Préambule « l'égalité de droits des hommes et des femmes »
- L'examen après 10 ans du Programme mondial d'action pour les jeunes jusqu'en l'an 2000 et au-delà

L'année 2005 suit aussi de près le dixième anniversaire de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, qui a réaffirmé que l'égalité des sexes, la santé et les droits en matière de procréation étaient les pierres d'angle du développement durable.



exploitations, aux services agricoles et au sol et exerçaient un contrôle à cet égard<sup>8</sup>. Dans beaucoup de ces pays, le sida limite encore davantage la productivité des femmes, qui luttent souvent avec un appui social limité afin de pourvoir aux besoins de leurs familles et de prendre soin des malades.

### La promesse des droits humains

L'une des réalisations dont le XXe siècle peut être le plus fier a consisté à mettre en place un système international des droits humains qui affirme l'égalité des droits de tous. Les OMD sont ancrés dans le respect des droits humains – dignité humaine, sécurité personnelle et affranchissement du besoin, de la peur et de la discrimination. Réaliser les OMD, comme on le verra au **chapitre 3**, n'est pas affaire de charité: c'est à la fois une obligation éthique et une responsabilité collective. Pour atteindre les OMD et faire progresser le développement humain, il faut d'abord habiliter les pauvres, surtout les femmes, les jeunes et les groupes de population marginalisés, qui sont souvent privés de leurs droits, cela de deux ou trois manières différentes.

Le cadre des droits humains des femmes est solidement établi. Les conventions internationales et régionales, ainsi que les constitutions et lois de nombreux pays, proclament solennellement la protection des droits des femmes. Néanmoins, dans la pratique, les femmes se voient refuser leurs droits humains de façon persistante et générale. Là où existent des lois qui sauvegardent ces droits, leur respect est souvent faiblement imposé et sapé par la limitation des budgets. Les préjugés sexistes pénètrent les institutions sociales chargées de défendre les droits des femmes. En de nombreux pays, la coutume et la tradition ont le pas sur la politique officielle. Femmes et filles mineures sont mariées contre leur volonté; la violence contre les filles et les femmes est tolérée; les auteurs de viol sont acquittés; et les femmes se voient refuser, au sein de la famille et après le mariage, l'égalité des droits à la propriété, à la succession et dans d'autres domaines également.

Les droits en matière de procréation occupent une place centrale dans les droits humains, en particulier les droits humains des femmes. Ils découlent de la reconnaissance du droit fondamental de tous les individus et couples à prendre des décisions en matière de procréation à l'abri de la discrimination, de la coercition ou de la violence. Il s'agit notamment du droit au meilleur état de santé possible et du droit à déterminer le nombre de ses enfants, le moment et l'espacement de leurs naissances. Il s'agit aussi du droit à une grossesse et un accouchement sans danger, et du droit de tous les individus à se protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

Les contextes sociaux et culturels présentent aussi bien des obstacles que des possibilités s'agissant de promouvoir les

droits humains des femmes. Les approches sensibles aux valeurs culturelles s'inspirent de leurs aspects positifs, font appel à l'appui des chefs de communauté et des figures influentes, et mobilisent le contrôle par la communauté des initiatives qui promeuvent les droits humains et l'égalité des sexes.

Les droits des groupes marginalisés méritent une attention prioritaire. Ces groupes représentent une importante proportion de la population mondiale et beaucoup vivent dans la pauvreté. Les handicapés constituent 10 % de la population mondiale (soit 600 millions de personnes)<sup>9</sup>. Les populations autochtones, évaluées à 370 millions de personnes, sont réparties entre 70 pays environ<sup>10</sup>. Les migrants internationaux sont au nombre de 175 millions environ<sup>11</sup>. L'inégalité des sexes s'ajoute aux multiples formes de discrimination que les femmes appartenant à ces groupes affrontent déjà.

### La santé en matière de procréation : une mesure de l'équité

La santé en matière de procréation influe directement sur trois OMD – réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/sida – et comporte des implications pour tous les autres, comme on le verra au **chapitre 4**. Aucune autre forme de santé ne présente d'aussi vastes disparités entre riches et pauvres, à l'intérieur d'un même pays et entre les pays<sup>12</sup>. Et aucune autre forme de santé ne démontre aussi clairement l'impact de l'inégalité des sexes sur la vie des femmes.

Pratiquement tous les décès maternels – 99 % d'entre eux – surviennent dans les pays en développement. La vie de la plupart de ces femmes – et celle de leurs nouveau-nés – pourrait être sauvée grâce à des soins d'urgence dont les femmes plus aisées disposent facilement. À chaque minute, une femme meurt des complications de l'accouchement ou de la grossesse et 20 autres subissent de graves lésions ou sont handicapées<sup>13</sup>. Et, quand une mère meurt en donnant naissance, les chances de survie du nouveau-né s'effondrent. Les nouveau-nés sans mère courent un risque trois à 10 fois plus grand de mourir que les autres<sup>14</sup>. En prévenant les grossesses non recherchées grâce à l'accès à la planification familiale, on éviterait 20 à 35 % des décès maternels<sup>15</sup>, ce qui sauverait la vie de plus de 100 000 mères chaque année.

La diffusion rapide de l'épidémie du sida met encore mieux en relief les conséquences des disparités entre les sexes pour la santé en matière de procréation : dans une proportion des trois quarts, les nouvelles infections sont transmises au cours de rapports hétérosexuels – souvent par le mari à sa femme. Bien que la transmission puisse être prévenue, la capacité des femmes de se protéger du VIH est

souvent limitée par les déséquilibres dans le pouvoir de prendre des décisions, la violence sexiste, l'insécurité économique et les pratiques nuisibles. Non moins de la moitié des nouveaux séropositifs sont des jeunes. Les jeunes femmes courent un risque particulièrement élevé. Les jeunes femmes pauvres sont souvent celles qui ont le moins les moyens et la possibilité de se protéger.

L'inégalité des sexes alimente l'épidémie. En bien des sociétés, les normes sociales et la conduite attendue des jeunes hommes, qui idéalisent les exploits et la force du sexe masculin, légitiment le droit d'avoir des partenaires multiples et le droit souverain de prendre les décisions. Les conséquences – pour chaque homme et chaque femme, pour les enfants qui ont perdu un de leurs parents ou les deux à cause du sida, et pour des nations entières – sont tragiques et bien connues. L'accès limité à l'éducation et aux services de santé continue de mettre la prévention et le traitement hors de la portée de millions de pauvres.

### Les adolescents et les jeunes : le voyage sans cartes

Comme près de la moitié de la population mondiale (presque 3 milliards d'individus) a moins de 25 ans, les jeunes jouent un rôle crucial dans la réduction de la pauvreté et dans le développement. L'actuelle génération de jeunes est la plus nombreuse qui ait jamais paru. Plus de 500 millions de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) vivent avec moins de 2 dollars par jour<sup>16</sup>. Ils grandissent dans un monde différent de celui de leurs parents : le sida, les technologies de l'information et de la communication, et la mondialisation sont de puissantes forces qui modèlent leur vie.

Au niveau mondial, la moitié des sans-emploi sont des jeunes. Alors que le travail donne à certains la possibilité de gagner un revenu, d'apprendre et améliorer de nouveaux savoir-faire, beaucoup d'autres sont pris au piège de secteurs qui paient de faibles salaires et n'exigent que peu de compétences, avec de rares occasions de progresser ou d'échapper à la pauvreté<sup>17</sup>. Beaucoup de ceux qui commencent à travailler dans l'adolescence ou dès l'enfance sont exposés aux sévices et à l'exploitation, comme on le verra au **chapitre 5**.

L'adolescence – ici définie comme allant de 10 à 19 ans – est un moment critique pour apprendre et acquérir des savoir-faire et des valeurs qui peuvent durer la vie entière. Pour les pauvres, ce peut être un moment où la liberté diminue et où les risques augmentent. De nombreux adolescents sont contraints d'abandonner leur scolarité pour venir en aide à leurs familles ou, dans le cas des filles, si elles tombent enceintes ou se marient. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables à la grossesse précoce, aux sévices sexuels, au mariage d'enfants et à d'autres pratiques

nuisibles comme la mutilation/coupage génitale. Au cours des 10 prochaines années, 100 millions de filles se marieront avant d'atteindre 18 ans<sup>18</sup>. Chaque année, environ 14 millions d'adolescentes donnent naissance<sup>19</sup>. Elles courent un risque deux à cinq fois plus élevé de mourir en raison des complications de la grossesse que les femmes âgées de 20 à 29 ans<sup>20</sup>, et leurs bébés ont eux aussi une moindre chance de survie. La pauvreté a conduit beaucoup à accorder des faveurs sexuelles pour s'assurer à elles-mêmes, ainsi qu'à leurs familles, le strict nécessaire. Pour les 15 millions d'orphelins du sida<sup>21</sup> qui ne peuvent compter que sur eux-mêmes pour survivre et pourvoir aux besoins de leurs frères et sœurs plus jeunes, et pour les innombrables autres qui partout dans le monde sont abandonnés et vivent dans la rue, les défis et les risques sont infiniment plus grands.

Les pays les plus pauvres sont ceux qui ont le pourcentage le plus élevé de jeunes. Néanmoins, les adolescents et les jeunes n'ont reçu qu'une attention limitée des décideurs et sont à peu près invisibles dans les OMD. Un nombre croissant de décideurs saisissent désormais l'urgence d'investir davantage dans l'éducation, la santé en matière de procréation, le bien-être et les perspectives d'avenir des jeunes, en particulier des adolescentes, car c'est une affaire tant de droits humains que d'intérêt national bien compris. La présence d'une multitude de jeunes peu instruits et sans promesse d'emploi garantit que la pauvreté, l'inégalité et les troubles civils se poursuivront<sup>22</sup>. Par contre, un groupe nombreux de jeunes qualifiés abondant les années les plus productives de leur vie peuvent communiquer un puissant élan au développement, comme l'a démontré la croissance économique des « tigres d'Asie ».

### Créer un partenariat avec les garçons et les hommes

Parce que les normes et stéréotypes sexospécifiques limitent les possibilités des hommes comme des femmes, l'égalité des sexes peut constituer une formule gagnante pour les uns et les autres – une « double félicité » pour citer les termes d'une campagne qui encourage les hommes à assumer une plus grande part des responsabilités familiales<sup>23</sup>. Les hommes eux-mêmes remettent de plus en plus en question les notions de « masculinité » qui restreignent leur qualité d'êtres humains, limitent leur participation à la vie de leurs enfants et les exposent au danger, eux-mêmes et leurs partenaires. Beaucoup entendent devenir des maris et pères plus attentifs, mais ils ont besoin d'être soutenus pour surmonter des notions profondément enracinées concernant les rapports entre les sexes. En outre, parce qu'ils portent la responsabilité de nombreux problèmes de santé en matière de procréation, les hommes jouent un rôle indispensable dans leur solution.

Partout dans le monde, de nombreux programmes novateurs tirent le parti maximal de la participation positive des

hommes à la lutte pour l'égalité et la santé en matière de procréation. Certaines initiatives encouragent une participation commune aux décisions relatives à la contraception, aux plans d'urgence pour la grossesse et l'accouchement, ainsi que l'acceptation volontaire des tests de dépistage du VIH. D'autres initiatives soulignent que les hommes sont des agents de changement positif et les encouragent à remettre plus généralement en question les normes sexospécifiques. Certaines consistent à agir auprès des adolescents en une phase formatrice et éventuellement dangereuse de leur vie. Quelques-unes réussissent à atteindre un grand nombre d'hommes sur leur lieu de travail ou dans l'armée et la police. La plupart des programmes sont néanmoins de faible ampleur en comparaison de l'immensité de la tâche, qui consiste à transformer les relations entre les sexes. Comme on le verra au **chapitre 6**, il faut d'urgence déployer des efforts plus résolus pour investir plus complètement les hommes dans la santé en matière de procréation, la vie familiale et l'égalité des sexes.

### La violence sexiste : un prix trop élevé

La violence sexiste ne connaît pas de frontières – qu'elles soient économiques, sociales ou géographiques. Exercée dans l'immense majorité des cas par des hommes contre des femmes, la violence sexiste tout à la fois reflète et renforce l'inégalité des sexes. Le tribut qu'elle prélève sur la dignité, l'autonomie et la santé des femmes est stupéfiant : au niveau mondial, une femme sur trois a été battue, contrainte à avoir des rapports sexuels contre son gré, ou victime de sévices – souvent du fait d'un membre de la famille ou d'une personne de connaissance<sup>24</sup>. Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, la violence tue ou blesse autant de femmes et de filles âgées de 15 à 44 ans que le cancer<sup>25</sup>. Les coûts ainsi causés aux pays – augmentation des dépenses de santé, surcroît de charge imposé aux tribunaux, à la police et aux écoles; et pertes sur le plan du niveau éducatif et de la productivité – sont énormes. Aux États-Unis, leur chiffre total s'établit à environ 12,6 milliards de dollars par an<sup>26</sup>.

La violence sexiste prend de nombreuses formes, depuis les affrontements familiaux qui condamnent des millions de femmes à vivre dans la crainte des violences sexuelles et du viol, jusqu'aux pratiques nuisibles qui sont fort diverses : mutilation/coupage génitale féminine, « crimes d'honneur » et violence liée à la dot. En Asie, 60 millions de filles au moins sont « manquantes » du fait de la sélection prénatale par le sexe, de l'infanticide ou de l'abandon<sup>27</sup>. Chaque année, jusqu'à 800 000 personnes font l'objet d'un trafic transfrontalier – dont non moins de 80 % sont des femmes et des filles, pour la plupart exploitées par l'industrie du sexe<sup>28</sup>. Les chiffres sont encore plus élevés à l'intérieur des pays. Le **chapitre 7** est

consacré à étudier la prévalence, les causes et les conséquences de la violence sexiste, ainsi que les mesures actuellement prises pour lutter contre cette épidémie mondiale.

### Les femmes et les jeunes dans les crises humanitaires

Des conflits ont éclaté dans plus de 40 pays depuis le Sommet du Millénaire, en 2000<sup>29</sup>. Les catastrophes naturelles deviennent plus fréquentes et touchent un nombre de personnes plus élevé que jamais auparavant. Le tsunami de 2004 a causé la mort de 280 000 personnes et en a déplacé un million<sup>30</sup>.

L'effondrement des systèmes sociaux consécutif à un conflit ou une catastrophe laisse les femmes et les jeunes particulièrement vulnérables. Durant un conflit, le viol tient fréquemment lieu d'arme de guerre, laissant des millions de femmes traumatisées, rendues enceintes par la force ou séropositives. Les crises conduisent à une désintégration des protections assurées par la communauté et la famille. La violence sexiste est un risque permanent. Parce que les services de santé font défaut, les taux de mortalité maternelle et infantile augmentent souvent brutalement. Des groupes armés recrutent par la force des enfants et des adolescents pour en faire des soldats ou les contraignent à servir de domestiques ou d'esclaves sexuels. Les femmes restent souvent seules à se débrouiller avec leurs enfants et à prendre soin des survivants. Pour ces raisons et d'autres encore, les crises humanitaires débouchent souvent sur une insécurité économique et sociale à long terme. Sur les 34 pays les plus éloignés d'atteindre les OMD, 22 sont plongés dans un conflit ou en sortent<sup>31</sup>.

La consolidation de la paix et la reconstruction offrent une chance de corriger les injustices qui ont déclenché le conflit. Le **chapitre 8** examine en détail les efforts déployés pour répondre aux besoins et satisfaire aux droits des femmes et des jeunes au lendemain des crises. Leur participation est essentielle à la mise en place de plans d'action équitables et bien conçus pour réduire la pauvreté dans la transition d'après crise. Ce chapitre met aussi en relief la détresse des personnes déplacées dans leur propre pays et décrit les efforts que font certains pays sortant d'un conflit pour recommencer à neuf avec la création de sociétés soucieuses d'équité entre les sexes.

### Reléguer la pauvreté dans le passé

Le monde a une occasion sans précédent de « reléguer la pauvreté dans le passé »<sup>32</sup>. Quand il y a près de 3 millions de personnes<sup>33</sup> qui luttent pour vivre avec moins de 2 dollars par jour, plus d'un demi-million de femmes qui meurent sans nécessité chaque année de complications liées à la grossesse, 6 000 jeunes qui deviennent séropositifs chaque jour, et des millions de femmes et de filles qui vivent dans la crainte de

## 2 LA CIPD ET LES OMD : DES LIENS POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ, ÉGALITÉ DES SEXES ET SANTÉ EN MATIÈRE DE PROCRÉATION

### OMD 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

- Les investissements dans les droits économiques des femmes – chances d'égalité devant l'emploi; salaires, crédit, ressources agricoles; droits en matière de succession et de propriété – augmentent la productivité, les rendements agricoles et le bien-être familial. Le contrôle des femmes sur les ressources du ménage conduit à des investissements plus élevés dans la santé, la nutrition et l'éducation des enfants.
- Beaucoup des pays les plus pauvres sont pris dans un conflit ou en sortent. Investir dans les femmes et les jeunes facilite la reconstruction des sociétés et des économies, la réduction de la pauvreté et l'instauration d'une paix et d'une stabilité durables.



- Les problèmes de santé en matière de procréation affectent hors de toute proportion les femmes et les pauvres; ils peuvent aussi aggraver la pauvreté des familles.
- Un moins grand nombre d'enfants aide à réduire la faim et à accroître l'investissement par enfant. Cela débouche sur les avantages suivants : main-d'œuvre en meilleure santé et plus qualifiée, ralentissement de la croissance démographique, réduction des dépenses publiques et accroissement de l'épargne et des investissements, enfin accélération du développement économique et social.

### OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

- Quand les femmes sont éduquées et les familles moins nombreuses, il y a une meilleure chance que tous les enfants soient scolarisés.
- Les préjugés sexistes font obstacle à la scolarisation de nombreuses filles, souvent pour qu'elles aident leur mère à prendre soin de frères et sœurs plus jeunes et à pourvoir aux besoins familiaux. Pour de nombreuses familles, l'éducation des garçons est prioritaire. En éliminant les redevances scolaires et en venant en aide aux familles pauvres, on peut faire en sorte que tous les enfants achèvent leur éducation.

### OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

- L'inégalité des sexes ralentit le développement. L'égalité des droits politiques, économiques, sociaux et culturels est nécessaire pour réduire la pauvreté.
- Il est indispensable de mettre les femmes à même de décider librement du nombre de leurs enfants et du moment de leur naissance pour les habiliter et augmenter leurs chances de trouver un emploi, d'être éduquées et de participer à la vie sociale.
- Les hommes jouent un rôle charnière s'agissant d'instaurer l'égalité des sexes, de réduire la pauvreté et d'atteindre les objectifs de développement, notamment l'amélioration de la santé maternelle et infantile, et la réduction de la violence sexiste et de la transmission du VIH.
- La violence contre les femmes et les filles entraîne des coûts économiques et sociaux élevés – pour les individus, les familles et les budgets nationaux.
- Éliminer les mariages d'enfants, mettre les adolescentes en mesure de différer la première grossesse, en finir avec la discrimination contre les filles enceintes et fournir un soutien aux jeunes mères, ce sont autant de mesures qui aident à garantir que les filles complètent leur éducation. Cela peut aider à rompre le cercle de la pauvreté qui se transmet d'une génération à l'autre.
- L'éducation secondaire des filles comporte des bénéfices considérables sur les plans de la réduction de la pauvreté, de l'égalité des sexes, de la participation à la main-d'œuvre et de la santé en matière de procréation, notamment la prévention du VIH, la santé maternelle et infantile et le niveau éducatif d'ensemble.

### OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

- La santé en matière de procréation peut améliorer les chances de survie et la santé des nourrissons. L'espacement des naissances et les soins de santé maternelle peuvent aider à prévenir les décès de nourrissons. La planification familiale prévient les grossesses non recherchées. Les enfants non désirés sont davantage exposés à la maladie et à un décès prématuré.
- En soumettant les femmes enceintes à des tests de dépistages du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, il est possible de prévenir les maladies, infirmités et décès des nourrissons.
- En mettant les adolescentes en mesure de différer la première grossesse, on peut prévenir de nombreux décès de nouveau-nés. Les taux de mortalité des bébés d'adolescentes sont plus élevés que ceux des bébés de femmes plus âgées.

### OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

- Les éléments clés de la santé en matière de procréation – planification familiale, présence d'accoucheuses qualifiées et soins obstétricaux d'urgence – sauvent des vies.
- La planification familiale peut réduire la mortalité maternelle de 20 à 35 %.
- L'amélioration de la qualité des soins et l'accès aux services de santé maternelle (prénataux, durant l'accouchement, post-partum) améliorent la santé des femmes et leur qualité de vie, ainsi que celles de leurs familles.

#### OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

- Les soins de santé en matière de procréation englobent la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida.
- La discrimination sexuelle alimente l'épidémie du VIH/sida, exposant les adolescentes et femmes de nombreux pays à un risque, même dans le mariage. Les programmes de santé en matière de procréation délivrent des conseils aux individus et aux couples concernant la prévention, préviennent la transmission mère-enfant, et les grossesses non désirées de femmes séropositives, et leur offrent diverses options si elles souhaitent avoir des enfants.

#### OMD 7 : Assurer un environnement durable

- Dans les pays en développement, ce sont les femmes qui, en premier lieu, produisent les vivres et gèrent les ressources en eau et en combustible de la communauté et du foyer. Les investissements faits dans l'adduction d'eau potable, l'assainissement, les technologies propres à faire gagner du temps et la formation aux savoir-faire peuvent améliorer la gestion des ressources écologiquement viables, la sécurité alimentaire, la nutrition et la santé, et diminuer le temps passé à collecter l'eau et le bois de feu. Les filles et les femmes ont ainsi plus de temps à consacrer à leur éducation et à d'autres activités productives.
- Les sources d'énergie sans danger pour l'environnement peuvent protéger les femmes et les enfants des effets nuisibles des polluants et de la cuisson des aliments.
- La planification familiale et la prévention des naissances non désirées peuvent aider à stabiliser les zones rurales, à ralentir l'urbanisation et à atténuer le stress environnemental, ainsi qu'à alléger la demande de services publics, établissant ainsi un équilibre entre l'utilisation des ressources naturelles et les besoins de la population.

#### OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

- Un travail utile pour les jeunes – l'une des cibles de cet objectif –, conjugué avec des politiques socioéconomiques éclairées, peut accroître l'épargne, la productivité et les niveaux de vie. Au nombre de ces politiques figure la planification familiale, qui permet aux jeunes de différer le moment de fonder une famille jusqu'à ce qu'ils aient acquis les savoir-faire et l'expérience nécessaires pour gagner un revenu suffisant.
- Des possibilités accrues de gagner un revenu offrent aux jeunes femmes une solution de rechange au mariage et à la grossesse précoces, ainsi qu'à l'exploitation sexuelle.
- Un partenariat mondial visant à assurer aux pays pauvres un approvisionnement adéquat de remèdes et produits essentiels dans le domaine de la santé en matière de procréation – à savoir des contraceptifs, des trousseaux de dépistage et des traitements pour le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles – revêt une importance cruciale si l'on entend réduire la pauvreté, instaurer l'égalité des sexes et atteindre les objectifs d'ordre sanitaire.

la violence, la réponse conforme à l'éthique est évidente : il faut tenir les promesses de l'action mondiale pour l'égalité et l'équité embrassées lors des conférences tenues par les Nations Unies dans les années 90 et au Sommet du Millénaire de 2000.

Les conclusions des experts sont claires : l'investissement dans l'égalité des sexes, la santé en matière de procréation et le développement des jeunes a des effets économiques et sociaux multiplicateurs à court et à long terme. Lancer des campagnes nationales sur la violence contre les femmes; promouvoir les droits des femmes en matière de propriété et de succession; élargir l'accès aux soins de santé en matière de procréation et éliminer les déficits de financement pour les fournitures et les contraceptifs; et veiller à ce que les femmes participent à la formulation des politiques et stratégies de suivi des OMD : toutes ces initiatives sont au nombre des "gains rapides" à fort impact identifiés par le Projet objectifs du Millénaire<sup>34</sup>.

L'application de ces stratégies exige l'engagement garanti et à long terme de ressources qui soient constamment plus importantes qu'aujourd'hui. Les coûts sont modérés en comparaison des bénéfices qu'ils offrent. Les investissements requis pour mettre en place l'assise de la dignité et de la sécurité humaines et pour élargir les libertés et choix des plus pauvres du monde ne représentent qu'une fraction des dépenses militaires au niveau mondial<sup>35</sup>. L'ensemble complet des OMD pourrait être financé si les pays industrialisés se bornaient à remplir la promesse contenue dans un accord ancien de 35 ans d'affecter 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide publique au développement. Une gouvernance et une transparence de meilleure qualité, une corruption moins répandue, un allègement accru de la dette et l'élimination de subventions agricoles dans les pays riches comptent au nombre des éléments de l'accord mondial visant à éliminer la pauvreté.

Le monde est parvenu à un consensus sans précédent pour éliminer la pauvreté. Les stratégies et les connaissances techniques sont à notre disposition. Il est possible de mobiliser la direction éclairée et les ressources indispensables. Comme l'a déclaré au monde la lauréate du Prix Nobel de la paix 2004, Wangari Maathai, dans son discours d'acceptation, "un moment arrive où l'humanité est appelée à accéder à un niveau de conscience supérieur, à atteindre une moralité plus élevée. Ce moment est aujourd'hui... Il ne peut y avoir de paix sans développement équitable."<sup>36</sup>



... 8 Décembre 1972

la gymnastique

quelques  
pronoms  
les objets  
un an-  
équipe  
Municipales et autres

## 2 Des investissements stratégiques: le dividende de l'égalité

*“Les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, ne peuvent être atteints si les questions de population et de soins de santé en matière de procréation ne sont pas directement abordées. Et cela signifie qu'il faut conduire des efforts plus résolus pour promouvoir les droits de la femme et investir davantage dans l'éducation et la santé, y compris la santé en matière de procréation et la planification familiale.”*

— Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU

Il ne reste que 10 ans pour réduire l'extrême pauvreté de moitié et respecter la date limite de 2015 fixée aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les OMD sont étroitement solidaires : les efforts conjugués et réfléchis des gouvernements, de la société civile et de la communauté internationale se mobilisant autour d'approches de haute valeur stratégique sont l'unique moyen de les atteindre. Le consensus et les données ne laissent pas place au doute : investir dans l'égalité des sexes offre des occasions inappréciables et des bénéfices substantiels s'agissant de réduire la pauvreté.

L'un des huit OMD s'intitule “Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes”, ce qui est en soi une urgente préoccupation. Le succès sur ce point sous-tend les efforts menés vers tous les autres objectifs. Il libérera aussi une puissante énergie en faveur du développement dans d'autres domaines.

Le présent chapitre examine les raisons générales d'ordre économique et social de promouvoir l'égalité des sexes. Il montre que, quand les entraves de la discrimination sexuelle qui pèsent sur les hommes et les femmes sont écartées, les familles, les communautés et les pays entiers en tirent profit. Il examine les principales recommandations contenues dans le Projet objectifs du Millénaire<sup>1</sup> qui visent à promouvoir l'égalité des sexes et à atteindre les OMD. Il est capital à cet égard d'améliorer l'éducation et la santé en matière de procréation des femmes et des filles, ainsi que leurs perspectives économiques. Il sera non moins important d'éliminer la violence contre les femmes, ce qui fait l'objet du **chapitre 7**. Une participation accrue des femmes aux activités politiques et l'exercice plus strict des responsabilités en matière d'égalité des sexes aideront à garantir que ces domaines reçoivent l'attention qu'ils méritent.

De nombreux pays ont fait des progrès sensibles vers l'égalité des sexes, notamment dans le domaine des politiques et de la législation, comme dans ceux de la santé et de

l'éducation. Les politiques nationales de développement placent de plus en plus l'égalité des sexes au premier plan des efforts de réduction de la pauvreté. Mais le progrès a été inégal et un vaste écart subsiste entre intention et réalisation<sup>2</sup>. Pour que le dividende de l'égalité joue pleinement au service du développement, il est nécessaire d'édifier des partenariats plus solides et de pouvoir compter sur la résolution des gouvernements, de la société civile, du secteur privé, des donateurs et du système des Nations Unies.

### Pauvreté des perspectives et des choix

Comme le signale la Banque mondiale, l'inégalité des sexes est un facteur d'inefficacité et sape l'efficacité des politiques de développement<sup>3</sup>. L'inégalité entre femmes et hommes revêt souvent de multiples aspects et elle a de profondes racines, bien que la portée et l'intensité en soient variables selon les pays et à l'intérieur d'un même pays. Elle commence de bonne heure, peut durer la vie entière et elle est souvent exacerbée par la pauvreté. Les familles pauvres font face à des choix difficiles pour que leurs dépenses profitent à tous leurs enfants. Mais en de nombreux contextes sociaux les filles sont finalement défavorisées par rapport à leurs frères sur le plan de l'éducation, des soins de santé et de l'acquisition de savoir-faire. Cet “écart entre les sexes” s'élargit souvent au cours de la vie, limitant les chances offertes aux femmes d'obtenir un travail sans danger, un salaire équitable et d'accumuler des avoirs. Bien que les décisions de se marier et d'avoir des enfants retentissent sur le cours de l'existence en raison de leurs importantes répercussions sociales et économiques, les femmes et les adolescentes n'ont en de nombreuses parties du monde qu'un droit de regard limité en la matière.

Ce sont les familles qui transmettent en premier lieu les normes socioculturelles et sexospécifiques et c'est au sein de la famille que les rôles et responsabilités des femmes et des hommes, des filles et des garçons, sont en grande partie

définis. La famille est aussi l'unité économique de base sur le plan de la consommation et de la production : les décisions relatives à l'éducation, la santé, la nutrition, la procréation, la participation politique et économique sont prises au sein de la famille. Même avec les meilleures intentions, ces décisions peuvent nuire aux droits humains et au bien-être des femmes et des filles et limiter leurs options et leurs choix, perpétuant ainsi la pauvreté. Comprendre comment les familles et les communautés prennent leurs décisions peut ouvrir de précieux aperçus sur la manière de définir des politiques efficaces<sup>4</sup>.

En promouvant l'égalité des sexes, on peut élargir les perspectives de développement humain et écarter des obstacles coûteux à la réalisation des OMD. Il en est ainsi parce que la discrimination sexuelle se fonde sur une conception prédéterminée et souvent rigide des rôles qui conviennent aux hommes et aux femmes dans la vie politique, économique, sociale et familiale, sans égard aux capacités ou aspirations individuelles. La discrimination sexuelle restreint ainsi l'épanouissement individuel des hommes comme des femmes et ralentit les progrès vers la réduction de la pauvreté et le développement

#### **DES INVESTISSEMENTS D'IMPORTANCE CRITIQUE ET D'IMMENSES BÉNÉFICES.**

Les investissements qui permettent aux filles et aux femmes de réaliser intégralement leur potentiel offrent un double dividende, parce que les femmes ont un double rôle, dans la production et la procréation. Au-delà de leurs contributions vitales et souvent non rétribuées à l'économie du foyer, de la communauté et de la nation, les femmes mettent au jour la génération suivante et ce sont elles surtout qui en prennent soin. Les investissements dans l'éducation, la santé en matière de procréation et les perspectives économiques des femmes et des filles comportent des bénéfices immédiats, à plus long terme et d'une génération à l'autre. Ces trois domaines d'investissement représentent des éléments critiques et synergiques dans le développement du capital humain que représentent les femmes et, par extension, leurs enfants<sup>5</sup>.

Le "miracle économique" que constitue la croissance sans précédent de l'Asie de l'Est entre 1965 et 1990 offre un exemple de la manière dont ces facteurs peuvent combiner leurs effets. Les écarts entre les sexes dans l'éducation ont été éliminés, l'accès à la planification familiale s'est élargi et les femmes ont été en mesure de différer la procréation et le mariage tandis que des possibilités d'emploi plus nombreuses leur permettent d'occuper une plus large place dans la population active. La contribution économique des femmes a aidé à réduire la pauvreté et à stimuler la croissance<sup>6</sup>. Le Projet objectifs du Millénaire désigne l'Asie de l'Est et du Sud-Est comme les seules régions où un extraordinaire progrès s'est produit dans la réduction de la pauvreté, de la faim et de l'inégalité des sexes<sup>7</sup>.

**LE POUVOIR DE L'ÉDUCATION DES FILLES.** Les filles ont comme les garçons droit à l'éducation. L'éducation confère une dignité accrue et le sentiment de la valeur individuelle. Elle offre des occasions d'acquérir connaissances et savoir-faire et enrichit les perspectives d'avenir. De même que la nutrition, la santé et les savoir-faire, l'éducation est l'un des soubassements du capital humain; ces éléments essentiels permettent par leur effet conjugué de mener une vie productive et de contribuer à la croissance et au développement économique du pays<sup>8</sup>.

Mais la pauvreté empêche des millions d'enfants, surtout des filles, de fréquenter l'école. Dans les pays les moins avancés, la moitié seulement des enfants suivent une scolarité primaire complète<sup>9</sup>. Si l'écart entre les sexes est en voie de disparition dans l'enseignement primaire au niveau mondial, plus de filles que de garçons ne sont pas encore scolarisés<sup>10</sup>. Les écarts sont encore larges à l'intérieur des pays et entre les pays: en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, seulement 69 % et 49 % des filles, respectivement, achèvent l'enseignement primaire<sup>11</sup>. Au niveau secondaire, les filles scolarisées sont encore moins nombreuses – seulement 30 % et 47 % en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, respectivement<sup>12</sup>. Les taux d'alphabétisation font bien apparaître ces écarts entre les sexes: il y a dans le monde 600 millions de femmes analphabètes contre 320 millions d'hommes<sup>13</sup>.

L'éducation secondaire et supérieure des femmes est particulièrement importante. Elle offre les plus grands bénéfices pour l'habilitation des femmes, selon le Projet objectifs du Millénaire<sup>14</sup>. L'enseignement secondaire comporte de plus grands avantages pour les femmes que pour les hommes, notamment une utilisation accrue des services de santé maternelle et de planification familiale et un changement d'attitude à l'égard des pratiques nuisibles<sup>15</sup>. En outre, les femmes qui ont une éducation secondaire comprennent mieux que les femmes analphabètes les dangers posés par le VIH et les moyens d'en prévenir la diffusion. En Égypte, les femmes ayant reçu une éducation secondaire se sont opposées à la mutilation/coupure génitale de leurs filles, dans une proportion quatre fois plus grande que les femmes qui n'avaient pas achevé l'enseignement primaire<sup>16</sup>. Une formation secondaire contribue d'autre part beaucoup plus qu'une formation primaire à réduire la violence contre les femmes, par exemple en les rendant capables de mettre fin à des relations marquées par la violence<sup>17</sup>. Les bénéfices économiques et sociaux de l'éducation des filles sont résumés ci-après:

**L'éducation des filles contribue à la croissance économique.** Investir dans l'éducation des filles est l'un des moyens les plus efficaces de réduire la pauvreté. Selon une évaluation, les pays qui n'atteignent pas l'OMD de l'égalité



des sexes dans l'éducation courent le risque de perdre 0,1 à 0,3 point de pourcentage chaque année dans la croissance économique par tête<sup>18</sup>. Les taux de croissance économique en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud auraient pu être supérieurs de près d'un pour cent par an si ces pays avaient commencé avec les écarts entre les sexes plus réduits de l'Asie de l'Est et s'ils avaient réussi à les refermer au taux observé en Asie de l'Est entre 1960 et 1992<sup>19</sup>.

**Les mères instruites accroissent le capital humain par leur influence sur la santé, l'éducation et la nutrition de leurs enfants.** Les filles de mères ayant reçu une éducation ont plus de chances d'être scolarisées<sup>20</sup>. L'éducation de la mère se traduit aussi par des taux d'immunisation plus élevés et une meilleure nutrition pour ses enfants, deux facteurs qui accroissent le taux de scolarisation et améliorent le niveau scolaire. Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans diminuent de 5 à 10 % pour chaque année d'éducation de leurs mères<sup>21</sup>.

**L'éducation améliore les perspectives économiques de la famille en améliorant les qualifications et savoir-faire des femmes.** À mesure que des femmes plus instruites exercent un emploi rétribué, les familles bénéficient d'un revenu plus élevé et leur productivité d'ensemble augmente. Dans les économies rurales, l'éducation des femmes et des filles peut se traduire par l'augmentation de la production agricole. Au Kenya, par exemple, une étude a évalué à 22 % l'augmentation du rendement des cultures à escompter si les agricultrices avaient la même éducation et le même pouvoir de prise de décisions que les hommes<sup>22</sup>.

**L'éducation améliore la santé en matière de procréation.** Les femmes instruites sont celles qui tendent le plus à rechercher des soins prénatals adéquats, ainsi qu'une assistance qualifiée durant l'accouchement, et à utiliser la contraception. Généralement, elles deviennent sexuellement actives, se marient et commencent à avoir des enfants plus tard que les femmes sans instruction. Elles ont aussi moins d'enfants : un enfant de moins pour chaque tranche de trois années d'éducation de plus<sup>23</sup>. Quand les femmes ont moins d'enfants, le bien-être et les chances de développement de chaque enfant s'améliorent en règle générale<sup>24</sup>.

**ÉLIMINER L'ÉCART.** De nombreux pays ont réalisé des progrès concernant l'éducation des filles. Mais, malgré les preuves que leur éducation a le pouvoir de réduire la pauvreté et de stimuler le développement, les dernières évaluations donnent à penser qu'un certain nombre de pays ne pourront atteindre l'OMD qui porte sur l'élimination de la disparité entre les sexes à tous les niveaux d'éducation d'ici à 2015 : 21 pays au

moins n'atteindront pas cet objectif dans l'enseignement primaire et 27 dans l'enseignement secondaire<sup>25</sup>. L'objectif antérieur – éliminer les disparités entre les sexes dans l'éducation primaire et secondaire “de préférence d'ici à 2005” – a déjà été manqué par plusieurs pays<sup>26</sup>.

Dans l'Enquête mondiale de l'UNFPA sur les progrès réalisés depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, 58 des 142 pays consultés ont signalé une augmentation des dépenses publiques d'éducation et 14 pays seulement avaient lancé des initiatives tendant à promouvoir l'éducation des filles. Sur les 129 pays ayant répondu, 23 ont adopté des lois concernant l'égalité des enfants des deux sexes dans l'éducation et 16 ont augmenté le nombre d'écoles secondaires de filles<sup>27</sup>.

Les familles pauvres sont contraintes de peser soigneusement les coûts de la scolarisation des filles par rapport à ses bénéfices éventuels, et leur analyse reflète et renforce souvent les normes sexospécifiques. Dans les sociétés où la vie d'une femme ne comporte ordinairement pas d'autres options que le mariage et la procréation, l'éducation d'une fille peut apparaître comme un luxe, surtout après avoir pris en compte sa contribution aux tâches domestiques, aux travaux agricoles et aux soins à dispenser aux enfants et aux personnes âgées. En outre, il est possible de voir dans le mariage un transfert de l'investissement effectué dans les filles au profit d'une autre famille, tandis que leurs propres parents n'en tirent qu'un faible bénéfice.

Pour obtenir en totalité les bénéfices résultant de l'éducation des filles, il est nécessaire que les pays surmontent les obstacles qui s'opposent à la fréquentation de l'école par les filles. Les stratégies efficaces d'élimination de l'écart entre les sexes dans l'éducation sont celles qui mettent l'accent sur les communautés pauvres et s'attaquent à des obstacles spécifiques. La sécurité des filles à l'école et durant le trajet entre le domicile et l'école, par exemple, constitue pour les parents un problème important. Il est possible d'y répondre en ajoutant des enseignants de sexe féminin, en améliorant les mesures de sécurité, en réduisant la durée des déplacements par l'ouverture de nouvelles écoles et, de manière générale, en rendant les écoles plus “accueillantes aux filles”. (Le simple fait d'offrir aux filles des lavabos distincts peut suffire à changer la situation.) On peut rendre l'obstacle économique moins redoutable en éliminant les redevances scolaires et d'autres coûts : le Bangladesh, le Mexique, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie, entre autres pays, ont obtenu des résultats en offrant des repas scolaires gratuits, des subventions et des bourses<sup>28</sup>. Les efforts faits pour améliorer le taux de scolarisation au niveau secondaire ont une importance cruciale, notamment s'ils visent en particulier à retenir les adolescentes mariées et enceintes. À l'échelle mondiale,

l'éducation pour tous (UNESCO) et l'Initiative pour l'éducation des filles (ONU) promeuvent la scolarisation des filles.

Il importe d'améliorer la qualité aussi bien que la quantité de l'éducation. Il est capital d'aborder des problèmes tels que les pénuries d'enseignants, la surcharge des salles de classe, le contenu et la pertinence de l'éducation afin de permettre aux jeunes d'acquérir les savoir-faire dont ils ont besoin, qu'il s'agisse de prévenir l'infection par le VIH ou de rechercher de meilleurs emplois. L'amélioration de la qualité suppose aussi des programmes soucieux de l'égalité des sexes afin d'éliminer les stéréotypes sexuels qui retentissent sur la façon dont filles et garçons sont traités dans la salle de classe et sur les matières qu'ils étudient. Cela permet aux filles d'obtenir le maximum de leur éducation et les équipe mieux en vue de transcender les normes sexuelles rigides qui sapent leur potentiel. Cela peut, par exemple, les encourager à envisager des emplois extrêmement divers, dont certains non traditionnels<sup>29</sup>. La maîtrise des technologies de l'information et de la communication (ICT) peut ouvrir un monde de possibilités, surtout au moment où les pays améliorent le niveau de connaissance minimum des ICT et l'infrastructure rurale. Plusieurs pays ont commencé des programmes destinés aux filles et aux femmes. La République islamique d'Iran, par exemple, a offert aux femmes rurales, en particulier aux ménagères, une formation à la technologie de l'information<sup>30</sup>.

L'effet de l'éducation des filles sur la réduction de la pauvreté, l'égalité des sexes et le développement ne saurait être mis en doute. Mais l'éducation seule ne suffit pas en l'absence d'institutions sociales agissant dans le même sens et de systèmes qui élargissent les perspectives et les libertés des femmes, leur accès aux ressources et leur contrôle sur les décisions affectant leur propre existence. Les efforts déployés parallèlement pour améliorer la santé des femmes en matière de procréation et leurs perspectives économiques peuvent maximiser les dividendes économiques et sociaux de l'éducation des filles.

### **DES INVESTISSEMENTS ESSENTIELS DANS LA SANTÉ ET LES DROITS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION.**

La santé en matière de procréation est un droit humain, un élément de base de capital humain et un aspect fondamental de l'égalité des sexes. Elle fait partie intégrante du bien-être des femmes et de leurs familles<sup>31</sup>. Les femmes pauvres sont celles qui en ont le plus grand besoin et, comme la recherche présentée ci-après le montre, elles-mêmes, leurs familles et leurs sociétés ont beaucoup à gagner aux améliorations apportées à la santé en matière de procréation. Les problèmes connexes peuvent plonger les foyers plus avant dans la pauvreté<sup>32</sup>. Il est souvent difficile aux femmes ainsi appauvries, qui ont ordinairement le moins accès à la contraception, de détermi-

ner le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance. Cela limite leurs chances de jouir d'une bonne santé et d'un emploi stable, ainsi que de rechercher des perspectives économiques plus favorables qui soient susceptibles d'élever leur niveau de vie<sup>33</sup>. L'état de santé en matière de procréation affecte d'autre part considérablement les enfants – le futur capital humain d'un pays – et a donc des implications socioéconomiques tant à long qu'à court terme<sup>34</sup>. Bien que l'objectif énoncé dans la CIPD de l'accès universel à la santé en matière de procréation d'ici à 2015 ne soit pas explicitement inclus dans les OMD, on reconnaît généralement aujourd'hui qu'il est essentiel pour les atteindre d'investir dans la santé en matière de procréation<sup>35</sup>.

**Les soins de santé en matière de procréation, par l'entremise des services de planification familiale, permettent aux femmes de différer la première grossesse de manière à pouvoir achever leur éducation, faire partie de la population active et acquérir des savoir-faire et une expérience.** Là où les contraceptifs sont aisément disponibles, la majorité des femmes retardent la première grossesse, passent moins de temps enceintes et terminent la période procréatrice de leur vie bien des années plus tôt<sup>36</sup>. Pour les adolescentes (mariées ou non) sexuellement actives, la planification familiale peut faire la différence entre une grossesse précoce et l'éducation.

**Les problèmes de santé en matière de procréation sapent les efforts de réduction de la pauvreté en érodant la productivité.** Les problèmes de santé en matière de procréation constituent une cause majeure de mauvaise santé, qui frappe hors de toute proportion les adolescentes et les femmes. Ils réduisent la productivité du travail féminin, dans certains cas de 20 %, coûtant ainsi 250 millions d'années de vie productive chaque année au niveau mondial<sup>37</sup>.

**Donner à chacun la liberté et les moyens de choisir le nombre d'enfants désiré conduit à une réduction du nombre d'enfants par famille, au ralentissement de la croissance démographique et à une moindre pression sur les ressources naturelles.** Il est prévu que la population mondiale passera de 6,5 milliards aujourd'hui à 9,1 milliards en 2050 – en supposant que le recours à la planification familiale continue de progresser<sup>38</sup>. Cette croissance démographique surviendra principalement dans les pays qui luttent contre la pauvreté. Du point de vue des droits humains, il est nécessaire de répondre à la demande non satisfaite de contraception des individus et des couples. La réduction de la fécondité non désirée comporte aussi d'importantes implications au macroniveau.

**La santé en matière de procréation peut offrir des avantages économiques considérables par le biais de la “prime démographique”.** Quand les pays traversent une transition démographique résultant de la baisse des taux de mortalité et de fécondité, les structures de la population se modifient. Les familles deviennent moins nombreuses, avec une forte proportion de jeunes adultes abordant les années productives de leur vie, mais avec moins d'enfants et de personnes à charge âgées. Si les politiques sociales et économiques appropriées sont en place, il peut en résulter une augmentation de l'épargne et des ressources à la disposition des familles pour investir dans chaque enfant, et à celle des nations pour investir aux fins de la productivité et de la croissance économique<sup>39</sup>. En Asie de l'Est, les économistes attribuent pour un tiers à la prime démographique la croissance économique sans précédent de la région entre 1965 et 1990<sup>40</sup>. Les chercheurs estiment que les pays en développement peuvent utiliser leur prime démographique pour réduire la pauvreté de 14 % environ entre 2000 et 2015<sup>41</sup>.

**L'accès aux soins de santé en matière de procréation entraîne une importante épargne pour les services de santé publique et d'autres services sociaux.** Les problèmes de santé en matière de procréation sont en grande partie évitables : des systèmes de santé plus solides et un meilleur accès aux services peuvent éviter beaucoup de ces problèmes et leurs coûteuses conséquences. On a estimé que chaque dollar investi dans la planification familiale, en Thaïlande et en Égypte, permettait à ces pays d'épargner environ 16 et 31 dollars, respectivement, en coûts de santé, d'éducation, de logement et d'autres services sociaux<sup>42</sup>. Les coûts budgétaires et économiques de l'épidémie du sida et des taux élevés de grossesses d'adolescentes sont bien connus et attestés<sup>43</sup>.

**LES DROITS ÉCONOMIQUES ET LE TRAVAIL INVISIBLE DES FEMMES.** Les femmes sont le pivot de leurs familles, le pilier de la vie communautaire, la source de soins aux malades et aux personnes âgées; ce sont elles aussi qui assument en premier lieu la charge d'élever la génération suivante. Ne se limitant pas à gérer les foyers et à acquérir et préparer la nourriture, beaucoup travaillent dans les exploitations agricoles, les usines, les marchés, les mines, les ateliers aux rythmes infernaux ou les bureaux. Les femmes travaillent en moyenne plus d'heures que les hommes<sup>44</sup>, et le plus souvent sans l'aide de politiques, lois, institutions, services, arrangements familiaux, ni de technologies propres à faire gagner du temps. Leur travail est en grande partie non reconnu, invisible et non rétribué. Alors même que les femmes entrent dans la population active en nombre croissant, elles risquent le renvoi en cas de grossesse et ont générale-

### 3 LA SÉCURITÉ HUMAINE VUE DANS UNE OPTIQUE SEXOSPÉCIFIQUE

Sur une planète de plus en plus mondialisée, où les épidémies, le VIH/sida, les problèmes environnementaux et les migrations ignorent les frontières nationales, le concept de sécurité nationale a commencé à dépasser le concept d'une sécurité centrée sur l'État pour s'orienter vers celui d'une sécurité centrée sur la population, d'une sécurité humaine. La Commission de la sécurité humaine (ONU) la définit comme “le fait d'être à l'abri du besoin, à l'abri de la peur, exempt de l'obligation d'agir isolément pour son propre compte”. Cela reste un idéal distant pour une grande partie de la population mondiale – en particulier pour les 2,7 milliards qui vivent dans la pauvreté et pour ceux dont l'existence a été bouleversée par des conflits violents ou des catastrophes naturelles.

Être à l'abri de la peur : les millions de filles et de femmes qui font l'objet de violences et de sévices, souvent dans leur foyer même et quotidiennement, n'ont pas encore cette chance. Des millions de femmes n'ont jamais pleinement joui de la liberté d'agir pour leur propre compte parce que d'autres prennent les décisions leur enjoignant ou non de fréquenter l'école, de se marier, d'avoir des enfants ou de voter. Beaucoup peuvent à peine imaginer la sécurité en matière de procréation – c'est-à-dire le contrôle sur leur propre fécondité et les moyens d'identifier, de prévenir et de gérer les risques liés à la procréation. Elles ne sont pas non plus à l'abri de la crainte d'une grossesse non planifiée, de l'infection par le VIH, ni de celle de mourir des suites de la grossesse ou de l'accouchement ou d'en subir les séquelles permanentes. Cependant, la sécurité en matière de procréation demeure une condition préalable essentielle de l'habilitation des femmes, de l'égalité des sexes, du bien-être des familles et de la réalisation des OMD.

ment un revenu et une sécurité d'emploi moindres que les hommes. L'inégalité des droits économiques défavorise des millions de femmes dans leurs efforts pour améliorer la qualité de leur propre vie et de celle de leurs enfants. Un moyen clef de faire échapper familles et communautés à la pauvreté pourrait consister à améliorer l'accès des femmes aux ressources économiques et leur contrôle sur celles-ci.

Les approches macroéconomiques et les programmes de développement traditionnels ont le plus souvent ignoré la contribution économique des femmes, en partie parce que les données ne sont généralement pas ventilées par sexe et négligent de tenir compte de leur labeur non rétribué. En de nombreuses zones rurales, femmes et filles passent de nombreuses heures chaque jour à chercher de l'eau et du bois de feu, bien que ces activités soient rarement mentionnées dans la comptabilité nationale<sup>45</sup>. En Zambie, les femmes passent 800 heures par an à collecter l'eau et le bois de feu; au Ghana et en République-Unie de Tanzanie, elles passent 300 heures à ramasser du bois<sup>46</sup>. En améliorant l'infrastructure, par exemple en fournissant l'eau potable et des services d'assainissement judicieusement placés et de coût abordable, des combustibles de cuisson moderne et de meilleurs moyens de transport, on pourrait atténuer cette charge et libérer les filles

pour qu'elles fréquentent l'école et les femmes pour qu'elles se livrent à des activités productives et communautaires. Cela pourrait aussi conduire à une utilisation accrue des services de santé<sup>47</sup>. Mais de telles améliorations risquent d'être laissées de côté à moins que les responsables n'abordent explicitement les facteurs sexospécifiques et que les femmes n'aient un rôle dans la prise de décisions au niveau communautaire.

**ACCÈS AUX AVOIRS ET CONTRÔLE DES AVOIRS.** Dans de nombreuses régions, les restrictions imposées au droit des femmes de posséder, d'utiliser et d'hériter des biens, ainsi que d'obtenir du crédit, diminuent leur contribution à la production agricole et au développement d'ensemble. Ces restrictions empêchent aussi les femmes d'investir dans la terre qu'elles cultivent. L'une des sept priorités stratégiques recommandées par l'Équipe de travail du Projet objectifs du Millénaire sur l'éducation et l'égalité des sexes est de s'attaquer à l'injustice des droits en matière de succession et de propriété.

Les femmes rurales produisent effectivement de 60 à 80 % des vivres dans les pays en développement, mais de nombreux pays interdisent encore à une femme d'acquérir de la terre ou d'en disposer sans le consentement de son mari. Dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, par exemple, les veuves n'ont pratiquement aucun droit à la terre ou à l'héritage<sup>48</sup>. Les pays africains ont commencé à légiférer pour accorder aux femmes des droits égaux à posséder ou utiliser la terre et à hériter de biens. Cela est particulièrement important dans la lutte contre le sida, étant donné que la vulnérabilité économique des femmes limite leur capacité de se protéger du VIH<sup>49</sup>. Le Libéria, par exemple, a accordé des droits égaux aux filles et aux femmes en matière de succession. Au Botswana, le Projet de loi sur l'abolition de la puissance maritale donne maintenant aux femmes un droit de décision égal concernant les avoirs familiaux. L'Érythrée a formé le personnel judiciaire à promouvoir les droits des femmes sur la propriété foncière. Certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes, la Barbade, le Belize et le Costa Rica, ont aussi accordé des droits de propriété et de succession aux femmes vivant en union libre.

Cependant, l'accès aux ressources n'est pas équitable. En Amérique latine, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, les femmes représentent un tiers, ou même moins, des propriétaires fonciers<sup>50</sup>. Dans ces régions, les exploitantes cultivent en général des lots de moindre surface que les hommes et ont un moindre accès aux services de vulgarisation agricole, même quand elles représentent plus de la moitié des exploitants<sup>51</sup>. Dans les pays africains, les femmes reçoivent moins de 10 % de tous les prêts destinés aux petits exploitants et un pour cent seulement du montant total des crédits accordés au secteur agricole<sup>52</sup>. Mais, quand les femmes obtiennent

des ressources et des services financiers, la productivité peut s'élever. La recherche faite par la Banque mondiale dans certains pays d'Afrique subsaharienne a établi que la production pouvait augmenter de non moins de 20 % si davantage de femmes avaient un accès égal aux services agricoles et à la terre et un contrôle égal sur le revenu des exploitations<sup>53</sup>.

**UN DUR TRAVAIL ET DES SALAIRES PLUS BAS.** Les mères sont un important, voire le principal ou l'unique soutien d'une forte proportion des familles<sup>54</sup>. Dans de nombreux foyers pauvres, le travail des femmes est essentiel à la survie de la famille. En outre, généralement, elles réinvestissent un pourcentage de leurs gains plus élevé que les hommes au bénéfice de leurs enfants et du bien-être familial. Par exemple, selon la Banque mondiale, le contrôle de la mère sur le revenu a un impact marginal sur la survie des enfants près de 20 fois supérieur au contrôle du père<sup>55</sup>. Dans les zones où les femmes gagnent un salaire et contrôlent les ressources, le revenu et le niveau de vie du foyer s'élèvent et les familles tendent à en tirer un plus grand profit que là où les hommes exercent un contrôle exclusif<sup>56</sup>.

La part des femmes dans l'emploi non agricole augmente régulièrement, mais non pas partout. Dans 17 pays seulement sur les 110 ayant fourni des données, les femmes représentent plus de la moitié des salariés, et cela principalement dans les pays développés, en Europe de l'Est et en Asie cen-

#### 4 VIET NAM : AMÉLIORATION DES ÉCONOMIES FAMILIALES, CHAQUE FEMME À SON TOUR

À Dong Loi, petite communauté agricole des hautes terres du Viet Nam septentrional, une initiative combinant le microcrédit et les services de santé en matière de procréation, mise en place par l'Union des femmes vietnamiennes avec l'appui de l'UNFPA, démontre que si les femmes assument un rôle dirigeant, les familles pauvres peuvent échapper à la pauvreté. Ici, les membres d'une coopérative de femmes ont vu leur revenu familial doubler en deux ans, en grande partie grâce à l'élevage et à la vente de têtes de bétail achetées avec des prêts. Ce supplément de ressources permet aux participantes de garder leurs enfants à l'école, d'acheter des fournitures telles qu'engrais et semences, et même d'acquérir des ordinateurs ou d'autres biens de consommation.

"Grâce à ce projet, l'économie du village entier s'est améliorée", déclare Dinh Thi Nga, chef du groupe. "Une autre raison de notre succès est que presque toutes les femmes de mon groupe pratiquent la planification familiale".

Le projet a enseigné à Dong Loi deux choses importantes, ajoute Nga. "D'abord, les femmes peuvent jouer des rôles majeurs dans le développement communautaire si la chance leur en est donnée; ensuite, afin d'y réussir, nous avons besoin d'avoir accès au crédit et à la formation, aussi bien qu'aux services de planification familiale et de santé en matière de procréation. Les deux points sont intimement liés au développement économique".

trale<sup>57</sup>. Avec un niveau plus élevé d'éducation, secondaire ou supérieure, davantage de femmes seraient qualifiées pour occuper une part plus équitable des bons emplois. Souvent, l'éducation ou la formation que reçoivent les femmes n'est pas bien adaptée aux marchés locaux, ce qui limite leur participation économique<sup>58</sup>.

Quand elles sont employées, les femmes travaillent en nombre sensiblement plus élevé que les hommes dans le secteur informel, qui offre généralement des salaires plus bas, avec une réglementation et une sécurité moindres<sup>59</sup>.

Les femmes représentent environ les deux tiers des chefs d'entreprise travaillant à leur compte dans le secteur informel<sup>60</sup>. La législation du travail n'offre qu'une faible protection aux employés du secteur informel, qui ont rarement accès aux régimes de pension ou à la sécurité sociale.

De nombreux pays ont réformé les lois qui discriminaient contre les femmes dans l'emploi et autorisaient une rémunération inégale<sup>61</sup>. Cependant, dans tous les secteurs, les femmes sont payées moins que les hommes – selon la Banque mondiale, elles gagnent dans les pays développés 77 cents contre un dollar pour les hommes et, dans les pays en développement, seulement 73 cents. Une rémunération plus faible a pour effet de diminuer le montant des pensions de retraite, ce qui laisse les femmes âgées et les veuves particulièrement exposées aux privations dans leur vieillesse<sup>62</sup>.

### Concilier les rôles productif et procréatif

Les rôles productif et procréatif des femmes sont indissociablement liés. Bien que les responsabilités familiales et la nécessité de gagner de l'argent puissent mobiliser à l'extrême limite leur temps et leur énergie, les femmes assument de plus en plus cette double charge. Mais les politiques n'ont pas suivi le rythme des changements sociaux engendrés par la participation croissante des femmes à la population active et par l'évolution des structures familiales. Elles n'ont pas non plus satisfait complètement au droit fondamental des femmes de déterminer le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance.

De plus en plus de pays s'aperçoivent que les femmes ont besoin d'être soutenues pour trouver un équilibre entre le travail et la vie familiale et qu'élever des enfants est un droit et une responsabilité que partagent les hommes et les femmes. Un appui ciblé peut permettre aux femmes de trouver un emploi meilleur et encourager les hommes à assumer une plus grande part des responsabilités concernant la santé en matière de procréation et l'éducation des enfants. Et ceci, à son tour, a chance de contribuer à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté.

Les conventions de l'Organisation internationale du Travail interdisent la discrimination pour cause de grossesse et de maternité et imposent la prestation de soins de maternité<sup>63</sup>. De nombreux pays ont pris des mesures pour se conformer à ces conventions. Les pays scandinaves ont institué de bonne heure des politiques favorables à la famille et les pays européens portent une attention croissante à l'importance du rôle des pères dans la famille et offrent un congé de paternité payé<sup>64</sup>. Le Kenya a découvert qu'en réduisant les

coûts des soins aux enfants, on augmente la participation des femmes à la population active et la durée de la scolarisation secondaire des filles<sup>65</sup>. Dressant le bilan de 10 ans de progrès sur les engagements convenus à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995, la moitié des pays communiquent qu'ils ont fait certains efforts pour aider tant les femmes que les hommes à équilibrer leurs responsabilités familiales et professionnelles<sup>66</sup>.

Généralement, les politiques adoptées ne prennent pas en considération les rôles des pères ni leur nature en fonction de l'emploi des mères travaillant à l'extérieur du foyer, qui sont encore responsables en premier lieu de trouver le moyen de donner aux enfants les soins nécessaires<sup>67</sup>. Les politiques sont rarement conçues avec le souci de répondre aux besoins spécifiques de groupes particuliers, comme les foyers à faible revenu, ou les minorités autochtones ou ethniques<sup>68</sup>. Les normes sexospécifiques rendent aussi plus difficile aux pères de prendre un congé parental, même lorsqu'il est disponible<sup>69</sup>. En Europe, les hommes qui profitent des dispositions favorables à la famille ont vu leur carrière en souffrir<sup>70</sup>. Le congé parental varie d'autre part considérablement sur le plan des avantages et de l'appui financier offerts. Dans tous les cas, les politiques nationales qui portent sur les interrelations entre le rôle procréatif et le rôle productif doivent être définies à la lumière du droit des individus et des couples de choisir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent et offrir un appui souple s'agissant d'équilibrer les exigences de la vie familiale et de la vie professionnelle.

Les programmes de santé en matière de procréation qui abordent les relations entre les sexes et l'accès à l'autonomie économique comportent de plus grands bénéfices potentiels que ceux qui ignorent le contexte dans lequel sont prises les décisions en matière de procréation<sup>71</sup>. En leur fournissant des chances d'éducation et de formation, ainsi que des possibilités de retarder l'âge du mariage et de la première grossesse, on peut mettre les jeunes femmes en mesure de développer pleinement leur potentiel en tant qu'agents économiques<sup>72</sup>. Parce que des millions de femmes

*“La marginalisation continue des femmes dans la prise de décisions a été à la fois une cause et un effet de la lenteur des progrès en de nombreux domaines du développement”*

— Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU

## 5 DES FAMILLES EN TRANSITION

La mondialisation, l'urbanisation, la modernisation, les migrations, les guerres, les catastrophes naturelles et la dynamique démographique ont transformé la vie familiale. Les familles étendues vivant sous le même toit sont moins nombreuses. La pauvreté a forcé un nombre toujours croissant de parents et de jeunes à chercher du travail loin de leurs familles. En certains endroits, la diffusion rapide du sida a défini en termes nouveaux ce qu'est une famille – le mot peut même désigner des groupes de frères et sœurs orphelins vivant sous la garde du plus âgé d'entre eux ou d'un grand-parent. L'évolution des structures familiales comporte d'importantes implications. Les ménages ayant pour chef une femme sont désormais plus nombreux dans les régions tant développées qu'en développement, comprenant d'un cinquième à un tiers des ménages en de nombreux pays. Une proportion croissante a pour chef la mère, qui fournit aussi la plus grande partie, voire la totalité

du soutien économique. Il arrive que les enfants de ces familles soient contraints de travailler pour aider la famille à survivre.

Les femmes qui travaillent peuvent aujourd'hui moins compter sur l'appui autrefois fourni par les familles étendues, et les mesures sociales n'ont pas encore comblé cette lacune. "Aucun pays ne fait l'investissement dans les services nécessaires pour couvrir complètement les besoins des femmes et de leurs enfants", selon l'Équipe de travail du Projet objectifs du Millénaire sur l'éducation et l'égalité des sexes. En l'absence de soins aux enfants, les mères seules affrontent des difficultés particulières, notamment des restrictions sur l'horaire ou le type d'emploi qu'elles peuvent exercer. L'irrégularité ou l'absence de pension alimentaire pour les enfants rend encore plus difficile leur lutte pour subvenir aux besoins de ceux-ci.

Traditionnellement, les femmes assument en grande partie la charge des soins aux jeunes comme aux vieux. À mesure que la durée de la vie s'allonge et que les populations vieillissent, le temps et les ressources nécessaires pour prendre soin des personnes âgées peuvent excéder la capacité des jeunes générations d'y faire face. Pour les femmes âgées, les conséquences cumulatives de la discrimination qu'elles ont affrontée en permanence sur les marchés du travail, l'insuffisance des pensions de retraite et la faiblesse du soutien social entraînent souvent un appauvrissement et un abaissement du niveau de vie dans leurs dernières années. La médiocrité du régime nutritionnel et de la santé en matière de procréation, tout au long de leur vie, peut causer une mauvaise santé chronique – particulièrement chez les femmes âgées dans les pays en développement. L'éloignement géographique des autres membres de la famille peut contribuer à l'isolement et à l'abandon.

qui travaillent ont des enfants, les employeurs peuvent les aider en adoptant des politiques favorables à la famille qui encouragent des horaires de travail souples, l'ouverture de centres de soins aux enfants et l'accès aux soins de santé. En Jordanie et en Malaisie, les employeurs ont désormais la responsabilité de fournir des soins aux enfants sur les lieux du travail<sup>73</sup>. Dans un certain nombre de pays, les employeurs ont commencé à dispenser une information et des services relatifs à la prévention du VIH et à la santé en matière de procréation, parce qu'ils comprennent qu'une bonne santé augmente la productivité et réduit l'absentéisme. Business for Social Responsibility, ONG internationale dont font partie dans le monde entier 80 grandes sociétés (par exemple, Coca-Cola et Sony), a publié un manuel qui expose en détail les avantages économiques, pour l'entreprise, de prendre soin de la santé de son personnel féminin en matière de procréation<sup>74</sup>.

**DROITS POLITIQUES, POUVOIR ET PARTICIPATION.** La participation politique des femmes transforme le processus de fixation des priorités au niveau gouvernemental et aide à rendre la gouvernance plus égalitaire et inclusive<sup>75</sup>. En exerçant plus complètement ce droit, les femmes peuvent faire progresser les activités de réduction de la pauvreté. Les recherches montrent qu'à mesure que les femmes entrent dans la politique en plus grand nombre, les agendas gouvernementaux changent, la corruption recule et la gouvernance s'améliore<sup>76</sup>. Ces évolutions peuvent accélérer le vaste changement social requis pour réaliser les OMD – raison fondamentale pour laquelle l'Équipe de

travail du Projet objectifs du Millénaire sur l'éducation et l'égalité des sexes a vu dans l'élargissement de la participation politique des femmes une priorité stratégique<sup>77</sup>.

Toutefois, les stéréotypes et les responsabilités familiales limitent la participation des femmes à la prise de décisions politiques, et elles restent largement absentes des organes nationaux de prise de décisions. De manière générale, le progrès est lent et inégal<sup>78</sup>. Les femmes occupent seulement 16 % des sièges de parlements nationaux au niveau mondial, soit un progrès de moins de 4 points de pourcentage depuis 1990. Aujourd'hui, 19 pays seulement ont atteint le seuil de 30 %, objectif fixé par l'ONU pour 1995<sup>79</sup>. Dans 31 autres pays, les femmes occupent de 20 à 29 % de ces sièges. Néanmoins, les femmes ont élargi leur place dans la vie politique depuis 1990. Les quotas fixés par la loi ont contribué pour une grande part à accroître la représentation parlementaire des femmes au niveau national en Amérique latine et dans les Caraïbes, dans l'Afrique subsaharienne et dans les nouveaux pays de l'ex-Yougoslavie. L'accroissement de la représentation est aussi le résultat des campagnes menées par les groupes de femmes, qui continuent à mobiliser un appui et à se constituer une clientèle<sup>80</sup>.

Au niveau local, les femmes ont souvent de plus grandes possibilités d'exercer un pouvoir – particulièrement dans les pays où une décentralisation est en cours. Tant en Inde qu'en France, les politiques conçues pour accroître la participation des femmes au niveau local ont conduit à les faire entrer en grand nombre dans les organes locaux de prise de décisions. En Inde, plus d'un million de femmes

siègent dans les organes de gouvernement local<sup>81</sup>. Une étude des *panchayats*, conseils de gouvernement local en Inde, a établi que l'inclusion de femmes parmi leurs membres avait abouti à de profonds changements, y compris l'apparition de conseils mieux disposés à répondre aux exigences locales d'améliorer l'infrastructure, le logement, les écoles et les soins de santé<sup>82</sup>. La recherche indique que les *panchayats* dirigés par des femmes ont élaboré des politiques plus soucieuses des besoins des femmes, des enfants et des familles. L'Éthiopie, la Jordanie et la Namibie, entre autres pays, signalent aussi une participation accrue des femmes au niveau local<sup>83</sup>.

Il n'y a pas de corrélation nécessaire entre la participation politique des femmes et le niveau national de pauvreté : un certain nombre de pays de l'Afrique subsaharienne, région la plus pauvre du monde, sont sous ce rapport plus avancés que la France, le Japon et les États-Unis, où les femmes occupent 15 % ou moins encore des sièges législatifs<sup>84</sup>. Le Rwanda, et non plus la Suède, est désormais le pays du monde qui a la proportion la plus élevée de femmes parlementaires (voir chapitre 8)<sup>85</sup>.

### Les responsabilités en matière de justice entre les sexes

Malgré de nombreux engagements – pris à la CIPD en 1994, à la Conférence de Beijing en 1995 et au Sommet du Millénaire en 2000, entre autres –, l'inégalité entre les sexes demeure un problème urgent qui concerne les droits humains et le développement. Trop souvent, les attaques contre la discrimination relèvent de la rhétorique ou d'efforts occasionnels plus qu'elles ne sont continues et institutionnalisées. S'en tenir au train-train habituel en matière d'égalité des sexes risque de condamner à l'échec les efforts menés pour atteindre les OMD. Pour ne pas prendre de retard dans la réalisation des OMD, il faut que les gouvernements, les parlementaires, les employeurs, tous les responsables clefs au niveau national et la communauté internationale s'acquittent effectivement de leurs responsabilités. Des partenariats plus étroits entre les gouvernements et la société civile, notamment les groupes de femmes et les autres associations non gouvernementales, à base communautaire et professionnelles, sont essentiels s'agissant de communiquer l'élan pour le changement et de promouvoir la continuité durant les périodes de transition.

**LES DONNÉES : À LA RECHERCHE DE L'ÉQUITÉ ET DE L'ÉGALITÉ.** Seules les données permettent d'établir des

jalons et de mesurer les progrès accomplis en matière d'exercice des responsabilités. De nombreux pays ne disposent pas de données et d'une analyse ventilée par sexe, âge et groupe ethnique, entre autres caractéristiques, ce qui limite les possibilités d'élaborer des politiques et des programmes<sup>86</sup>. Puisque l'égalité des sexes est une composante fondamentale des OMD, de bonnes données sont indispensables pour affecter de manière efficace les ressources, par exemple en calculant les indicateurs de pauvreté selon le sexe plutôt qu'uniquement en fonction du revenu total du ménage, comme c'est actuellement le cas<sup>87</sup>. Des données plus exactes et plus complètes seront indispensables aux activités de plaider afin que les problèmes d'égalité des sexes restent au premier plan de l'attention du public et des médias et de

manière à améliorer la compréhension de ces problèmes par les communautés et les décideurs et à stimuler l'action.

Les gouvernements, les organisations des Nations Unies, les commissions économiques régionales et les enquêtes démographiques et sanitaires ont progressé dans la collecte et l'analyse des données tenant compte des sexes<sup>88</sup>. Si des progrès ont été faits dans l'élaboration de méthodologies qui saisissent les différences entre les sexes, un nombre limité de pays en font usage<sup>89</sup>.

Particulièrement novateur est l'Index des engagements tenus, mis au point au Brésil par des organisations de femmes pour contrôler l'exercice de ses responsabilités par le Gouvernement dans les secteurs de la participation civile, des droits économiques et de la santé en matière de procréation<sup>90</sup>.

Bien qu'il soit essentiel de disposer de meilleures données pour atteindre les OMD<sup>91</sup>, l'information ne produira pas de changements à elle seule. Le but de l'information et de l'analyse est d'aider les décideurs à intégrer les problèmes sexospécifiques à tous les niveaux de la prise de décisions, surtout dans la formulation des stratégies nationales de réduction de la pauvreté<sup>92</sup>.

**INTÉGRER LES SEXOSPÉCIFICITÉS : PROMESSES, PRATIQUES ET PERSPECTIVES.** L'intégration des spécificités est essentielle à la réalisation et au suivi des OMD. Il s'agit d'évaluer les implications des politiques et des programmes pour les femmes et les hommes, en prenant en considération leurs rôles, besoins et perspectives différents, de telle manière que les inégalités ne soient pas perpétuées et que les deux sexes puissent tirer profit de ces politiques et programmes<sup>93</sup>. L'intégration des sexes signifie également qu'il faut examiner comment la dynamique des rapports entre les sexes retentit sur la

*“La sous-représentation des femmes dans les structures de prise de décisions reflète le niveau de maturité du processus démocratique ... et indique qu'une société est moins démocratique et moins égalitaire.”*

— Déclaration sur l'égalité des sexes en Afrique faite par les chefs d'État et de gouvernement des États membres de l'Union africaine, Addis-Abeba (Éthiopie), juillet 2004.

prise de décisions au sein des familles et des communautés – notamment s’agissant de savoir si les filles seront envoyées à l’école et si les femmes auront une influence sur la manière dont les ressources familiales sont dépensées<sup>94</sup>.

Les gouvernements, la société civile, les groupes de femmes, les donateurs, les banques de développement et le système des Nations Unies ont travaillé à amplifier leurs efforts d’intégration des sexes. De nombreux gouvernements ont institué des ministères ou des services nationaux de la femme<sup>95</sup>. Les progrès ont été inégaux et limités à des projets de faible envergure dans la plupart des pays. Les ressources sont généralement inadéquates, et des conceptions erronées sur la nature et le but de l’intégration des sexes freinent le changement<sup>96</sup>. L’intégration des sexes est souvent regardée comme un problème féminin, que les ministères des affaires féminines insuffisamment financés laissent à l’écart<sup>97</sup>.

D’un autre côté, certains pays, dont l’Afrique du Sud après l’apartheid et le Cambodge après le conflit (voir encadré 33), ont tiré parti de leurs transitions politiques pour intégrer les sexes à l’ensemble de leurs stratégies de développement. En Afrique du Sud, un puissant mouvement féminin, un mandat fortement imposé au Gouvernement d’intégrer les sexes, une nouvelle constitution, un cadre juridique ouvert à ces préoccupations et une budgétisation soucieuse de l’égalité des sexes sont autant de facteurs qui ont contribué à une stratégie réussie d’intégration des sexes<sup>98</sup>. Le Malawi s’occupe de former aux problèmes d’égalité des sexes les responsables, le personnel des assemblées de district et les représentants des médias, tandis que de nombreux autres pays cherchent à édifier et élargir une capacité dans ce domaine<sup>99</sup>. Dans les pays d’Afrique de l’Ouest, le personnel gouvernemental des ministères de la planification et de l’administration publique, les parlementaires, les dirigeants des partis politiques et les syndicats ont été formés, avec le soutien de l’UNFPA, à adopter une approche soucieuse d’égalité des sexes. On s’est efforcé en particulier de travailler avec les équipes chargées de formuler les stratégies nationales de réduction de la pauvreté. Dans les États arabes, le FNUAP a collaboré avec le Centre pour les femmes arabes, la formation et la recherche pour intégrer les sexes à la planification et aux politiques de développement, former les représentants gouvernementaux et améliorer la collecte et l’analyse des données ventilées par sexe<sup>100</sup>.

*“Ce projet hydrique était une priorité pour tous les habitants du village. Nous l’avons choisi à l’assemblée communautaire, où tous les adultes, hommes et femmes, étaient invités. Pour la première fois, les femmes ont senti qu’elles avaient leur mot à dire dans les affaires de la communauté et moi-même, une femme, ai été élue coordonnatrice du Projet.”*

— Ana Marcia Estrada, coordonnatrice du projet du FISE au village de Cosiguina (Nicaragua)

En République dominicaine, avec le soutien de l’UNFPA, le Ministère des affaires féminines a formé des partenariats avec le Ministère de la défense, la police nationale, le congrès, le mouvement féminin, l’ONU et les donateurs. La détermination du Gouvernement d’intégrer les spécificités se reflète par la création de bureaux de l’égalité des sexes et du développement dans tous les ministères. On s’attaque actuellement à la violence contre les femmes à l’aide d’une réforme législative et en formant des coalitions entre les partis politiques et parmi les 700 femmes qui exercent une charge politique au niveau local.

Les réalisations sont notamment les suivantes : une révision des programmes scolaires pour les rendre plus soucieux d’égalité des sexes; une nouvelle loi sur la violence familiale; une réforme du code pénal; de nouvelles lois sur la migration et la lutte contre le trafic des humains; des protec-

tions juridiques pour les femmes âgées; un système d’enregistrement des données sur la violence; un asile pour les femmes victimes du trafic et revenues à leur domicile; et un équipement expressément affecté aux unités de soins de santé pour les femmes victimes de violences, unités actuellement en cours d’installation aux bureaux des procureurs.

Au Nicaragua, le Fonds d’urgence pour l’investissement social (FISE) du Gouvernement, organe chargé en premier lieu de décaisser des fonds au titre des politiques nationales de réduction de la pauvreté et de développement, reçoit l’aide de l’UNFPA aux fins d’intégrer les sexes. Les projets du FISE, destinés aux communautés rurales, adoptent une approche de plus en plus démocratique des relations entre les sexes. Les femmes sont actuellement encouragées à participer à la prise de décisions au sein des organisations et des entreprises qu’elles dirigent, possèdent et qui leur assurent un revenu – notamment concernant la création d’écoles, de fabriques, de laiteries, d’élevages de volailles, et de réseaux d’approvisionnement en eau et d’assainissement.

**CONTRÔLER OÙ VA L’ARGENT : UNE BUDGÉTISATION SOUCIEUSE D’ÉGALITÉ DES SEXES.** Une budgétisation soucieuse d’égalité des sexes constitue une approche novatrice conçue pour influencer sur les politiques et améliorer l’exercice des responsabilités gouvernementales dans le sens de l’égalité des sexes. Elle promeut l’efficacité des activités économiques, l’égalité, la responsabilisation et la transparence<sup>101</sup>. Une analyse soignée des budgets, en utilisant des



données ventilées par sexe, peut faire apparaître des lacunes dans le financement, de sorte qu'il soit possible d'ajuster les priorités pour faire progresser la réduction de la pauvreté, l'égalité des sexes et le développement.

Diverses organisations de la société civile et d'éminentes économistes ont réalisé des progrès en la matière. UNIFEM a prêté appui aux initiatives budgétaires qui servent la cause de l'égalité des sexes dans une trentaine de pays du monde entier, et d'autres institutions des Nations Unies et divers donateurs se sont plus récemment associés à elle, si bien que plus de 50 pays au total appliquent cette approche<sup>102</sup>. L'Afrique du Sud a été l'un des premiers pays à adopter ce type de budget, en 1995. Le budget du Rwanda donne priorité à l'égalité des sexes et tous les budgets sectoriels sont établis avec la participation du Ministère de l'égalité des sexes<sup>103</sup>. Au Mexique, un processus de budgétisation analogue a été lancé par des organisations non gouvernementales<sup>104</sup>. Au Chili, le Ministère des finances a introduit en 2001 une procédure d'analyse des politiques et des budgets soucieuse d'égalité des sexes, et l'égalité des sexes est l'un des six domaines à propos desquels les ministères sont tenus de faire rapport sur leurs activités<sup>105</sup>. Le Botswana a offert au personnel gouvernemental et aux parlementaires une formation à une budgétisation soucieuse d'égalité des sexes, de même que la Malaisie l'a fait pour certains ministères. En République-Unie de Tanzanie, des directives ont été promulguées aux fins d'intégrer les sexospécificités à l'établissement des budgets ministériels<sup>106</sup>. L'UNFPA a soutenu les efforts conduits dans divers pays, qui vont du Cap-Vert au Guatemala et à la Malaisie.

Une budgétisation soucieuse d'égalité des sexes a également été appliquée avec un certain succès aux niveaux de gouvernement autres que central. À Cuenca (Équateur), ce type de budgétisation, appuyée par UNIFEM, a conduit à adopter un plan d'égalité des chances qui vise avant tout à attaquer la violence sexiste à l'aide de services sociaux, juridiques et sanitaires. Le budget de la ville pour 2003 a multiplié par 15, par comparaison avec celui de 2001, les ressources consacrées à promouvoir l'égalité des sexes<sup>107</sup>. Au Paraguay, une analyse du budget local conduite par la Commission de l'équité sociale et de l'égalité des sexes de la municipalité d'Asunción, avec l'appui de l'UNFPA, a conduit à multiplier par trois le montant des allocations destinées aux services de planification familiale de la polyclinique de cette ville.

En Asie du Sud, région où de vastes populations vivent dans la pauvreté, l'Inde, le Népal et Sri Lanka ont lancé des initiatives de budgétisation soucieuses d'égalité des sexes avec l'appui d'UNIFEM. L'Inde a quantifié le rôle économique des femmes, analysé l'impact des programmes sur la sécurité alimentaire et la santé, ainsi que sur l'emploi des femmes, et révisé le montant des dépenses consacrées à l'éducation technique. Dans un discours prononcé en 2004, le Ministre des finances a annoncé que le budget de 2005 serait formulé dans une perspective d'égalité des sexes, donnant pour instruction à 18 ministères de soumettre leur budget de 2005 en faisant apparaître les allocations et les dépenses qui allaient aux problèmes féminins<sup>108</sup>.

**INCITER AU CHANGEMENT : LE RÔLE CRITIQUE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE.** La promotion de l'égalité des sexes exige des parties intéressées qu'elles déploient de vigoureux efforts pour modifier le statu quo. La société civile, et les groupes de femmes en particulier, ont un rôle central à jouer s'agissant d'appuyer la participation communautaire, d'offrir leur expérience en matière d'égalité des sexes, et de faire en sorte que les politiques restent centrées et se prêtent à un contrôle. Ces groupes sont d'autre part bien placés pour identifier et promouvoir des réactions soucieuses d'égalité des sexes aux initiatives de réduction de la pauvreté tout au long du processus de prise de décisions – depuis la participation à la conception des politiques et à la fixation des priorités budgétaires jusqu'au suivi des résultats<sup>109</sup>.

Un bon exemple en est le partenariat, lancé voici 10 ans, entre le Réseau de santé féminine en Amérique latine et dans les Caraïbes et, d'autre part, l'UNFPA. Le Réseau a mis le premier au point une méthodologie destinée à suivre l'avancement des objectifs de la CIPD et l'établissement de rapports périodiques sur les progrès accomplis. La base de données des indicateurs connue sous le nom d'Atenea est devenue l'une des principales références concernant l'information soucieuse d'égalité des sexes sur le suivi de la CIPD. Les données et les analyses ont été utilisées par les parlementaires et le personnel gouvernemental, ont servi de fondement à la formulation de politiques au Suriname et ont formé la base des rapports établis sur les droits des femmes par les organisations de la société civile.



# 3 La promesse des droits humains

*“Soixante années ont passé depuis que les fondateurs de l’Organisation des Nations Unies ont inscrit, à la première page de notre Charte, l’égalité de droits des hommes et des femmes. Depuis lors, les études conduites nous ont toutes enseigné qu’il n’y a pas d’outil de développement plus efficace que l’habilitation des femmes. Aucune autre politique n’a autant de chances d’accroître la productivité de l’économie, ni de réduire la mortalité infantile et maternelle. Aucune autre politique ne porte au même degré en elle la promesse d’améliorer la nutrition et de promouvoir la santé – y compris la prévention du VIH/sida. Aucune autre politique n’a autant le pouvoir d’accroître les chances d’éducation pour la génération suivante. Et je me hasarderais aussi à dire qu’aucune politique n’est plus importante pour prévenir un conflit, ou pour assurer la réconciliation après la fin d’un conflit. Mais, quels que soient les bénéfices très réels d’investir dans les femmes, le fait le plus important demeure celui-ci : les femmes elles-mêmes ont le droit de vivre dans la dignité, à l’abri du besoin et à l’abri de la peur.”*

— Kofi Annan, Secrétaire général de l’ONU, à la Commission de la condition de la femme

L’une des principales réalisations du XXe siècle a consisté à élaborer un riche corpus de droit international qui affirme l’égalité des droits de tous les êtres humains. Prenant pour fondement la Déclaration universelle des droits de l’homme (1948), beaucoup de conventions<sup>1</sup>, protocoles<sup>2</sup> et accords en ont affirmé et élargi les principes. Mais, en dépit des nombreux accords adoptés et traités ratifiés, la vérité est qu’au début du XXIe siècle, les femmes et d’autres groupes négligés, notamment ceux dont la vie est dominée par la pauvreté et la discrimination, ne sont pas en mesure d’exercer leurs droits humains fondamentaux. La prochaine tâche redoutable qui nous attend est de tenir la promesse des droits humains.

Les droits humains, et parmi eux les droits des femmes, sont essentiels à la réduction de la pauvreté et au développement, et cependant leur importance n’est pas toujours pleinement comprise. La pauvreté se caractérise par l’exclusion et l’absence des moyens de revendiquer des droits légitimes<sup>3</sup>. La Déclaration des Nations Unies sur le droit au développement (1986) a reconnu le droit “de participer et de contribuer à un développement économique, social, culturel et politique dans lequel tous les droits humains et toutes les libertés fondamentales puissent être pleinement réalisés, et de bénéficier de ce développement”. L’élimination de l’extrême pauvreté, demandée par les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), repose sur la réalisation des droits des individus grâce à l’élargissement des possibilités, des choix et des moyens d’action. La relation entre pauvreté et droits humains est inscrite dans la Déclaration du Millénaire (2000), où 189 pays se sont engagés à faire respecter la Déclaration universelle des droits de l’homme et progresser les droits de la femme.

Pour remplir la promesse des droits humains, il est nécessaire de transformer les systèmes de valeurs sous-jacents qui

confèrent une légitimité à la discrimination. Les normes internationalement reconnues des droits humains fournissent un cadre pour guider et mesurer le progrès. Les efforts acharnés de la société civile, des parlementaires et des médias en vue d’obliger les gouvernements et autres protagonistes à exercer leurs responsabilités sont essentiels pour maintenir l’élan. Et la notion que toute l’humanité est liée par des droits humains solidaires possède une force intrinsèque, que les approches du développement humain fondées sur les droits peuvent déployer (voir encadré 6).

L’éducation aux droits humains et la participation de ceux que les activités et décisions relatives au développement ont oubliés occupent une place centrale dans toute approche fondée sur les droits. Armés d’une information sur les droits et pourvus des savoir-faire et ressources nécessaires pour les revendiquer, individus et communautés peuvent devenir des agents de changement et assumer le contrôle de leur propre destinée<sup>4</sup>. L’habilitation conférée par ce sentiment d’avoir des droits à faire valoir contribue à l’élan et à la durabilité des approches fondées sur les droits. Il est d’autre part essentiel de sensibiliser tous ceux qui sont chargés de protéger les droits humains, à savoir les officiers de police, les magistrats, le personnel militaire et les prestataires de soins de santé. Beaucoup plus d’efforts seront nécessaires en ce sens avant que tous, en particulier ceux que la pauvreté, le sexe et d’autres causes de discrimination condamnent à une double ou triple privation de leurs droits, puissent exercer librement leurs droits fondamentaux.

## Les droits humains et la réduction de la pauvreté

L’extension des libertés et des choix est le but du développement humain. La pauvreté et la discrimination restreignent la liberté en privant les individus de possibilités d’exercer leurs

droits humains fondamentaux. Une approche fondée sur les droits humains, s'agissant de mettre fin à la pauvreté et aux privations, est au premier plan de la réforme de l'ONU<sup>5</sup> et occupe une place centrale dans la Déclaration du Millénaire.

Parce que les droits humains sont interdépendants et se renforcent mutuellement, ils peuvent devenir partie d'un cercle vertueux qui permette à chacun d'échapper à la pauvreté. Le refus des droits humains, d'autre part, peut conduire à un cercle vicieux qui piège les individus dans une vie faite de choix extrêmement limités. Une femme à laquelle le droit à l'éducation est refusé, par exemple, risque davantage d'être acculée à des compromis quant à ses droits de jouir d'une bonne santé, de voter, de se marier librement et de choisir le nombre de ses enfants et l'espacement de leur naissance.

Le Haut Commissariat aux droits de l'homme fournit des directives aux pays quant à la manière d'appliquer une approche fondée sur les droits dans l'élaboration des politiques de réduction de la pauvreté<sup>6</sup>. Ces directives soulignent qu'il est nécessaire de donner des moyens d'action aux pauvres pour réduire efficacement la pauvreté. Elles font aussi ressortir que ceux qui sont dépositaires de devoirs ont la responsabilité de faire respecter les normes internationales en matière de droits humains (voir encadré 6)<sup>7</sup>.

Du point de vue des droits humains, s'attaquer à la pauvreté est plus qu'une obligation morale. En vertu du droit international, aussi bien les gouvernements nationaux que la communauté internationale au sens large portent la responsabilité de s'attaquer à l'extrême pauvreté et aux inégalités qui la caractérisent<sup>8</sup>. Les droits humains sont ainsi devenus un puissant instrument pour mobiliser l'appui à la réalisation des OMD<sup>9</sup>. Même dans les situations où un gouvernement a explicitement reconnu les droits humains, la limitation des ressources – humaines, financières et techniques – peut rendre impossible de satisfaire immédiatement aux revendications de tous les détenteurs de droits. Dans une telle conjoncture, il peut s'avérer nécessaire de fixer des priorités et de donner effet aux droits progressivement<sup>10</sup>. Cependant, dans le cadre d'une approche fondée sur les droits, il ne faut épargner aucun effort pour garantir la jouissance du noyau central des droits mentionnés dans les OMD, comme les droits à la sécurité individuelle, à la survie, à la nourriture, à l'abri, à l'éducation et à la santé.

Comme les OMD eux-mêmes, une approche fondée sur les droits donne priorité aux groupes les plus appauvris et marginalisés, dont les droits sont si souvent ignorés, et appelle à une répartition plus équitable des ressources en leur faveur<sup>11</sup>. Diverses résolutions et divers rapports présentés à la Commission des droits de l'homme (qui va être

## 6 L'APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS : DES BESOINS AUX DROITS

L'approche fondée sur les droits marque l'abandon d'une conception antérieure du développement centrée sur la satisfaction des besoins fondamentaux, qui reposait sur la charité ou la bonne volonté. Une approche fondée sur les droits, par contraste, reconnaît dans les individus des "détenteurs de droits", ce qui implique que d'autres sont "dépositaires d'obligations". Les besoins, d'un autre côté, n'ont pas d'objet – il n'existe pas de personne ni de mécanisme qui soit désigné pour y répondre.

Dans la conception des droits humains, les gouvernements sont les premiers à être dépositaires d'obligations. Au nombre de leurs devoirs figure la mise en place de lois et de systèmes équitables qui permettent aux individus d'exercer leurs droits et d'en jouir, ainsi que de chercher dans le respect de la légalité une réparation judiciaire des violations commises. En tant que détenteur de droits, chacun peut revendiquer ce qui lui appartient légitimement. Cette approche met en relief la participation des individus et des communautés aux processus de prise de décisions qui modèlent les politiques et programmes les touchant.

réformée à la suite des recommandations du Secrétaire général<sup>12</sup>) ont appelé en particulier l'attention sur les besoins des femmes, surtout des femmes chefs de famille et des femmes âgées, "qui portent souvent le plus lourd fardeau de l'extrême pauvreté"<sup>13</sup>. Dans son rapport, un expert indépendant a noté que les programmes visant à éliminer l'extrême pauvreté "doivent être centrés sur les femmes", car "permettre aux femmes de jouir de tous leurs droits ... a un impact majeur sur la jouissance de ces droits par l'ensemble de la société"<sup>14</sup>.

### Les droits humains des filles et des femmes

De nombreux pays ont inscrit les droits humains des femmes dans leur législation nationale. Plusieurs interdisent la discrimination dans l'emploi<sup>15</sup>. Un certain nombre punissent la violence sexiste, y compris les sévices familiaux, et proscrivent le mariage des enfants et la discrimination contre les filles au sein de la famille<sup>16</sup>. Vingt-cinq pays environ ont proscriit la mutilation/coupeure génitale féminine<sup>17</sup>. Certains ont pris des mesures pour accroître la prise de conscience par les femmes de leurs droits juridiques et ont facilité leur accès aux services judiciaires<sup>18</sup>. Davantage de femmes sont aujourd'hui magistrats<sup>19</sup>. Les femmes elles-mêmes ont été au premier plan de ces efforts, électrisant l'appui à ces lois et imposant plus strictement leur respect.

Malgré ces réalisations, le progrès est inégal. Dans la plus grande partie du monde, femmes et filles font face à la discrimination. Elles ont moins de droits sociaux, économiques et juridiques que les hommes<sup>20</sup>. Les inégalités abondent : dans certains pays, un homme peut violer une femme avec impuni-

té s'il l'épouse ensuite. Il peut être acquitté pour battre ou tuer sa femme s'il la surprend en flagrant délit d'adultère<sup>21</sup>. Les systèmes juridiques sont imprégnés de normes sociales qui renforcent l'inégalité des sexes, inspirent la méfiance à l'égard des femmes<sup>22</sup> et laissent de nombreuses femmes sans aucun moyen efficace de recourir à la justice.

Le droit coutumier et les pratiques traditionnelles ont quelquefois priorité sur les dispositions constitutionnelles et juridiques en faveur de l'égalité. C'est particulièrement le cas s'agissant des relations familiales, du droit régissant la succession et la possession du sol, de la nationalité et du statut individuel<sup>23</sup>. Même là où une législation progressiste est en place, la faiblesse des mécanismes d'application et le manque de moyens de financement en limitent souvent l'efficacité. En de nombreux pays, les femmes – surtout les femmes pauvres – ignorent dans une large mesure leurs droits et les lois qui en principe les protègent<sup>24</sup>.

**LE CADRE DES DROITS HUMAINS DES FEMMES.** Tous les instruments des droits humains s'appliquent également à toutes les personnes, mais les deux conventions qui offrent la protection la plus explicite des droits des femmes et des filles sont la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW, 1979) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC, 1989).

Les conférences tenues par les Nations Unies dans les années 90 ont consolidé le cadre des droits humains des femmes. La Conférence mondiale sur les droits de l'homme, tenue à Vienne en 1993, a confirmé pour la première fois, dans une déclaration historique, les droits des femmes en tant que droits humains<sup>25</sup>. Les programmes issus de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994) et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) fournissent des plans d'action concrets relatifs aux droits humains des femmes<sup>26</sup>. Ils constituent la base de nombreuses réformes de politique et de législation menées au plan national.

En ratifiant la CEDAW, 180 pays ont convenu de promouvoir l'égalité des sexes et de combattre la discrimination à l'égard des femmes. La Convention, qui est désormais ratifiée par la presque totalité des pays, oblige les États qui y sont parties à abolir les lois, coutumes et pratiques discriminatoires, à établir des institutions publiques et prendre des mesures de nature à protéger les droits des femmes, égaux à ceux des hommes. Cependant, l'inclusion de l'égalité des sexes dans les OMD rappelle que de nombreuses promesses n'ont pas encore été tenues. Bien des pays ont manqué l'échéance de 2005 fixée à

Beijing pour révoquer toutes les lois discriminatoires fondées sur le sexe<sup>27</sup>. L'absence de détermination est également suggérée par les nombreuses réserves que divers gouvernements ont formulées à l'égard des articles de la CEDAW qu'ils se refusent à reconnaître pour contraignants. Les réserves les plus embarrassantes sont celles qui visent l'article 2 – disposition fondamentale relative à la discrimination entre les sexes –, parce que ces réserves reviennent à nier le principal objectif de la Convention.

Des instruments régionaux offrent aussi une protection aux droits humains des femmes. Particulièrement notable à cet égard est la Convention interaméricaine de 1994 sur la prévention, le châtement et l'élimination de la violence contre les femmes, unique traité de ce genre qui soit exclusivement centré sur la violence sexiste<sup>28</sup>. Un autre instrument important est le Protocole de 2003 à la Charte africaine sur les droits humains et les droits de la personne, qui énonce une déclaration des droits des femmes sur toute l'étendue du continent<sup>29</sup>.

Pour que ces puissants instruments relatifs aux droits humains se traduisent par un changement concret dans la vie des femmes et des filles, une action soutenue et concertée au niveau national est indispensable. La société civile, en particulier les organisations de femmes, jouent un rôle critique s'agissant de promouvoir l'exercice des responsabilités et de contrôler la mise en œuvre et le respect effectif des lois : les groupes de femmes ont insisté pour l'application de la CEDAW en travaillant avec les services gouvernementaux, en rédigeant des rapports officiels et en faisant largement connaître les recommandations relatives à l'application des instruments. Le programme "du mondial au local" de l'International Women's Rights Action Watch forme les ONG à la manière d'appliquer la CEDAW. Au Kenya, en Ouganda

*"Aucun individu, aucune nation ne doit se voir refuser la possibilité de profiter du développement. L'égalité de droits et de chances des hommes et des femmes doit être assurée."*

— Déclaration du Millénaire, 2000

et en République-Unie de Tanzanie, les groupes de femmes se servent de la Convention pour constituer un fichier de magistrats qui imposeraient le respect des droits en matière de propriété et de succession<sup>30</sup>. Dans les États arabes, l'UNFPA facilite une familiarisation avec la CEDAW et s'efforce de faire progresser la mise en œuvre de stratégies soigneuses de l'égalité des sexes qui incarnent l'esprit et la lettre de la Convention<sup>31</sup>. Les parlementaires jouent eux aussi un rôle clef. Au Mexique, aux Pays-Bas, en Suède et en Uruguay, par exemple, des séances parlementaires sont consacrées à passer en revue les progrès réalisés concernant la CEDAW et à tracer les lignes d'une action de suivi sur l'application de la Convention<sup>32</sup>.

## 7 FORMER DE JEUNES DIRIGEANTES AUX DROITS HUMAINS

Le Réseau de jeunes d'Amérique latine et des Caraïbes sur les droits en matière de sexualité et de procréation, créé en 1999, est une organisation dirigée par des jeunes qui compte des membres dans 17 pays. Il promeut une vision du développement fondée sur les perspectives ouvertes aux jeunes, l'égalité des sexes et les droits humains. En collaboration avec l'Institut latino-américain pour la prévention du crime et le traitement des délinquants (ONU), le Réseau a rédigé un manuel absolument novateur sur les traités relatifs aux droits humains et sur l'égalité des sexes. Avec l'appui de l'UNFPA, il a familiarisé 100 jeunes dirigeantes avec les droits humains, les préparant ainsi à jouer un plus grand rôle dans la définition des politiques aux niveaux national et local.

### Les droits humains : essentiels pour les OMD

Au nombre des droits fondamentaux identifiés par le Projet du Millénaire figurent les droits des femmes et des filles, égaux à ceux des hommes, notamment les droits en matière de procréation et le droit d'être à l'abri de la violence (voir chapitre 7)<sup>33</sup>. En outre, le droit à la santé et les droits des personnes infectées par le VIH ont une importance critique. Une approche des OMD fondée sur les droits peut aider à combler le déficit d'équité qui empêche les individus et les groupes marginalisés de jouir de leurs droits fondamentaux.

**LE DROIT À LA SANTÉ.** Tous les êtres humains ont droit à une vie saine et productive<sup>34</sup>. Le droit à la santé<sup>35</sup> se situe au cœur de plusieurs OMD, notamment la réduction de la mortalité infantile et maternelle et la lutte contre les principales maladies. Parce que la santé – définie par l'Organisation mondiale de la santé comme “un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité”<sup>36</sup> – retentit sur la productivité, le droit à la santé sous-tend tous les objectifs concernant la réduction de la pauvreté et le développement. L'eau potable, l'assainissement de base, la sécurité alimentaire et une nutrition adéquate sont les conditions préalables nécessaires à la préservation de la santé. La capacité d'accéder à la meilleure santé possible dépend aussi des disponibilités, accessibilité, acceptabilité et qualité des services de santé<sup>37</sup>. Les zones pauvres et les zones rurales disposent de peu de services de santé et les moyens de transport peuvent y être coûteux ou simplement n'y pas exister. Les femmes et les adolescents qui vivent dans la pauvreté sont généralement les moins à même d'acquiescer le prix des services ou des médicaments. Les services à la disposition des pauvres sont souvent inférieurs aux normes, et les attitudes discriminatoires ou un accueil médiocre peuvent dissuader les clients pauvres de revenir. Éliminer ces préjugés, améliorer la qualité des soins,

mettre en place des systèmes de santé et allouer les ressources de manière à offrir à davantage de personnes la possibilité de jouir de leurs droits à la santé – y compris la santé en matière de procréation –, tout cela se situe au centre des efforts conduits pour atteindre les OMD.

**LES DROITS HUMAINS ET LE VIH/SIDA.** Au cours de la dernière décennie, la communauté internationale a appelé l'attention sur le droit des personnes infectées par le VIH à la dignité et à la non-discrimination. Comme l'épidémie touche de plus en plus les femmes (voir chapitre 4), les droits des femmes séropositives et les droits en matière de procréation ont acquis d'autant plus d'importance en vue d'en arrêter la diffusion. Les droits à l'information et à la planification familiale volontaire, aussi bien que celui d'être à l'abri de toute coercition, sont à cet égard essentiels.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a élaboré des directives internationales relatives aux droits humains afin d'aider les pays à concevoir des stratégies et des politiques nationales pour faire reculer l'épidémie<sup>38</sup>. Certains pays ont adopté une législation de nature à protéger les droits des personnes infectées par le VIH/sida, par exemple les droits au traitement et à la non-discrimination sur les lieux de travail. Beaucoup d'autres

## 8

### RÉDUIRE L'OPPROBRE QUI FRAPPE LES PERSONNES ATTEINTES DU VIH/SIDA ET LEUR DONNER DES MOYENS D'ACTION

En Amérique centrale, davantage de personnes atteintes du VIH/sida sont désormais informées des moyens de protéger leurs droits par l'entremise des institutions nationales de défense des droits humains. Depuis 2003, l'UNFPA s'est engagé dans un partenariat avec l'Institut interaméricain des droits humains et le Conseil centraméricain des juristes spécialisés dans les droits humains, ainsi qu'avec les parlementaires, pour renforcer une approche du VIH/sida fondée sur les droits. Une analyse des lois en vigueur dans la région a montré que l'on ne prenait pas suffisamment en considération les besoins et les rôles différenciés par sexe, ni les réactions à l'épidémie. L'initiative, soutenue conjointement par l'UNFPA et l'Organisation internationale du Travail (OIT), a d'autre part évalué les lois régissant la discrimination sur les lieux de travail de manière à élargir l'accès aux recours légaux des personnes atteintes du VIH/sida. Au Panama, l'ombudsman (Defensoría del Pueblo) a désormais sa place dans le Programme national de lutte contre le VIH/sida. Au Honduras, un réseau de juristes spécialisés dans la défense des droits humains et la lutte contre le VIH/sida a été créé pour lutter contre l'injustice. Au Honduras et au Panama, un nombre croissant de personnes atteintes du VIH/sida recherchent une assistance judiciaire. Au Costa Rica, les campagnes menées sur la prévention du VIH et sur les droits humains sont en train de changer les perceptions et contribuent à mettre fin à l'opprobre et à la discrimination.

n'ont pas encore promulgué de lois: près de la moitié des pays d'Afrique subsaharienne et près de 40 % au niveau mondial n'avaient pas, à la fin de 2003, de lois prévenant la discrimination contre les personnes infectées par le VIH/sida<sup>39</sup>. Rares sont les lois qui portent sur les dimensions sexospécifiques de l'épidémie<sup>40</sup>.

**LES DROITS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION.** Les droits en matière de procréation, et leur rôle central dans le développement, ont été mis au clair et approuvés au niveau international pour la première fois à la CIPD (1994)<sup>41</sup>. Cette constellation de droits, qui recouvre les droits humains fondamentaux institués par des traités antérieurs, a été réaffirmée à la Conférence de Beijing et dans divers accords internationaux et régionaux depuis cette date, aussi bien qu'en de nombreuses lois nationales. Le système international des droits humains a reconnu de plus en plus la place centrale des droits en matière de procréation. Il est admis que les droits en matière de procréation sont des fins précieuses en eux-mêmes et qu'ils sont d'autre part essentiels à la jouissance des autres droits fondamentaux. L'accent a été mis notamment sur les droits des femmes et des adolescentes en matière de procréation, ainsi que sur l'importance de l'éducation sexuelle et des programmes de santé en matière de procréation<sup>42</sup>.

Si tous les individus et les couples pouvaient exercer leurs droits en matière de procréation, le progrès vers la concrétisation des OMD s'accélérait. La capacité de prendre des décisions informées concernant la santé en matière de procréation, le mariage et la naissance des enfants, sans aucune forme de discrimination ni de coercition, est étroitement liée aux chances que peut avoir un pays de réduire la pauvreté, d'améliorer la santé et l'éducation, d'élever la productivité et les niveaux de vie, et d'assurer la viabilité environnementale. Par exemple, la réduction du nombre des grossesses non planifiées par l'accès à la planification familiale librement acceptée contribue à réduire la mortalité infantile et maternelle et la transmission mère-enfant du VIH. Les exemples fournis dans l'encadré 9 indiquent d'autres voies par lesquelles les droits en matière de procréation facilitent la réalisation des OMD.

Dans l'Enquête mondiale de l'UNFPA menée en 2004 sur la mise en œuvre de la CIPD, 131 pays ont communiqué avoir adopté des mesures sur les droits en matière de procréation<sup>43</sup>.

Cependant, en de nombreux pays, la législation nationale est encore silencieuse sur les droits en matière de procréation et n'offre pas de mesures spécifiques pour les préserver efficacement, à quelques exceptions dignes d'éloges<sup>44</sup>. On trouve des exemples récents de politiques et de lois dont plusieurs sont remarquables en raison de leur approche globale dans les pays suivants : Albanie, Argentine, Bénin, Colombie, Guinée, Mali, Mexique et Tchad<sup>45</sup>. Le Pérou et la Slovaquie ont adopté des lois sur l'accès à la planification familiale volontaire et ont garanti le droit à l'assentiment informé concernant la contraception chirurgicale<sup>46</sup>. En 2004, El Salvador a amendé son code du travail de manière à interdire de subordonner l'emploi à un test de grossesse. La loi sur les relations entre le patronat et le salariat (2004) de la République-Unie de Tanzanie interdit la discrimination fondée sur le sexe, la grossesse, l'infirmité, le statut conjugal ou la séropositivité, et contient des dispositions visant expressément le congé de maternité et de paternité payé et les pauses pour l'allaitement naturel<sup>47</sup>.

Dans certains pays, les mandats des commissions parlementaires nationales et des commissions de défense des droits humains ont été élargis de manière à contrôler le respect des droits en matière de procréation, et des mécanismes de dépôt de plaintes ont été institués. En 2003, des

ombudsmen des pays des Caraïbes spécialisés dans la défense des droits humains ont reçu une formation sur la manière dont les droits humains s'appliquent aux droits en matière de procréation, initiative coparrainée par l'UNFPA. Les parlementaires ont également joué un rôle clef pour maintenir au premier plan la santé et les droits en matière de procréation au moyen de déclarations d'appui adoptées aux conférences internationales de parlementaires, copatronnées par l'UNFPA, qui se sont tenues à Ottawa (2002) et Strasbourg (2004)<sup>48</sup>.

*“Les droits en matière de procréation ... 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 leur naissance et de disposer des informations nécessaires pour ce faire; et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de procréation. 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.”*

— Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.3

### Les droits en matière de procréation dans la pratique

Les droits des femmes en matière de procréation sont souvent négligés et violés à l'intérieur même du foyer. Les femmes et les adolescentes peuvent être dépourvues des moyens de négocier les décisions en matière de procréation avec leurs partenaires et au sein de leurs familles, ainsi que de dominer la complexité des systèmes sanitaire et juridique. L'environnement socioculturel et économique au sens large

## 9 Les droits en matière de procréation et les OMD

Éléments des droits en matière de procréation	Exemples de mesures fondées sur les droits	Pertinence par rapport à certains OMD
<b>Droit à la vie et à la survie</b>	Prévenir les décès maternels et infantiles évitables Mettre fin à l'abandon et à la discrimination dont font l'objet les filles et qui peuvent contribuer à des décès prématurés Assurer l'accès à l'information et aux méthodes de nature à prévenir les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) Améliorer la santé maternelle (OMD 5) Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)
<b>Droit à la liberté et à la sécurité de la personne</b>	Prendre des mesures pour prévenir, punir et éliminer toutes les formes de violence sexiste Mettre les femmes, les hommes et les adolescents en mesure de prendre des décisions en matière de procréation à l'abri de la coercition, de la violence et de la discrimination Éliminer la mutilation/coupeure génitale féminine Mettre fin au trafic des êtres humains	Réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) Améliorer la santé maternelle (OMD 5) Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)
<b>Droit de chercher, recevoir et communiquer l'information</b>	Rendre largement et librement disponible l'information sur la santé et les droits en matière de procréation, ainsi que sur les politiques et lois s'y rapportant Fournir à tous une information complète qui permette de prendre des décisions informées dans le domaine de la santé en matière de procréation Faciliter l'éducation à la santé en matière de procréation et à la vie familiale, tant à l'intérieur qu'en dehors des écoles	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMS 6)
<b>Droit de décider du nombre de ses enfants, du moment et de l'espacement de leur naissance</b>	Fournir à tous une information complète qui permette de choisir et d'utiliser correctement une méthode de planification familiale Assurer accès à un éventail complet de méthodes modernes de contraception Mettre les adolescentes en mesure de différer une grossesse	Réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1) Assurer l'éducation primaire pour tous (OMD 2) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Assurer un environnement durable (OMD 7)
<b>Droit de se marier librement et de fonder une famille</b>	Prévenir les mariages d'enfants et les mariages forcés et adopter des lois les interdisant Prévenir et soigner les infections sexuellement transmissibles qui causent la stérilité Fournir des services de santé en matière de procréation, y compris la prévention du VIH, aux adolescentes mariées et à leurs conjoints	Assurer l'éducation primaire pour tous (OMD 2) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) Améliorer la santé maternelle (OMD 5) Combattre le VIH/sida, la paludisme et d'autres maladies (OMD 6)
<b>Droit d'accéder à la meilleure santé possible</b>	Assurer accès à une information et des services dans le domaine de la santé en matière de procréation qui soient abordables, acceptables, complets et de bonne qualité Affecter équitablement les ressources disponibles, en donnant priorité à ceux qui ont le moins accès à l'éducation et aux services dans le domaine de la santé en matière de procréation	Réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) Améliorer la santé maternelle (OMD 5) Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)
<b>Droit de bénéficier du progrès scientifique</b>	Financer la recherche sur les contraceptifs, notamment les méthodes contrôlées par la femme, les microbicides et les méthodes contrôlées par l'homme Offrir une variété de choix en matière de contraception Assurer accès aux soins obstétricaux d'urgence, qui peuvent prévenir les décès maternels et la fistule obstétricale	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) Améliorer la santé maternelle (OMD 5) Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)
<b>Droit à la non-discrimination et à l'égalité dans l'éducation et l'emploi</b>	Interdire la discrimination dans l'emploi fondée sur une grossesse, l'obligation de prouver l'utilisation de contraceptifs ou la maternité Instituer des programmes visant à garder les filles à l'école Veiller à ce que les adolescentes enceintes et mariées, ainsi que les jeunes mères, soient en mesure d'achever leur éducation	Réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1) Assurer l'éducation primaire pour tous (OMD 2) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3) Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)



influe sur les possibilités et les choix qu'hommes et femmes ont dans le domaine de la santé et des droits en matière de procréation. Les approches fondées sur les droits prennent ces facteurs en considération. Par exemple, les programmes de santé en matière de procréation fondés sur les droits peuvent encourager une responsabilité commune face à la santé en matière de procréation par la délivrance de conseils aux couples. Ces approches peuvent aussi conduire les communautés à comprendre les risques du mariage d'enfants, des naissances trop précoces ou trop peu espacées, suscitant ainsi un environnement favorable dans lequel les décisions sont prises. Au lieu de se borner à fournir des préservatifs, une approche fondée sur les droits cherchera à habiliter les femmes, à sensibiliser leurs partenaires et à faciliter une coopération mutuelle et la négociation sur l'emploi des préservatifs<sup>49</sup>.

Un progrès réel survient souvent dans le domaine du droit à la santé et des droits en matière de procréation quand les "détenteurs de droits" (clients) et les "dépositaires d'obligations" (prestataires de soins de santé) s'efforcent ensemble de trouver des solutions. L'un des premiers exemples en a été la Charte des droits du client (1992) largement diffusée par la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF), où la qualité des soins était considérée dans la perspective du client et où une éducation était dispensée sur les droits à l'information et à la confidentialité. Il importe non moins d'informer les prestataires de services de leurs obligations. La Charte des droits en matière de sexualité et de procréation, publiée par la FIPF quelques années plus tard, encourageait ses filiales à garantir le respect des droits en matière de procréation et à veiller à ce que les gouvernements s'acquittent de leurs responsabilités<sup>50</sup>.

Un autre bon exemple en est fourni par les efforts que déploie l'UNFPA en Équateur pour appliquer la loi de 1998 sur les soins de maternité gratuits. Cette législation, de même qu'une politique analogue promulguée en Bolivie, donne libre accès à un ensemble de services liés à la grossesse, à la planification familiale et aux soins de santé pour enfants de moins de 5 ans. Bien que le Gouvernement ait dégagé des ressources pour contrôler sa mise en oeuvre, de redoutables difficultés subsistent. En réponse, le Gouvernement a institué des comités locaux chargés de gérer les fonds locaux de santé en collaboration avec le Ministère de la santé, les autorités municipales, le

Conseil national des femmes et les organisations communautaires. Des comités d'usagers des services ont également été mis en place, qui rencontrent les femmes des communautés avoisinantes pour faire mieux prendre conscience de la loi et en examiner et surveiller la mise en oeuvre.

### Droits, sexes et culture : à la recherche d'une convergence

Le concept de droits humains lie les habitants du monde entier en leur humanité commune. Les normes en matière de droits humains adoptées au niveau mondial rendent claire la distinction entre le respect de la riche diversité des cultures et des coutumes du monde et, d'autre part, le rejet des pratiques nuisibles qui mettent en danger les femmes et les filles. La CEDAW et la CRC, entre autres accords

internationaux, expriment explicitement cette distinction en disant que les gouvernements doivent se garder d'invoquer la coutume, la tradition ou les croyances religieuses pour justifier des pratiques nuisibles qui portent atteinte aux droits humains, et que cela aussi constitue des formes de violence et des violations des droits des femmes en matière de procréation<sup>51</sup>. Néanmoins, le relativisme culturel et l'étiquette d'"occidentaux" accolée aux droits humains internationaux ont servi à légitimer des pratiques et des lois nuisibles qui perpétuent les inégalités entre les sexes<sup>52</sup>. Mais les normes reconnues

*"La capacité des femmes de contrôler leur propre fécondité est absolument capitale pour garantir l'habilitation des femmes et leur égalité avec les hommes. Quand une femme peut planifier sa famille, elle peut planifier le reste de sa vie. Quand elle est en bonne santé, elle peut être plus productive. Et quand ses droits en matière de procréation ... sont promus et protégés, elle a la liberté de participer à la société plus pleinement et de manière plus égale. Les droits en matière de procréation sont indispensables à la promotion de la femme."*

— Thoraya A. Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA

en matière de droits humains reflètent un consensus international bien clair, propre à guider l'action au niveau national et à imposer l'exercice des responsabilités.

Un certain nombre de pratiques nuisibles sont profondément enracinées dans la tradition. Bien que beaucoup reflètent un parti pris sexiste sous-jacent, elles ont été héritées des parents et grands-parents et sont transmises de génération en génération. Elles constituent ainsi des aspects communément acceptés de la vie communautaire. Mais la culture n'est pas statique, elle est dynamique et apprise<sup>53</sup>. Les individus ne sont pas des produits passifs de leurs cultures, mais d'actifs participants dans leur interprétation et leur formation continue. Comme l'expérience faite dans le monde entier l'a montré, les communautés qui comprennent les dangers posés par certaines pratiques et les remettent en question dans leur propre optique culturelle peuvent se mobiliser pour les changer ou les éliminer.

Les approches sensibles aux valeurs culturelles peuvent réussir à promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes dans divers contextes nationaux et locaux<sup>54</sup>. De telles approches mettent l'accent sur l'importance de comprendre les complexités du contexte socioculturel dans lequel les processus de développement se déroulent. Elles évaluent les rôles et les perspectives de protagonistes divers et considèrent la façon dont les changements peuvent être introduits tant au niveau de la définition des politiques que dans la société. Il s'agit notamment ici d'analyser les structures locales de pouvoir et de prêter l'oreille à l'opinion des chefs locaux et des gardiens des normes culturelles et croyances en vigueur. Il s'agit aussi d'identifier les sous-cultures et d'assurer la participation de ceux dont la voix n'est pas habituellement écoutée, comme les femmes, les adolescents, les minorités ethniques et d'autres encore. Les approches sensibles aux valeurs culturelles sont centrées sur le dialogue au sein de la communauté et sur la prise de conscience des droits humains et des problèmes sexospécifiques, en recourant à un langage et à des symboles sociaux que la communauté peut assimiler en profondeur.

Les efforts faits pour proscrire les pratiques discriminatoires telles que le mariage d'enfants, les meurtres d'honneur, la projection d'acide, et l'héritage ou la "purification" des veuves, entre autres, ont peu de chances de réussir à moins d'être accompagnés par des mesures pratiques visant à promouvoir des normes qui respectent les droits des filles et des femmes et qui s'inspirent de l'idéal d'équité entre les sexes. Par exemple, certains pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie ont proscriit la mutilation/coupure génitale féminine, la sélection des fœtus en fonction du sexe ou le mariage d'enfants, mais il leur est difficile d'imposer ces décisions. Tant que les filles affrontent une discrimination et que leur juste valeur n'est pas reconnue, surtout dans le contexte des choix limités offerts aux familles pauvres, se borner à proscrire le mariage des enfants ne donnera aucun résultat. De même, il peut être difficile d'éliminer la mutilation/coupure génitale féminine quand elle est étroitement liée aux chances de trouver un époux et à l'identité sociale des femmes. La pratique est souvent encouragée par la famille et signale l'accès des filles à un statut social supérieur.

Il est possible de transformer les attitudes et les normes sexospécifiques, surtout quand les vues et préoccupations de la communauté sont prises en compte. Les tentatives réussies pour réduire la fréquence de la mutilation/coupure génitale féminine, par exemple, se sont accompagnées de l'acceptation de rituels non nuisibles destinés à servir le même objectif social, préservant ainsi des valeurs importantes pour la

*“Nous ne savions pas que la loi existait. Le Comité des usagers nous aide à comprendre que nous avons des droits.”*

— Une femme de la province de Manabi (Équateur)

communauté<sup>55</sup>. La participation de personnalités en vue, notamment de dirigeants religieux, peut contribuer de manière décisive à changer les normes sociales. Le plein appui des imams a constitué un facteur clef dans le succès remarquable obtenu en République islamique d'Iran s'agissant d'élargir l'accès à la planification familiale (le taux de fécondité total du pays est tombé d'une moyenne de plus de sept enfants par femme à 2,3 au cours des deux dernières décennies<sup>56</sup>). Ils ont encouragé à avoir moins d'enfants et promulgué des édits religieux qui approuvaient un large éventail de méthodes contraceptives, dont la stérilisation masculine<sup>57</sup>. Au Yémen, un guide a été rédigé à l'intention des imams et d'autres dirigeants religieux, qui établit un lien entre planification familiale/santé en matière de procréation et le Coran et qui met l'accent sur les enseignements du Prophète relatifs à l'égalité entre femmes et hommes. Au Cambodge, des partenariats avec les moines et religieuses bouddhistes aident à faire face à la menace du VIH pour les jeunes<sup>58</sup>.

En s'appuyant sur des systèmes de croyances positives et sur les valeurs culturelles et religieuses auxquelles adhèrent les communautés locales, et en faisant prendre conscience du dommage causé par les stéréotypes sexuels et les pratiques qui en dérivent, les approches sensibles aux valeurs culturelles font gagner du terrain aux droits humains des femmes et à l'égalité des sexes.

### L'appui aux groupes marginalisés

Depuis les années 90, on a mis davantage l'accent sur les droits des groupes traditionnellement négligés et marginalisés. Ce sont les handicapés; les travailleurs migrants et les minorités ou castes ethniques, raciales et religieuses, notamment les *Dalits* ou "intouchables" en Inde; les Roma en Europe et les communautés indigènes en Amérique latine et ailleurs. Les droits des femmes et des enfants dans les crises humanitaires et ceux des adolescents – deux groupes qui représentent des segments nombreux et essentiels de la population de leurs pays – seront examinés dans les chapitres suivants.

Pris ensemble, ces groupes marginalisés représentent une fraction appréciable de la population mondiale : les personnes handicapées en constituent 10 % (soit 600 millions)<sup>59</sup>; les populations autochtones groupent 370 millions de personnes, réparties entre 70 pays environ<sup>60</sup>; les migrants internationaux sont au nombre approximatif de 175 millions<sup>61</sup>. Les membres de ces groupes sont généralement les moins bien placés en fonction des indicateurs des OMD, tout particulièrement les populations autochtones qui comptent souvent parmi les plus pauvres d'entre les

## 10 DES VOIX PLUS FORTES POUR LA SANTÉ ET LES DROITS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION : HABILITER LES FEMMES, C'EST AUSSI HABILITER LES COMMUNAUTÉS

La qualité des soins est une question de droits autant que de services. Quand les individus et les communautés comprennent leurs droits, ils peuvent exiger des soins appropriés. La présentation de cette exigence peut, à son tour, influencer sur les prestataires de services et les systèmes de santé en leur faisant mieux comprendre comment fournir de meilleurs services. C'est le postulat qui inspire l'initiative « Des voix plus fortes pour la santé en matière de procréation », lancée en 2001 par l'UNFPA en collaboration avec l'OIT, l'UNICEF et l'OMS, et financée par la Fondation pour les Nations Unies. En offrant aux individus une information sur leurs droits, l'initiative a mobilisé les résidents de communautés en Inde, au Kirghizistan, en Mauritanie, au Népal, au Pérou et en République-Unie de Tanzanie, les poussant à travailler ensemble pour améliorer leurs vies.

Dans quatre provinces rurales, ou *oblasts*, du Kirghizistan, l'initiative a fait prendre conscience à un plus grand nombre de la loi de 2000 sur les droits en matière de procréation. Les communautés, les prestataires de soins et les représentants du gouvernement local se réunissent régulièrement pour débattre de la loi, tandis que les officiers de police, les enseignants et les juristes ont été formés à la notion de droits en matière de procréation. L'un des principaux changements réside dans le fait que les communautés dénoncent maintenant la pratique traditionnelle de l'enlèvement des fiancées. Les familles secourent celles de leurs filles qui ont été ainsi enlevées contre leur volonté et les chefs tribaux réexaminent les affaires d'enlèvement de fiancées.

---

*“Du fait des problèmes de santé en matière de sexualité et de procréation et de la violence familiale, certaines familles ont connu des difficultés, qui ont été discutées au niveau du village. Il n'y a pas de points de vue communs sur ces questions. Nous ne connaissons pas la loi sur les droits en matière de procréation. Nous pensions qu'il était interdit de s'exprimer par écrit sur les problèmes de santé en matière de sexualité et de procréation. Maintenant nous connaissons la loi et nos droits.”*

—Aldayarova, 37 ans (Kirghizistan)

---

---

*“Nous n'avions jamais pensé que cela arriverait à notre fille. Zarema n'était sortie avec ce jeune homme qu'une seule fois. Quelques jours plus tard ... on nous a informés qu'elle avait été victime d'un enlèvement de fiancée. Notre première pensée a été de la ramener à la maison. Mais nous respectons nos traditions, si bien que nous avons décidé de la laisser pour le moment dans cette famille. Plus tard, nous avons rencontré plusieurs fois Zarema. Je suis devenue de plus en plus certaine qu'elle ne serait pas heureuse dans cette famille. Aussi, après deux semaines, nous l'avons ramenée. Tous les participants des ateliers sont parvenus à une seule conclusion : qu'avant toute chose il est nécessaire de protéger les intérêts et les droits des individus plutôt que de la société ... Quatre familles de plus ont pris la même décision; elles n'ont pas sacrifié leurs filles.”*

— La mère de Zarema (Kirghizistan)

---

Les populations autochtones pauvres du Pérou, en particulier les adolescentes, se heurtent à des obstacles économiques, socioculturels et sexospécifiques pour bénéficier des services de santé en matière de procréation. Le mouvement “Des voix plus fortes” (Stronger Voices) est présent dans le district de Lima dont la population est la plus dense, San Juan de Lurigacho, où la population est jeune et vit dans une extrême pauvreté, ainsi que dans la jungle amazonienne aux environs de Pucallpa. Travaillant avec des jeunes, des prestataires de soins de santé et des parents, l'initiative amoindrit l'opprobre qui s'attache à l'accès des adolescents aux services de santé en matière de procréation.

Des jeunes prennent la parole dans les forums communautaires. Les adolescents et les prestataires de soins de santé ont tenu des ateliers en commun afin d'établir des relations de confiance et de décider comment rendre les services plus accueillants à la jeunesse. La soirée DiscoAIDS à Pucallpa, avec un brillant éclairage, de la musique et des vidéos, a attiré plus de 600 jeunes et 23 enseignants qui ont parlé de la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH, de l'emploi des préservatifs et de la pression exercée par les pairs. Le Gouvernement a élaboré des Directives pour une politique de santé des adolescents au moyen d'un processus participatif faisant intervenir les jeunes et diverses organisations de la société civile.

---

*“Il nous faut avoir soin de nous-mêmes, prendre nos propres décisions, former nos propres idées et nous montrer plus responsables, parce que nous sommes les seuls sur lesquels compter pour nous protéger, pour veiller à notre propre sort. Nous sommes responsables de notre avenir.”*

—Une adolescente, San Juan de Lurigacho

---

*“De nombreux patients viennent une fois; mais, si vous ne les avez pas traités convenablement, ils ne reviennent pas.”*

—Un prestataire de soins de santé, Pucallpa

---

En Inde, dans l'État d'Haryana, des groupes féminins d'autoassistance s'assoient maintenant à la table des négociations avec les autorités du district lors des réunions où sont planifiés les services de santé; ces femmes font état de leurs préoccupations concernant la santé et les droits en matière de procréation auprès des prestataires de services et des panchayats (conseils de village). Faisant fonction de “groupes de surveillance”, elles contrôlent la qualité des soins et protègent les droits des femmes. Les prestataires sont formés à prendre en considération le point de vue du client sur la qualité des soins. Le processus participatif a brisé la “culture du silence” qui régnait dans les communautés au sujet de pratiques nuisibles telles que la sélection des fœtus en fonction du sexe, la violence et les mariages d'enfants. Les femmes de la communauté sont devenues moins réticentes à s'exprimer sur les problèmes relatifs aux droits humains.

---

*“Après avoir suivi la formation, j'ai parlé du problème de la santé en matière de sexualité et de procréation avec mes deux filles adolescentes, et aussi avec mon mari et mes voisins. Nous avons discuté des droits en grand détail. Maintenant, au cas où les femmes de notre quartier feraient l'objet de violences, nous ne le supporterons pas en silence comme nous avions l'habitude de le faire auparavant.”*

—Une participante dans un village de l'État d'Haryana (Inde)

---

pauvres. Elles ont fréquemment un accès inadéquat à l'eau potable et aux autres ressources et risquent d'être refoulées dans des écosystèmes fragiles ou dégradés. Par rapport à l'ensemble de la population de leurs pays respectifs, elles ont des taux plus élevés de mortalité infantile et maternelle, une plus grande vulnérabilité au VIH, un moindre accès à l'éducation et/ou une participation limitée au gouvernement et aux systèmes sociaux qui influent sur leur existence<sup>62</sup>. Tous ces groupes demeurent en grande partie invisibles et sans voix, souvent ignorés par les politiques et les lois de leurs pays, alors même qu'ils affrontent des formes multiples de discrimination, une pauvreté structurelle et l'exclusion sociale.

La discrimination sexuelle exacerbe les inégalités que les femmes de ces groupes affrontent déjà. Les adolescentes et les femmes handicapées sont particulièrement exposées à la violence sexuelle et n'ont qu'une autonomie limitée et un accès limité à l'éducation et à l'emploi. Elles affrontent aussi le risque de voir violer leurs droits en matière de procréation, notamment avec la stérilisation forcée et les

atteintes à leur droit de se marier et de fonder une famille<sup>63</sup>. Les femmes autochtones sont la cible de violences tant sexistes que motivées par leur appartenance raciale. La pauvreté et un accès limité aux ressources érodent encore davantage leurs droits économiques et sociaux, tandis que les traditions patriarcales font obstacle à leur droit de prendre des décisions et de participer à la vie communautaire<sup>64</sup>. Les femmes migrantes à la recherche de travail dans les villes ou à l'étranger sont exposées au trafic des humains et à l'exploitation; elles peuvent finir dans une condition quasi servile en tant que domestiques<sup>65</sup>.

Heureusement, un cadre international des droits humains s'est développé depuis les années 90, qui offre une protection accrue à ces groupes vulnérables et reconnaît de plus en plus la dimension ajoutée de la discrimination sexuelle. Au cours de la dernière décennie, des conventions juridiquement contraignantes<sup>66</sup>, des programmes d'action mondiale<sup>67</sup>, les organes créés en vertu de traités internationaux relatifs aux droits humains et les rapporteurs



## 11 LES FEMMES AUTOCHTONES : ELLES RETROUVENT LA FIERTÉ D'ELLES-MÊMES ET EXIGENT DES DROITS

En Équateur et dans d'autres pays d'Amérique latine, l'UNFPA travaille depuis plus de 10 ans avec les communautés autochtones pour s'attaquer à l'impuissance, à la discrimination et au manque de confiance en soi qui caractérisent le lot des femmes dans leur vie quotidienne, que ce soit au sein de la famille ou à la recherche de services. La formation sur les problèmes relatifs aux droits humains qui leur est dispensée et de nouvelles possibilités de dialogue et de réflexion sur l'égalité des sexes ont aidé les femmes autochtones à redevenir fières de leur patrimoine culturel. Elles ont été mises en mesure d'affronter la violence familiale et d'exiger des droits égaux sur le plan de la participation politique et des décisions concernant leur vie procréatrice – domaines dans lesquels la voix des femmes autochtones était rarement entendue.

spéciaux<sup>68</sup> leur ont prêté une attention et une protection croissantes au service de leurs droits. Des directives pratiques et des normes relatives aux droits humains ont été élaborées dans le but de faire appliquer les politiques et programmes nationaux<sup>69</sup>. Dans certaines régions, comme l'Afrique, l'Asie et les Amériques, des conventions et forums spécifiques centrés sur les droits des populations autochtones et ceux des handicapés ont mis en lumière la discrimination dont souffrent ces groupes<sup>70</sup>. Les réseaux de la société civile ont créé et mobilisé des groupes chargés de plaider pour protéger leurs droits. Le Forum international des femmes autochtones, par exemple, constitue un organe de plaidoyer et de mobilisation pour leurs droits<sup>71</sup>. Certains pays reconnaissent aujourd'hui explicitement les droits de ces groupes, dans certains cas en prêtant une attention expresse à l'égalité des sexes. Au Mexique et au Népal, les plans conçus au niveau national en faveur des populations autochtones comportent une perspective sexospécifique. Le Pérou a adopté des dispositions constitutionnelles pour assurer leur participation aux élections<sup>72</sup>.

L'échelle sans précédent des migrations et du trafic des humains a inspiré un souci particulier des droits des femmes migrantes. De nombreux pays prennent actuellement des mesures pour venir en aide aux femmes qui ont été victimes de ce trafic; et certains gouvernements ont créé des bureaux de l'immigration, des lignes téléphoniques ouvertes en permanence et ont assuré l'accès à l'information<sup>73</sup>. Avec le soutien d'UNIFEM, la Jordanie et les Philippines ont fixé des normes minimales et institué des contrats spéciaux pour le personnel domestique<sup>74</sup>. Les Philippines ont conclu des accords bilatéraux pour promouvoir les droits de leurs ressortissantes qui travaillent comme domestiques à l'étranger. Le Pakistan supervise les agences de recrutement afin de prévenir les sévices, et l'Inde paie le voyage de retour des domestiques qui réussissent à échapper aux sévices subis à l'étranger<sup>75</sup>.

Néanmoins, l'écart entre les promesses et la pratique demeurent vaste. La convention protégeant les droits des populations autochtones, adoptée en 1989, n'a encore été ratifiée que par 17 pays<sup>76</sup>. La Décennie internationale des populations autochtones a pris fin en 2004 sans atteindre un objectif clef – l'adoption d'un projet de déclaration destiné à protéger leurs droits<sup>77</sup>. De même, la Convention de 1990 protégeant les droits des travailleurs migrants n'est pas entrée en vigueur avant 2003, après avoir été ratifiée par le nombre minimal de pays requis<sup>78</sup>.

La Déclaration du Millénaire appelle explicitement l'attention sur les droits des minorités et des migrants, ainsi que sur les processus politiques d'inclusion<sup>79</sup>. Elle offre une nouvelle occasion d'adopter une approche fondée sur les droits qui peut mettre fin à la discrimination et à l'exclusion des groupes négligés, situation qui perpétue la pauvreté et fait obstacle aux chances d'atteindre les OMD.



# 4 La santé en matière de procréation : une mesure de l'équité

*“Les différences entre riches et pauvres dans le domaine de la santé en matière de procréation – tant entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays – sont plus grandes que dans tout autre domaine des soins de santé.”*

— Rapport du Projet objectifs du Millénaire

Les problèmes de santé en matière de procréation sont la principale cause de la mauvaise santé et de la mortalité féminines dans le monde entier. Si l'on considère les deux sexes simultanément, les diverses affections de la santé en matière de procréation sont la deuxième cause de mauvaise santé au niveau mondial, après les maladies contagieuses (voir figure 1). Ces chiffres dissimulent d'énormes inégalités, tant entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays. Parce que l'état de santé en matière de procréation dépend dans une si large mesure du revenu et du sexe, aborder ce problème est une question de justice sociale, d'éthique et d'équité.

La santé et les droits en matière de procréation sont des fins importantes en elles-mêmes. Ils constituent le fondement de relations satisfaisantes, d'une vie familiale harmonieuse et d'un avenir meilleur. La santé et les droits en matière de procréation sont aussi les clefs de voûte de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : ils offrent aux femmes et aux jeunes un contrôle plus étendu sur leur propre destin, ainsi que des chances d'échapper à la pauvreté. Cependant, la pauvreté et la discrimination sexuelle empêchent des millions de personnes dans le monde entier d'exercer leurs droits en matière de procréation et de préserver leur santé en matière de procréation. Les femmes et les adolescentes pauvres en supportent les coûts les plus élevés. Comme ils se multiplient à travers les familles, les communautés et les pays, ces coûts sont exorbitants.

L'accès universel aux soins de santé en matière de procréation est un objectif réalisable, qui pourrait prévenir la plupart des problèmes de santé en matière de procréation et pourrait aussi stimuler le progrès dans divers domaines du développement économique et social, comme il en a déjà été question dans ce rapport. Certains pays, même souffrant d'une profonde pauvreté, ont montré ce que peut accomplir une équipe dirigeante résolue, avec l'appoint de connaissances techniques et de ressources. Le Bangladesh, la Bolivie, la Chine, Cuba, l'Égypte, le Honduras, l'Indonésie, la Jamaïque, la Malaisie, Sri Lanka, la Thaïlande et la Tunisie, entre autres pays, ont réussi à réduire la mortalité maternelle<sup>1</sup>. Le Bangladesh, l'un des pays les moins avancés, a aussi fait des

progrès exceptionnels dans l'élargissement de l'accès à la planification familiale<sup>2</sup>. Les quelques rares pays qui ont réussi à limiter la diffusion du VIH – principalement le Brésil, le Cambodge, l'Ouganda, le Sénégal et la Thaïlande – y sont parvenus grâce à la conjonction, qui leur est propre, de dirigeants politiques résolus et d'une vaste mobilisation sociale.

Les questions et les préoccupations relatives à la santé en matière de procréation se retrouvent dans de nombreux aspects de la vie économique et sociale et dépassent la capacité du secteur sanitaire d'y apporter à lui seul réponse. Mais de nombreux problèmes et leurs coûteuses conséquences pourraient être contournés si l'on abordait de manière habituelle la santé en matière de procréation dans le contexte des soins de santé primaires, conçus comme première ligne de défense. Ceci exigera un renforcement des systèmes de santé, l'édification de rapports de confiance parmi les communautés qu'ils servent, et l'élargissement de l'accès à des programmes de santé en matière de procréation qui tiennent compte des facteurs sociaux, culturels, économiques et sexospécifiques.

## **DES CONSÉQUENCES COÛTEUSES POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ.**

Une lutte couronnée de succès contre la pauvreté exige une population saine, exempte de problèmes de santé en matière de procréation. Bien qu'évitables dans leur presque totalité, ces problèmes demeurent répandus dans une grande partie du monde en développement. Ils ruinent les existences individuelles, imposent une lourde charge aux familles, mettent à rude épreuve les systèmes sanitaires et affaiblissent les pays. Les coûts vont du chagrin d'un enfant privé de sa mère à la diminution de l'énergie et de la productivité de millions de femmes. Ils comprennent les décès maternels, les grossesses non planifiées, la fécondité élevée, les enfants abandonnés, les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et le sida, aussi bien que les infections sexuellement transmissibles et les cancers, la stérilité et les maladies des nouveau-nés qui y sont associés.

À la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994), 179 gouvernements se sont engagés à rendre les soins de santé en matière de procréation

accessibles à tous “le plus tôt possible et au plus tard en l’an 2015”<sup>3</sup>. De cette conférence s’est dégagé le consensus mondial aux termes duquel les droits en matière de procréation sont fondamentaux pour les droits humains, le développement durable, l’égalité des sexes et l’habilitation des femmes. Bien que l’objectif de rendre accessibles à tous les droits de santé en matière de procréation n’ait pas été explicitement inscrit parmi les OMD, la communauté internationale s’accorde à reconnaître que les OMD ne peuvent être atteints qu’à condition de doubler la somme des efforts et des ressources mis au service de la santé et des droits en matière de procréation.

De fait, le Projet objectifs du Millénaire a conclu que la santé en matière de procréation est “essentielle au succès d’ensemble de la croissance économique et de la réduction de la pauvreté” et demeure l’un des “éléments clefs du capital humain adéquat” essentiel à la réalisation des OMD<sup>4</sup>.

La réduction de la pauvreté, l’égalité des sexes et la santé en matière de procréation vont de pair. Elles sont solidaires et se renforcent mutuellement, et toutes ont des effets positifs qui peuvent se prolonger pendant des générations. Les présupposés sociaux et culturels quant aux rôles propres de chacun des deux sexes ont un fort impact sur les décisions concernant la procréation et le comportement sexuel, qui à leur tour influent sur les perspectives de développement économique et social. Quand des normes et stéréotypes restrictifs sont transmis aux enfants, les cycles de la discrimination sexuelle, de la mauvaise santé et de la

pauvreté se perpétuent. Les effets en apparaissent de manière directe et indirecte, le plus tragiquement dans l’incidence des décès maternels et des lésions consécutives à l’accouchement, ainsi que des infections par le VIH.

### Mortalité et invalidité maternelles

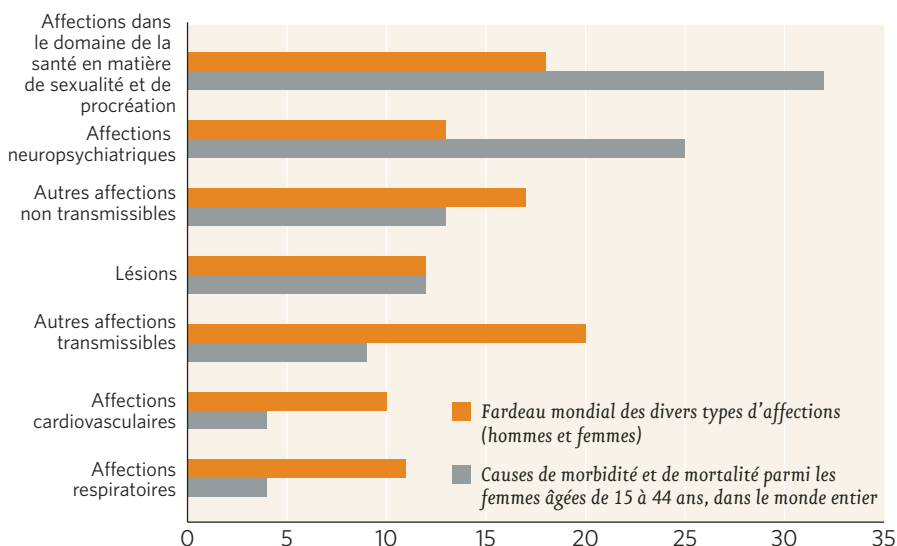
Les taux de mortalité et d’invalidité maternelles mettent en fort relief l’impact de la pauvreté et de l’inégalité des sexes sur la santé en matière de procréation. À chaque minute, une femme meurt sans nécessité de causes liées à la grossesse. Cela représente plus d’un demi-million de mères ainsi perdues chaque année – chiffre qui n’a qu’à peine diminué au cours des dernières décennies<sup>5</sup>. Un autre groupe de huit millions au moins souffre de conséquences des complications de la grossesse qui durent toute la vie<sup>6</sup>. Chaque femme, riche ou pauvre, affronte un risque de complications lors de l’accouchement, mais les décès maternels sont pratiquement inexistant dans les régions développées<sup>7</sup>. L’absence de progrès dans

la réduction de la mortalité maternelle en de nombreux pays fait ressortir le peu de valeur attribué à la vie des femmes et témoigne de leur faible influence dans la fixation des priorités. La vie de nombreuses femmes des pays en développement pourrait être sauvée grâce à des interventions dans le domaine de la santé en matière de procréation dont la pratique va de soi pour la population des pays riches.

*“Une meilleure santé, une meilleure éducation et la liberté de planifier l’avenir de leur famille élargiront les choix économiques offerts aux femmes; mais elles libéreront aussi leurs esprits et leurs cœurs.”*

— Nafis Sadik, Secrétaire générale de la CIPD

Figure 1 : Fardeau mondial des diverses affections dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation



Source : OMS, 2002, cité par l’ Alan Guttmacher Institute/UNFPA, 2003, *Adding It Up : The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Healthcare*

### PAUVRETÉ, DISCRIMINATION ET SURVIE DES MÈRES.

La pauvreté accroît les risques inhérents à la grossesse; de même, la mortalité et la morbidité maternelles aggravent la pauvreté. En Afrique subsaharienne, où la fécondité élevée multiplie les dangers que les mères affrontent au cours de leur vie, une femme sur 16 risque de mourir du fait de la grossesse; dans certaines des zones les plus pauvres, non moins d’une sur 6 affronte ce risque. Par comparaison, dans les pays industrialisés, c’est le cas d’une seulement sur 2 800<sup>8</sup>. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des décès maternels surviennent dans les pays en développement et presque tous – 95% – en Afrique et en Asie<sup>9</sup>. Le niveau de richesse importe : en



2000, deux tiers des décès maternels sont survenus dans 13 des pays les plus pauvres du monde, et un quart de cette fraction en Inde seulement<sup>10</sup>. Dans un pays donné, les femmes riches ont un bien meilleur accès aux soins obstétricaux qualifiés que les femmes pauvres (voir figure 2).

La pauvreté et la discrimination sexuelle aggravent tout au long de la vie les problèmes de santé en matière de procréation. Les conditions d'une bonne santé en matière de procréation doivent être réunies dès le début de la vie. Par exemple, le rachitisme des filles sous-alimentées augmente les risques d'un arrêt de l'accouchement plus tard. Les mères souffrant de malnutrition et leurs bébés sont exposés à un décès prématuré ou à une infirmité chronique. L'anémie, qui peut conduire à une hémorragie durant le post-partum, afflige 50 à 70 % des femmes enceintes dans les pays en développement<sup>11</sup>.

La discrimination sexuelle, dans la mesure où elle influe sur l'éducation et les soins de santé et entraîne l'absence de contrôle sur les ressources économiques et les décisions en matière de procréation, aggrave encore les risques liés à la grossesse. Les pays où les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés sont souvent ceux où l'inégalité des sexes est la plus marquée. Bien que le recours aux contraceptifs puisse prévenir 20 à 35 % des décès maternels<sup>12</sup>, l'insuffisance des fournitures et des services de planification familiale, aussi bien que les normes sociales, interdisent souvent aux femmes de les utiliser. En raison de la faiblesse de leur niveau éducatif, les femmes ne comprennent souvent que peu ou pas les risques liés à la grossesse et d'autres questions touchant à la santé, notamment la manière de tirer parti du système de santé ou d'obtenir des autres membres de la famille qu'ils leur dispensent en temps utile des soins susceptibles de sauver leur vie. Il est capital d'informer les femmes de leur droit à bénéficier de la gratuité des soins (là où elle existe)<sup>13</sup>. Le coût élevé des services peut réduire les familles à la pauvreté ou les appauvrir encore davantage. Les redevances exigibles peuvent ainsi détourner les familles de rechercher des services, surtout quand les soins fournis ne leur paraissent pas de meilleure qualité que ceux qu'elles reçoivent des accoucheuses traditionnelles auxquelles elles font confiance.

**PAYER LE PRIX : GROSSESSES NON RECHERCHÉES ET AVORTEMENTS PRATIQUÉS DANS DES CONDITIONS DANGEREUSES.** Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont une entraîneur majeure de mortalité maternelle et peuvent entraîner des lésions permanentes. Le manque d'accès à la planification familiale est la cause d'environ 76 millions de grossesses non planifiées chaque année, rien que dans le monde en développement<sup>14</sup>. Chaque année, 19 millions d'avortements, pratiqués dans des conditions peu hygiéniques ou peu sûres sur le plan médical, sont à l'origine

## 12 L'ENFANT PARTAGE LE SORT DE SA MÈRE

De bons soins de santé en matière de procréation et l'exercice des droits des femmes en matière de procréation peuvent aider à garantir que chaque nourrisson est désiré, aimé et qu'il a une chance de s'épanouir. Inversement, la mauvaise santé d'une mère en matière de procréation peut ruiner la santé et le bien-être de ses enfants.

Mortalité maternelle et mortalité infantile sont étroitement liées. Quand une mère meurt en donnant naissance, son enfant meurt souvent lui aussi. Les nouveau-nés privés de mère ont un risque trois à dix fois plus élevé de mourir que ceux dont les mères survivent à l'accouchement. Les enfants sans mère qui survivent souffrent eux aussi de leur condition : généralement, ce sont les mères qui prennent en premier lieu soin de la santé, de l'éducation et de la nutrition de leurs enfants et qui, en de nombreux cas, contribuent dans une proportion plus ou moins grande aux ressources de la famille. Chaque année, jusqu'à deux millions d'enfants perdent leur mère faute de services qui sont immédiatement accessibles dans les pays riches.

L'espacement des naissances réduit sensiblement la mortalité infantile. Un intervalle de deux à trois ans entre les naissances réduit les risques de naissance prématurée et d'insuffisance pondérale à la naissance. On attribue à l'espacement des naissances une réduction de la mortalité infantile de près de 20 % en Inde et de 10 % au Nigéria. Les enfants non désirés sont en général plus vulnérables que les autres au risque de maladie et de décès.

Le dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles chez les femmes enceintes peut améliorer aussi les chances de survie de l'enfant parce que ces infections sont susceptibles d'entraîner des fausses couches, la mortinatalité, des naissances prématurées, l'insuffisance pondérale, la cécité et la pneumonie. La syphilis est cause de maladie ou de décès chez 40 % des nourrissons qui en sont atteints. Le dépistage volontaire des infections sexuellement transmissibles et du VIH peut aiguiller les futures mères vers des traitements susceptibles de les protéger, ainsi que leurs enfants.

de 68 000 décès<sup>15</sup>. De nombreuses femmes à la recherche d'un avortement sont mariées : elles sont généralement pauvres et luttent pour subvenir aux besoins des enfants qu'elles ont déjà<sup>16</sup>. D'après les recherches, il semble qu'une grossesse sur 10 finit par un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, les chiffres les plus élevés étant enregistrés en Asie, en Afrique et en Amérique latine<sup>17</sup>.

L'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses est l'une des principales raisons pour lesquelles les femmes et les filles reçoivent des soins d'urgence : en Afrique subsaharienne, les soins d'après avortement occupent d'un cinquième à la moitié de tous les lits des services de gynécologie<sup>18</sup>. Craignant que les prestataires de soins ne les dénoncent et n'adoptent des attitudes négatives à leur égard, de nombreuses femmes ne recherchent le traitement capable de sauver leur vie que quand il est déjà trop tard. Les nombreux coûts des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses dépassent de loin le prix des contraceptifs qui pourraient prévenir ces souffrances.

Reconnaissant que l'impact des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses est "un problème majeur

de santé publique”, le Programme d’action de la CIPD invite les gouvernements à n’épargner aucun effort pour prévenir les grossesses non désirées et pour “réduire le recours à l’avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale”<sup>19</sup>. L’efficacité de cette stratégie est démontrée : l’accès à une contraception sans danger et efficace diminue l’incidence de l’avortement provoqué<sup>20</sup>. Dans plusieurs pays d’Europe centrale et orientale, les taux d’avortement ont rapidement baissé avec la mise en place de l’information et des services de planification familiale, l’augmentation des fournitures de contraceptifs et la participation active de la société civile et des groupes religieux<sup>21</sup>. La baisse la plus spectaculaire a été signalée en Roumanie, où les taux d’avortement sont tombés entre 1995 et 1999 de 52 à 11 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans<sup>22</sup>.

**LES HOMMES ET LA GROSSESSE.** Là où la grossesse est définie comme un “problème de femme”, la participation des hommes aux décisions et responsabilités qu’elle comporte risque d’être limitée. Pourtant, en aidant les hommes et les communautés à apprécier les risques de la grossesse, on peut accroître les chances qu’a une femme de recevoir des soins susceptibles de lui sauver la vie<sup>23</sup>. En Ouganda, l’information dispensée aux pères sur l’accouchement sans danger a découragé les accouchements dangereux à domicile<sup>24</sup>. En Inde, en formant les médecins à faire participer les hommes aux soins de maternité, on a obtenu qu’un plus grand nombre de maris

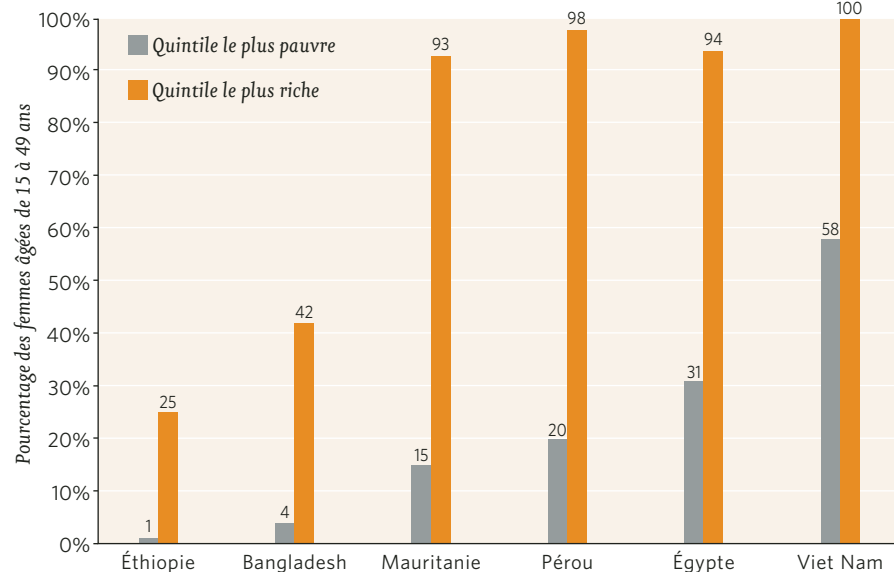
accompagnent leur femme dans les dispensaires prénatals<sup>25</sup>. Dans les zones rurales de Chine, une enquête a établi que quand les maris partageaient les besognes domestiques et les responsabilités parentales, les femmes avaient une meilleure chance de recevoir des soins prénatals, de réduire leur charge totale de travail avant de donner naissance, et d’accoucher dans des conditions plus hygiéniques<sup>26</sup>. En Indonésie, le “Mouvement ami des mères” – parallèlement au programme “Alerter le mari” – a aidé les communautés à reconnaître la nécessité de venir en aide aux mères et de mettre en place des transports d’urgence pour les femmes sur le point d’accoucher<sup>27</sup>.

**SAUVER LA VIE DES FEMMES.** Bien que la maternité sans danger occupe une place de choix sur l’agenda international depuis près de 20 ans, les progrès ont été inégaux et, dans quelques pays, on estime que les taux de mortalité maternelle sont en train d’augmenter<sup>28</sup>. On a aujourd’hui davantage d’informations sur les stratégies qui sont les plus efficaces pour éviter les décès maternels et les lésions consécutives à l’accouchement. Ce sont les suivantes : planification familiale pour réduire le nombre de grossesses non planifiées; présence d’assistantes qualifiées à toutes les naissances; et soins obstétricaux d’urgence appropriés et donnés en temps utile à toutes les femmes chez lesquelles apparaissent des complications<sup>29</sup>. La faiblesse des systèmes de santé, la rareté des moyens de transport dans les zones rurales ou reculées, la pénurie de

prestataires de soins de santé qualifiés, et la disponibilité limitée des contraceptifs comptent parmi les obstacles les plus redoutables. La discrimination sexuelle peut rendre difficile de mobiliser la volonté politique et les ressources nécessaires pour introduire le changement.

Le programme “Éviter la mortalité et l’invalidité maternelles” (Averting Maternal Death and Disability) est une initiative de pointe qui vise à améliorer les soins obstétricaux d’urgence dans les pays en développement. L’UNFPA, l’OMS, l’UNICEF et de nombreuses organisations non gouvernementales ont conclu des partenariats avec divers gouvernements dans l’ensemble du monde en développement pour restructurer les systèmes de santé et renforcer les capacités. L’UNFPA soutient les programmes visant à élargir l’accès à l’assistance d’un personnel qualifié

**Figure 2 : Naissances assistées par un personnel qualifié\* pour les femmes les plus pauvres et les plus riches**



\*Comprend les médecins, infirmières ou sages-femmes ayant reçu une formation

Source : Banque mondiale, 2004, *Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries*

durant l'accouchement et aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes des zones pauvres ou rurales; ces programmes comprennent une formation aux prestataires de soins de santé actuellement dispensée dans 76 pays<sup>30</sup>. L'Ouganda s'attaque à plusieurs des obstacles communément rencontrés dans la réduction des décès maternels, notamment l'équipement des centres de santé et leur dotation en médecins et en infirmières, et la mise en place de services d'aiguillage et de moyens de transport pour les cas d'urgence. Un système de communication par radio ('RESCUER') et des services d'ambulance ont été introduits dans certaines zones<sup>31</sup>. Dans trois régions du Nicaragua, la proportion des femmes ayant reçu des soins obstétricaux d'urgence est passée de 37 % en 2000 à 50 % en 2003<sup>32</sup>. Au Sénégal, 100 femmes rurales ont été sauvées durant la première année où l'UNFPA a commencé de prêter appui à un centre local de santé<sup>33</sup>. Au Yémen, le nombre de prestataires féminins a augmenté, et 12 000 sages-femmes de communauté ont été formées<sup>34</sup>.

Certains pays font face à une pénurie aiguë de médecins en déléguant les soins obstétricaux à d'autres praticiens qualifiés : par exemple, au Mozambique, des infirmières ont été formées à pratiquer les césariennes<sup>35</sup>. Au Népal et en Afghanistan – pays dont le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés du monde –, les sages-femmes sont actuellement formées à dispenser des soins qualifiés lors de l'accouchement<sup>36</sup>.

Les communautés jouent un rôle clef dans la réduction de la mortalité maternelle. Des agents sanitaires locaux jouissant de la confiance publique peuvent aiguiller les femmes vers le système de santé structuré et les encourager à accoucher dans un environnement sûr. Dans les pays pauvres, les communautés peuvent mettre en commun leurs ressources pour trouver un moyen de transport d'urgence au bénéfice des femmes souffrant de complications, par exemple en collaboration avec les conducteurs de taxi, d'autobus ou de camion et avec leurs syndicats. Au Honduras, les efforts déployés au niveau des communautés ont aidé à réduire la mortalité maternelle de 37 % entre 1990 et 1997 et accru de 33 % le taux de présence des accoucheuses qualifiées dans les zones rurales<sup>37</sup>. Au Sénégal, les imams ont été mobilisés pour promouvoir la maternité sans danger<sup>38</sup>.

### La féminisation du VIH/sida

De plus en plus, "le VIH/sida prend un visage féminin"<sup>39</sup>. Les femmes sont plus exposées que les hommes à l'infection pour des raisons sociales, culturelles et physiologiques, et

elles sont actuellement infectées à un taux plus élevé que les hommes. Bien qu'à ses débuts l'épidémie ait touché surtout les hommes, aujourd'hui la moitié environ des 40 millions de séropositifs sont des femmes. Les taux d'infection féminine les plus élevés sont enregistrés dans les pays où l'épidémie s'est généralisée et où la transmission est principalement hétérosexuelle, souvent entre époux<sup>40</sup>. Cinquante-sept pour cent de tous les séropositifs en Afrique subsaharienne et 49 % dans les Caraïbes sont des femmes, les jeunes femmes étant exposées aux plus hauts risques (voir chapitre 5)<sup>41</sup>. Soixante-dix-sept pour cent de toutes les femmes séropositives du monde vivent en Afrique<sup>42</sup>.

### AU CENTRE DE L'ÉPIDÉMIE : PAUVRETÉ, VIOLENCE ET DISCRIMINATION SEXUELLE.

La discrimination sexuelle, la pauvreté et la violence se situent au centre de l'épidémie du sida (voir encadré 13). Pour des raisons physiologiques, les femmes courent un risque au moins deux fois plus élevé que les hommes d'être infectées par le VIH durant les rapports sexuels<sup>43</sup>. Les femmes et les filles sont souvent mal informées des questions de sexualité et de procréation et la proportion des analphabètes est plus élevée parmi elles. Elles sont souvent dépourvues de la capacité de négocier et du soutien social qui leur permettrait d'insister pour des rapports sexuels moins dangereux ou de rejeter les avances non désirées. La violence sexiste constitue un risque majeur d'infection par le sida (voir chapitre 7). En outre, la pauvreté force de nombreuses femmes à devenir des travailleuses de l'industrie du sexe

*“Le tribut prélevé sur les femmes et les filles ... pose à l'Afrique et au monde un défi pratique et moral, qui place l'identité sexuelle au centre de la condition humaine. L'habitude de négliger l'analyse sexospécifique s'est avérée porteuse de mort.”*

— Stephen Lewis, Envoyé du Secrétaire général de l'ONU en Afrique, Conférence internationale de Barcelone sur le sida

pour subsister ou à entrer dans des relations qui ne leur laissent pas la possibilité de négocier l'utilisation de préservatifs. Souvent, ces femmes sont incapables pour des raisons économiques de mettre fin à une relation, même si elles savent que leur partenaire a été infecté par le VIH ou exposé au VIH<sup>44</sup>. Certaines pratiques nuisibles – par exemple, la mutilation/coupeure génitale féminine, le mariage des enfants et "l'héritage de la veuve" (l'union de la veuve à un parent du mari décédé) – aggravent les risques courus par les femmes.

Beaucoup ignorent encore comment se protéger du sida. En 2003, les activités de prévention avaient atteint 8 % seulement des femmes enceintes et 16 % seulement des travailleurs de l'industrie du sexe au niveau mondial<sup>45</sup>. Bien que la plupart des pays, y compris en Afrique subsaharienne, aient adopté des stratégies nationales pour combattre l'épidémie, des millions de femmes et d'hommes – à dire la vérité, l'immense majorité – n'ont encore ni services ni traitement à leur disposition.

**L'IDENTITÉ SEXUELLE IMPORTE.** Les approches de la prévention du VIH attentives aux sexes spécifiques occupent une place centrale dans la lutte contre l'épidémie. Elles peuvent aussi catalyser une vaste transformation sociale. Les femmes peuvent acquérir un contrôle accru sur les décisions qui affectent leur vie avec le soutien et la coopération de leurs partenaires masculins, des prestataires de soins, des communautés et des gouvernements. Les jeunes hommes qui apprennent à respecter les femmes et comprennent leurs responsabilités dans la lutte contre le VIH/sida sont plus souvent disposés à utiliser un préservatif. Il est possible de mobiliser les maris pour protéger leur épouse et leurs futurs enfants contre le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.

La prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer a une importance cruciale. La planification familiale librement acceptée devrait faire partie de toutes les stratégies destinées à freiner l'épidémie : l'éthique et les droits humains exigent que les femmes séropositives puissent faire

des choix informés en matière de planification familiale, notamment celui de prévenir une grossesse non désirée. L'accès au traitement antirétroviral peut aider à préserver le bien-être d'une femme et à prévenir la tragédie que serait la transmission du VIH à ses enfants.

Les programmes de prévention, de soins et de traitement ont progressivement élargi les débats sur l'identité sexuelle, la sexualité et les problèmes de procréation. En 2004, ONUSIDA a lancé la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, alliance planétaire de groupes de la société civile, de réseaux de femmes atteintes du VIH/sida, de gouvernements et d'organisations du système des Nations Unies. Son programme demande l'éducation, l'alphabétisation et les droits économiques des femmes; un accès égal au traitement antirétroviral; un accès aux services de santé en matière de sexualité et de procréation; des changements dans les stéréotypes sexuels nuisibles; et une tolérance zéro pour la violence sexiste<sup>46</sup>.

## 13 | LE VIH/SIDA : QU'EST-CE QUE L'IDENTITÉ SEXUELLE A À VOIR AVEC LUI ?

Environ les trois quarts de toutes les nouvelles infections par le VIH sont transmises par des rapports sexuels entre hommes et femmes. Les attitudes et comportements des hommes commandent le succès des activités de prévention : les hommes détiennent presque toujours la clef des décisions en matière sexuelle, notamment concernant l'utilisation ou non de préservatifs. Dans de nombreuses sociétés, les femmes sont supposées ne pas savoir grand chose à ce sujet, et celles qui soulèvent la question des préservatifs risquent d'être accusées d'infidélité ou de liaisons multiples. La violence contre les femmes et les adolescentes et la crainte d'en être victime affaiblit encore davantage le pouvoir de négociation des femmes.

- Le sida est apparu dans les années 80 comme une maladie d'hommes; mais la proportion des femmes infectées n'a cessé d'augmenter, passant de 35 % en 1990 à 41 % en 1997 et à 48 % en 2004.
- Parmi les femmes séropositives, beaucoup sont mariées et n'ont eu qu'un seul partenaire – leur mari.
- Dans certaines parties de l'Afrique et des Caraïbes, les deux régions où la prévalence du VIH est la plus élevée, le nombre des jeunes femmes (de 15 à 24 ans) atteintes peut être jusqu'à six fois plus élevé que celui des hommes du même âge.
- Les jeunes femmes sont le groupe le plus touché dans le monde : elles représentent 67 % de tous les nouveaux cas de VIH dans le groupe d'âge 15-24 ans dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes représentent 76 % des jeunes séropositifs. Jusqu'à 38 % des adolescentes non mariées âgées de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels en échange d'argent ou de biens matériels dans certains pays d'Afrique subsaharienne où le sida est très répandu.

### Le mariage : sécurité ou risque de séropositivité ?

On pense généralement que le mariage représente la "sécurité", mais en bien des endroits il comporte d'importants risques d'infection par le VIH pour les femmes. Les chiffres ci-après, qui proviennent tant d'études au niveau national que d'enquêtes à petite échelle sur les femmes, sont bien révélateurs :

- Plus des quatre cinquièmes des nouvelles infections par le VIH chez les femmes surviennent dans le cadre du mariage ou de relations à long terme.
- En Afrique subsaharienne, environ 60 à 80 % des femmes séropositives ont été infectées par leur mari – leur unique partenaire.
- Au moins 50% des Sénégalaises séropositives ont signalé seulement un facteur de risque – vivre dans une union "monogamique".
- Au Mexique, plus de 30 % des femmes reconnues séropositives découvrent leur condition après que leur mari a fait l'objet du même diagnostic.
- En Inde, 90 % environ des femmes séropositives ont déclaré avoir été vierges au moment de leur mariage et être restées fidèles à leur mari.
- Au Cambodge, 42 % de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH résultent de la transmission mari-femme. Un tiers des nouveaux cas d'infection touchent les bébés de ces femmes.
- En Thaïlande, on estime à 75 % la proportion des femmes séropositives infectées par leur mari.
- Au Maroc, non moins de 55 % des femmes séropositives ont été infectées par leur mari.
- Les études montrent que les femmes mariées préfèrent souvent s'exposer à l'infection par le VIH que demander à leur mari d'utiliser un préservatif, car cela reviendrait à le soupçonner d'infidélité. Dans deux districts de l'Ouganda, 26 % seulement des femmes ont déclaré acceptable pour une femme mariée de demander à son mari d'utiliser un préservatif.

**LA SANTÉ EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ET LES DROITS DES FEMMES SÉROPOSITIVES.** Dans les pays en développement, la plupart des femmes séropositives n'ont pas accès au traitement antirétroviral, ni pour elles-mêmes ni pour prévenir la transmission à leurs enfants. En outre, nombreux sont ceux qui estiment par principe que les femmes séropositives n'auront pas de rapports sexuels et ne doivent pas avoir d'enfants<sup>47</sup>. C'est pourquoi ces femmes se voient souvent refuser l'information et les services nécessaires pour prévenir la grossesse et la transmission mère-enfant du VIH, aussi bien que l'accès à des soins prénatals et obstétricaux de qualité. Dans les sociétés où une femme est supposée avoir des enfants, les femmes séropositives qui décident de n'en pas avoir doivent faire face à la désapprobation qui les frappe pour être sans enfants, aussi bien qu'aux soupçons et au préjugé hostile qu'attire leur état. Protéger les droits des femmes séropositives en matière de procréation, et notamment prévenir les avortements

ou la stérilisation forcés, constitue un problème crucial en matière de droits humains.

La Communauté internationale des femmes atteintes du VIH/sida, créée pour remédier au manque de soutien dont souffrent les femmes séropositives, a dirigé en Amérique centrale, en Afrique de l'Ouest, en Thaïlande et au Zimbabwe une initiative « Voix et choix » qui promeut le droit des femmes à la santé en matière de sexualité et de procréation<sup>48</sup>. En Argentine, FEIM, ONG féminine de premier plan, diffuse la Déclaration des droits des femmes élaborée à la Conférence internationale sur le sida de 2002 et forme le personnel sanitaire aux droits humains et à la contraception dans leur cas particulier des femmes séropositives<sup>49</sup>.

Au Kenya et en Afrique du Sud, le projet "Mothers 2 Mothers 2 Be" (Des mères parlent aux futures mères) met en relation de jeunes mères séropositives avec des femmes enceintes séropositives pour qu'elles les conseillent sur divers sujets, qui vont de la planification familiale à la

---

*"Je n'ai pas compris comment, étant une femme soumise, j'ai pu être infectée, car j'ai été fidèle au seul homme de ma vie."*

— Une femme séropositive du Burkina Faso

---

### Ce n'est pas aussi simple qu' "ABC"

L'approche "ABC" de la prévention du VIH conseille de s'**A**bsténir de rapports sexuels, d'être fidèle (**B**e faithful) à un seul partenaire, et d'utiliser des préservatifs (**C**ondoms). Les programmes ABC ont effectivement élargi la prise de conscience. Cependant, à moins que les femmes et les hommes puissent prendre des décisions libres et informées, les messages "ABC" risquent d'ignorer des facteurs critiques que des millions de femmes doivent affronter :

- Une adolescente peut-elle insister auprès d'un mari plus âgé pour qu'il utilise un préservatif ou lui soit fidèle?
- Une femme battue dont la subsistance et celle de ses enfants dépend de son partenaire ou mari peut-elle soulever la question de la fidélité ou de l'utilisation de préservatifs?
- Une jeune épouse peut-elle insister sur l'utilisation de préservatifs quand il lui faut absolument mettre un enfant au monde pour se faire accepter par son mari et sa belle-famille?
- Une travailleuse de l'industrie du sexe qui lutte pour nourrir ses enfants peut-elle refuser un client qui ne veut pas utiliser un préservatif, surtout s'il lui paie le double ou le triple de la rémunération habituelle?
- Une adolescente violée ou contrainte à avoir des rapports sexuels peut-elle se protéger de l'infection?
- Conseiller l'abstinence jusqu'au mariage peut-il préserver les jeunes du danger alors que la plupart sont sexuellement actifs avant d'atteindre 20 ans?

### Quand les vulnérabilités sont disproportionnées, les charges le sont aussi

Les femmes et les adolescentes affrontent des risques élevés d'infection par le VIH. Elles dispensent aussi une grande partie des soins qu'ils reçoivent à tous ceux qui ont contracté la maladie ou sont infectés, notamment leur mari et les orphelins. Les femmes et les filles représentent les trois quarts des dispensateurs de soins aux sidéens. Parce qu'elles prennent soin des malades, les femmes sont moins en mesure de gagner un revenu, ce qui limite leurs chances de participer à la vie économique. L'impact est particulièrement sévère dans les pays où les femmes constituent la majorité des exploitants agricoles et produisent la plus grande partie des vivres. En République-Unie de Tanzanie, les femmes qui prennent soin d'un mari malade consacrent moitié moins de temps aux cultures qu'auparavant. La perte du revenu du mari, les coûts des soins de santé dispensés aux membres de la famille malades et les responsabilités additionnelles des femmes peuvent aggraver encore leur pauvreté et celle de leurs enfants.

Les femmes atteintes du sida sont aussi les dernières à rechercher ou recevoir des soins. Quand le mari meurt, les ressources de la famille sont généralement dissipées à tel point que les femmes n'ont pas la capacité ou la volonté de rechercher des soins médicaux. Les lois et coutumes relatives à la succession, qui favorisent la famille du mari, peuvent laisser la veuve et ses enfants dans la misère. Ayant un besoin accru de se procurer des ressources, les femmes et les filles peuvent alors être contraintes de devenir des travailleuses de l'industrie du sexe ou d'entrer dans des relations lourdes de risques, ce qui ne fait qu'alimenter davantage l'épidémie.

## 14 TRANSFORMER DES VIES AU SWAZILAND

Dans la région Lumombo du Swaziland, frappée par la sécheresse, la communauté entière a bénéficié du rôle actif tenu par les femmes dans la distribution des vivres. Des organisations non gouvernementales soutenues par l'UNFPA et le Programme alimentaire mondial ont formé les femmes qui ont dirigé les projets de distribution de vivres à aborder des problèmes qui affectent les ruraux pauvres : sévices sexuels, exploitation, sida et planification familiale. Les comités de secours communautaires, composés à 80 % de femmes, ont pris contact avec les hommes en débattant de ces problèmes au cours des réunions de communauté, les jours de distribution de vivres, à l'église, durant les visites à domicile ou les visites rendues aux malades.

Le projet a eu pour résultat que femmes et enfants ont signalé plus souvent à la police les sévices sexuels, que les demandes de dépistage du VIH ont nettement augmenté et que le nombre de personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral a décuplé en l'espace d'une année. Un important succès a été obtenu : les dirigeants ruraux donnent maintenant aux femmes le droit de parler dans les réunions de communauté - fait sans précédent - parce qu'elles ont fait figure non seulement de distributrices de vivres, mais aussi de dépositaires de connaissances.

*"Je ne me suis jamais sentie aussi importante dans ma communauté. Avant d'être choisie comme membre du comité de distribution des vivres, je n'étais rien, et maintenant on vient me demander avis et aide", a dit une femme qui est maintenant une dirigeante reconnue de sa communauté.*

production de revenu<sup>50</sup>. Cette offre de conseils par des paires a aidé les femmes séropositives à comprendre leurs options dans le domaine de la santé en matière de procréation et à faire face aux difficultés qu'elles affrontent.

**L'ACCÈS DES FEMMES AU TRAITEMENT DU VIH/SIDA.** Les programmes destinés à prévenir la transmission mère-enfant du VIH offrent à de nombreuses femmes séropositives leur unique accès aux médicaments antirétroviraux. Dans les pays en développement, la plupart des programmes sont centrés sur la prévention de la transmission mère-enfant et n'offrent aucun bénéfice propre à la mère. En 2003, dans le monde entier, 2 % seulement des femmes enceintes reconnues séropositives après dépistage ont reçu des médicaments antirétroviraux pour améliorer leur santé<sup>51</sup>. En Afrique, 5 % seulement des femmes enceintes se voient offrir des services de prévention du VIH<sup>52</sup>. Certains nouveaux programmes insistent sur la santé et le bien-être de l'enfant et de la mère.<sup>53</sup>

Pour les riches dans les pays riches, les médicaments antirétroviraux ont dans une grande mesure transformé le VIH en une maladie chronique ne présentant pas de problèmes insurmontables. Mais, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 12 % seulement des individus atteints avaient accès au traitement à la fin de 2004<sup>54</sup>. Préoccupés de ce que les femmes, surtout si elles ne sont pas enceintes, pourraient se voir refuser accès au traitement du fait de la discrimination sexuelle, alors qu'il devient disponible, des groupes de

femmes, l'OMS et ONUSIDA ont demandé aux gouvernements de fixer des objectifs nationaux en matière d'égalité d'accès<sup>55</sup>.

**LA HONTE, LE BLÂME ET LE SIDA.** L'opprobre tue. La honte associée au sida est un obstacle majeur à sa prévention, et l'opprobre qui entoure les séropositifs est aggravé par la discrimination contre les femmes. Des centaines de milliers de femmes séropositives évitent les services de dépistage et de traitement par crainte d'être abandonnées et de tout ce qu'elles pourraient s'attirer de la part de leurs maris, familles, communautés et des prestataires de soins de santé<sup>56</sup>. Il y a certainement lieu de soupçonner les services de dépistage de manquer au devoir de confidentialité : les femmes découvrent parfois les dernières leur condition de séropositive - après leur mari et leur belle-famille<sup>57</sup>. Seulement 5 % des séropositifs sont informés de leur condition<sup>58</sup>, et le dépistage durant la grossesse est souvent le seul moyen pour une famille d'apprendre que le VIH a infecté l'un de ses membres. Même si elles ont été contaminées par leur mari, les femmes sont parfois blâmées pour "introduire le sida à la maison" et risquent de ce fait violence ou ostracisme<sup>61</sup>. Les prestataires de soins de santé refusent parfois aux femmes séropositives les soins appropriés durant et après l'accouchement. Il arrive aussi que des femmes refusent le traitement ou cessent de le suivre si le personnel médical ne les a pas bien traitées<sup>60</sup>.

De nombreux pays en développement luttent contre l'opprobre qui frappe les séropositifs en ouvrant des débats sur la maladie, étape essentielle pour encourager chacun à subir un dépistage et suivre un traitement. Une initiative régionale conduite dans sept pays arabes afin de faire mieux prendre conscience du VIH constitue l'un des programmes soutenus par l'UNFPA. En Ouzbékistan, un feuilleton télévisé à grand succès, qui a commencé en 2003, met l'accent sur des problèmes rencontrés dans la vie quotidienne, notamment l'abus des drogues, la prévention du VIH et la discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida. Dans huit pays d'Afrique et six pays d'Asie, l'UNFPA prête appui à des partenariats entre des réseaux radiophoniques et des organisations de santé à base communautaire dont le but est de produire des émissions dramatiques sur le VIH/sida<sup>61</sup>. De multiples partenaires soutiennent de nombreuses initiatives analogues dans l'ensemble du monde développé et du monde en développement, recourant aux médias et au dialogue à base communautaire pour triompher de la honte et de la discrimination qui perpétuent l'épidémie.

**L'AUTRE ÉPIDÉMIE : LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.** Les infections sexuellement transmissibles (IST) et les infections de l'appareil génital sont au nombre des causes les plus répandues de morbidité dans le monde entier. Environ

340 millions de nouveaux cas d'IST curables sont signalés chaque année<sup>62</sup>. Si l'on fait entrer en ligne de compte les infections incurables (dont le VIH), ce nombre doit être multiplié par trois. Les femmes sont plus exposées que les hommes à ces infections, pour des raisons socioculturelles et physiologiques, et elles souffrent hors de toute proportion de leurs graves conséquences, dont le cancer du col de l'utérus et la stérilité. Environ 70 % des femmes atteintes d'IST ne présentent aucun symptôme (contre 10 % des hommes)<sup>63</sup>, ce qui rend le diagnostic plus difficile chez les femmes. Quand des symptômes apparaissent, les femmes les acceptent souvent comme sans importance<sup>64</sup>. La présence d'IST peut aussi aggraver de deux à neuf fois le risque d'infection par le VIH<sup>65</sup>. Pourtant, 14 % seulement des personnes atteintes d'IST en Afrique subsaharienne ont eu accès à un traitement en 2003<sup>66</sup>. D'autre part, parce que les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, sont le plus répandues parmi les jeunes, leur prévention peut comporter des bénéfices à long terme pour la population active et assurer une productivité plus élevée<sup>67</sup>.

### Recueillir les avantages de la planification familiale

La liberté de choisir le nombre de ses enfants et le moment de leur naissance constitue un droit humain fondamental. Un meilleur accès à des méthodes de contraception sans danger et abordables est indispensable à la réalisation des OMD. La planification familiale a des avantages démontrés sur le plan de l'égalité des sexes, de la santé maternelle, de la survie des enfants et de la prévention du VIH. La planification familiale peut aussi réduire la pauvreté et promouvoir la croissance économique en améliorant le bien-être des familles, en augmentant la productivité des femmes et en abaissant le taux de stérilité (voir chapitre 2)<sup>68</sup>. Elle est l'un des investissements les plus sages et les plus rentables que tout pays puisse faire pour donner à sa population une meilleure qualité de vie. Un accès limité à la contraception, d'autre part, limite les possibilités offertes aux femmes de s'arracher à la pauvreté, ainsi que leurs familles.

S'inspirant des conventions antérieures relatives aux droits de l'homme, la CIPD de 1994 et la quatrième Conférence sur les femmes de 1995 ont placé la santé en matière de procréation, dont la planification familiale librement acceptée, au centre des initiatives visant à promouvoir les droits humains des femmes. Ce fut une rupture avec la ligne antérieure, qui

était davantage axée sur le ralentissement d'une croissance démographique rapide, dans certains cas aux dépens des droits des femmes. Citant les valeurs éthiques et les principes qui régissent les droits humains, les deux conférences ont affirmé que la liberté de prendre des décisions en matière de procréation est d'importance majeure dans la perspective de l'égalité des sexes et du développement durable.

### DES OBSTACLES À L'ACCÈS : LA PAUVRETÉ ET LA DISCRIMINATION SEXUELLE

Depuis que des méthodes fiables sont devenues disponibles dans les années 60, le taux d'utilisation des contraceptifs modernes n'a cessé d'augmenter, atteignant 54 % de toutes les femmes actuellement mariées ou vivant dans une union stable. Ce taux s'élève jusqu'à 61 % si l'on tient compte des méthodes traditionnelles<sup>69</sup>. C'est pourquoi les taux de fécondité continuent de baisser. Dans le monde en développement, le taux total de fécondité – nombre

moyen de naissances par femme – est tombé de plus de six par femme dans les années 60 à moins de trois aujourd'hui. Cependant, la fécondité demeure élevée dans les pays les moins avancés, avec cinq enfants par femme<sup>70</sup>.

La conjonction d'une fécondité élevée et d'une pauvreté endémique dans les pays en développement a pour effet d'approfondir la pauvreté en ralentissant la croissance économique, en accroissant les coûts des soins de santé, de l'éducation et des autres besoins fondamentaux, en diminuant la productivité féminine et en réduisant le revenu et l'épargne. La baisse de la fécondité, d'autre part, peut accélérer la réduction de la pauvreté, surtout si elle se conjugue avec des politiques sociales et économiques favorables<sup>71</sup>. Certains des pays les plus pauvres du monde n'ont réalisé que des progrès lents, voire hésitants, au cours des 30 dernières années s'agissant d'améliorer l'accès aux contraceptifs. Dans 21 des pays les plus pauvres d'Afrique subsaharienne, le taux total de fécondité est demeuré élevé ou n'a que légèrement diminué depuis les années 70<sup>72</sup>.

L'utilisation des contraceptifs est inégale, tant entre les pays qu'à l'intérieur de chaque pays. Elle varie selon le revenu, le niveau d'éducation, l'appartenance ethnique, la proximité des dispensaires et la vigueur des programmes de planification familiale. En Afrique, 27 % seulement des femmes mariées utilisent une méthode de contraception quelconque et 20 % seulement recourent aux méthodes modernes les plus efficaces. Et, dans certaines parties du continent, la proportion tombe à moins de 5 % pour les

*“L'inégalité des sexes et les rôles sexospécifiques sont dans de nombreux contextes les facteurs les plus importants de la vulnérabilité au VIH. En fait, il est impossible de comprendre l'épidémie de sida, ni de mettre au point des réactions efficaces, sans tenir compte des voies par lesquelles l'identité sexuelle influe sur la diffusion de la maladie, son impact et le succès des efforts de prévention.”*

— Projet du Millénaire, Lutter contre le sida dans le monde en développement

## 15 OBSTACLES SEXOSPÉCIFIQUES FRÉQUENTS À L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS

- Au niveau des *politiques et lois*, les responsables peuvent ne pas accorder un rang de priorité élevé au financement des services de contraception parce qu'ils voient dans la planification familiale un "programme de femmes". Certains pays limitent l'utilisation de certaines méthodes. Il arrive aussi que la législation oblige une femme à obtenir la permission de son mari pour utiliser certaines méthodes, et les adolescentes au-dessous d'un certain âge à obtenir l'assentiment des parents.
- Dans les *centres de santé*, il arrive que des prestataires de services animés d'un préjugé ne proposent pas un éventail de choix contraceptifs, sous le prétexte qu'une femme ne les comprendra pas ou qu'elle fera un "mauvais" choix. Des prestataires croient à tort que certaines méthodes de contraception causent la stérilité et ne les fournissent qu'aux femmes qui ont déjà eu des enfants.

*"[L'infirmière] m'a dit que si je ne voulais pas la pilule, alors elle ne recommanderait rien d'autre."*

— Une femme zambienne

- Au *niveau communautaire*, les contraceptifs peuvent susciter la désapprobation parce qu'ils encourageraient les femmes à avoir de nombreux partenaires, préoccupation non exprimée pour les hommes.

- Au *niveau des individus et couples*, certaines femmes peuvent craindre la désapprobation de leur mari, voire des actes hostiles de sa part si elles utilisent des contraceptifs. Pour de nombreux couples, il est difficile d'aborder ce sujet.

*"Mon mari savait la vérité au sujet des pilules. Je lui en ai parlé et il s'y est toujours opposé. Nous avons presque rompu pour cette raison."*

— Une femme guatémaltèque

- Les *jeunes femmes*, si elles sont mariées, sont souvent supposées "démontrer" leur capacité de procréer à leur mari et à leurs familles; si elles ne sont pas mariées, elles sont souvent supposées s'abstenir de rapports sexuels.

*"J'ai essayé d'obtenir quelques tablettes, mais on m'a chassé du dispensaire. Je crois que c'est parce que j'avais l'air très jeune."*

— Une élève d'école secondaire au Zimbabwe

- Les *hommes* sont souvent exclus des programmes de planification familiale parce que ceux-ci sont conçus pour les femmes et fonctionnent dans le cadre des services de santé maternelle et infantile.

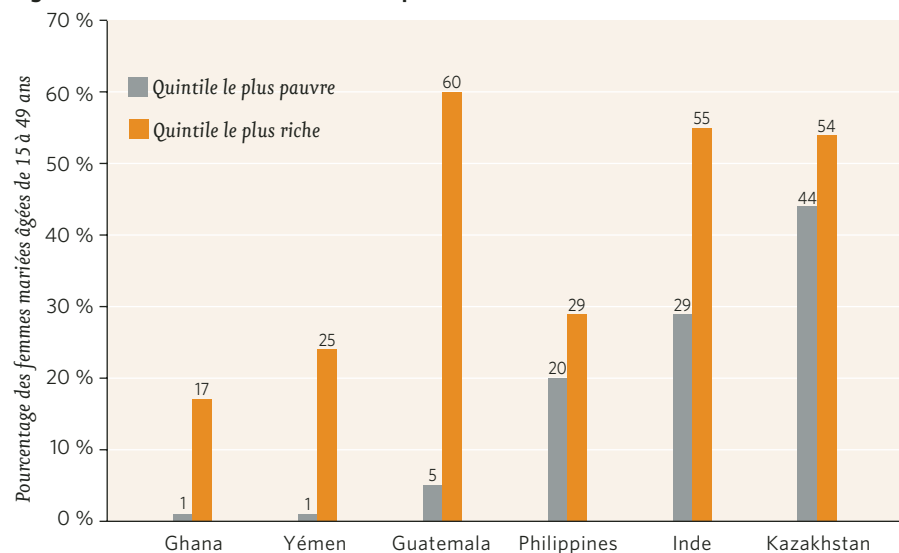
méthodes modernes<sup>73</sup>. Les femmes les plus aisées utilisent la contraception quatre fois plus souvent que les plus pauvres; dans certains pays, 12 fois plus souvent (voir figure 4). Au niveau mondial, environ 201 millions de femmes n'ont pas accès à des contraceptifs efficaces, mais beaucoup d'entre elles pratiqueraient la planification familiale si elles en avaient le choix<sup>74</sup>.

Au-delà des bénéfices sociaux et économiques de la planification familiale au macroniveau, les études ont établi que les femmes qui planifient leurs familles en tirent des avantages personnels, psychologiques et économiques. En Bolivie, l'utilisation des contraceptifs est associée au fait d'avoir un emploi rémunéré hors du domicile. À Cebu (Philippines), les femmes qui ont eu une à trois grossesses voient leur revenu

moyen augmenter deux fois plus vite que les femmes qui ont eu plus de sept grossesses<sup>75</sup>. Les programmes de planification familiale offrent aussi aux gouvernements l'occasion de réaliser une épargne tangible et appréciable.

Plusieurs facteurs retentissent sur la demande de contraception. Des obstacles d'ordre social, culturel et sexospécifique peuvent empêcher une femme de suivre ses préférences en matière de procréation (voir encadré 15). Les femmes analphabètes ou n'ayant qu'une éducation limitée connaissent souvent peu leur propre corps et sont encore moins informées de la planification familiale. Les conceptions erronées et les mythes abondent concernant la grossesse et les méthodes de contraception<sup>76</sup>.

**Figure 3 : Utilisation des contraceptifs en fonction du niveau de richesse**



Source : Banque mondiale, 2004, *Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries*



## 16 OÙ SONT LES PRÉSERVATIFS?

Environ cinq milliards de préservatifs ont été distribués en 2003 pour prévenir le VIH. Mais il en fallait bien davantage – un chiffre estimatif de 13 milliards – pour aider à freiner la diffusion du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. En 2003, le soutien des donateurs équivalait au prix d'un préservatif par an pour chaque homme d'âge procréateur dans le monde en développement. En Afrique subsaharienne, région qui reçut la plus grande part de cet appui, les contributions des donateurs ont fourni six préservatifs par an pour chaque homme.

La pénurie de préservatifs est alarmante. Ils constituent le seul moyen efficace de protéger les individus sexuellement actifs de l'infection par le VIH. S'ils sont utilisés de manière régulière et correcte, les préservatifs constituent aussi un moyen de contraception pour tous ceux qui n'ont qu'un accès limité aux soins de santé et à des méthodes plus efficaces. Selon les prévisions, le coût du nombre de préservatifs nécessaires pour freiner l'épidémie du sida atteindrait 590 millions de dollars d'ici à 2015. C'est à peu près trois fois le coût actuel des préservatifs. Le Brésil, la Chine et l'Inde suffisent à leurs propres besoins à cet égard, mais d'autres pays en développement doivent les importer, acquittant leur prix avec les rares ressources en devises qui sont nécessaires pour la nourriture, les médicaments et d'autres produits de première nécessité.

Généralement, les hommes veulent plus d'enfants et les veulent plus tôt que les femmes et, en de nombreux cas, ce sont eux qui décident en premier lieu du nombre d'enfants<sup>77</sup>. Les normes sociales en matière de fécondité et de virilité et la médiocrité de la condition des femmes font que beaucoup de femmes et d'hommes s'abstiennent de recourir à la planification familiale.

### DE MÊME QUE LA DEMANDE, LES PÉNURIES AUGMENTENT.

De nombreux pays en développement affrontent des pénuries critiques de contraceptifs et de préservatifs. Cela tient à plusieurs raisons : augmentation du nombre des utilisateurs (due à la croissance démographique), augmentation de la demande (due au désir d'avoir moins d'enfants), diffusion du VIH/sida (qui absorbe des ressources substantielles), et diminution du financement par les donateurs<sup>78</sup>.

Un certain nombre de pays en développement sont en mesure de couvrir les coûts des contraceptifs, mais la plupart manquent des devises étrangères et des capacités de production pour couvrir leurs propres besoins sans l'assistance des donateurs. Selon les évaluations, le coût des contraceptifs et des préservatifs passera d'un milliard à 1,6 milliard de dollars entre 2004 et 2015, alors qu'un vaste écart existe déjà entre les coûts prévus et le financement par les donateurs. Entre-temps, l'épidémie du sida signifie que les pénuries de fournitures – non seulement des préservatifs masculins et féminins, mais des autres produits de santé en matière de procréation, comme les traitements d'IST et les trousses de dépistage du VIH – posent un problème d'autant plus urgent.

## 17 CHANGER LA VIE DANS LES COMMUNAUTÉS DU ZIMBABWE

Le Zimbabwe a l'un des taux de prévalence du VIH les plus élevés du monde : 25 % de la population. Près d'un million de femmes sont séropositives. Les jeunes femmes représentent deux tiers de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH dans le groupe d'âge 15-24 ans. L'UNFPA-Zimbabwe travaille à améliorer la condition sociale et économique des femmes dans le but de les mettre mieux en mesure de se protéger.

Dans le district de Ruheri, des femmes sont formées à la communication et à la négociation et diffusent le message d'égalité des sexes à l'occasion de mariages et de rencontres amicales, dans les écoles, aux centres de distribution de vivres et lors de réunions publiques. La résistance initiale des hommes, née de la crainte que ces changements ne poussent les femmes à avoir davantage de partenaires, a été surmontée par le dialogue avec des groupes clés et les dirigeants traditionnels. En 2004, le projet a dépassé l'attente avec une augmentation de la distribution des préservatifs masculins et féminins de 50 % et 20 %, respectivement, atteignant ainsi un chiffre total de 47 423 personnes.

À Mutare, la présence de travailleurs de l'industrie du sexe est un fait d'expérience quotidienne. Les autorités ont décidé voici 13 ans de former ces travailleurs à la fonction de pairs-éducateurs concernant la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Ils sont encouragés à utiliser et distribuer des préservatifs à leurs clients et aux autres travailleurs, à informer la communauté des méthodes de prévention et à aiguiller vers un traitement ceux qui en ont besoin. En 2003, le projet a atteint 1 177 128 femmes et 736 981 hommes. Les infirmières de dispensaire signalent une baisse régulière des IST – qui va de 6 à 50 %, selon les quartiers –, avec plus de 5,7 millions de préservatifs distribués. Cette initiative a changé des vies : la majorité des pairs-éducateurs ont quitté l'industrie du sexe pour des activités d'entreprise. Comme l'a dit Caroline, ancienne travailleuse de l'industrie du sexe : "Sans ce projet, je serais morte du sida depuis longtemps."

**ÉLARGIR LE CHOIX DES CONTRACEPTIFS.** La CIPD a demandé que tous aient accès à un éventail complet de méthodes de planification familiale. Cependant, dans la plupart des pays, une ou deux méthodes dominent. Trois méthodes – stérilisation féminine, dispositifs intra-utérins et contraceptifs oraux – représentent la plus grande partie de la contraception au niveau mondial<sup>79</sup>. Des contraceptifs actuellement en cours de mise au point, dont une méthode hormonale pour les hommes, s'ajouteront peut-être bientôt à l'ensemble de choix offerts dans les pays riches. Mais de nombreuses années s'écouleront avant qu'ils soient disponibles dans les pays en développement<sup>80</sup>. En attendant qu'un vaccin contre le VIH et les microbicides soit disponible, l'élargissement de l'accès au préservatif féminin constitue le seul autre moyen d'offrir aux femmes une protection contre le VIH qu'elles contrôlent. Comme il exige encore la coopération des hommes, il est nécessaire d'informer ceux-ci et de les sensibiliser à son utilisation<sup>81</sup>.



# 5 Le voyage sans cartes : adolescents, pauvreté et identité sexuelle

*“Certains groupes pensent que nous sommes trop jeunes pour savoir. Mais ils doivent savoir que nous sommes trop jeunes pour mourir”*

— Hector, 20 ans, Hondurien, membre du programme Global Youth Partners (UNFPA)

L'actuelle génération de jeunes est la plus nombreuse qui soit jamais apparue. Près de la moitié de la population du monde – plus de 3 milliards de personnes – est âgée de moins de 25 ans. Quatre-vingt-cinq pour cent des jeunes vivent dans les pays en développement<sup>1</sup>. Beaucoup d'entre eux atteignent l'âge adulte en proie à la pauvreté et affrontent le péril du VIH et du sida. Près de 45 % de tous les jeunes – 515 millions – survivent avec moins de 2 dollars par jour<sup>2</sup>.

Dans le monde des jeunes, les adolescents traversent plus que les autres une phase de formation. Ces 1,2 milliard d'adolescents âgés de 10 à 19 ans<sup>3</sup> regorgent d'énergie et de possibilités. Leurs esprits sont ouverts à l'acquisition de connaissances, à l'apprentissage de savoir-faire et à l'assimilation de valeurs. Leurs attitudes ne sont pas encore définitivement fixées. Ils ont besoin de posséder des aptitudes professionnelles et d'autres nécessaires à la vie et d'avoir accès à l'information et aux services de santé en matière de procréation, tant pour leur propre bien-être qu'afin de pouvoir participer plus pleinement au développement de leurs pays respectifs.

Les adolescents ne sont pas mentionnés dans la Déclaration du Millénaire et en grande partie invisibles dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Néanmoins, parce qu'ils représentent une importante proportion des pauvres du monde, leur existence même retentit sur tous les objectifs, qui de même en subissent l'influence. Tout au long des 10 prochaines années, les adolescents d'aujourd'hui participeront à la réalisation des OMD. À la date limite de 2015, ceux qui ont aujourd'hui 10 ans en auront 20 et seront prêts à assumer pleinement le rôle d'agents du développement. Les décisions concernant l'éducation, la santé, l'emploi et les droits humains des jeunes d'aujourd'hui auront aussi un effet sur la prochaine vague des 1,2 milliard d'enfants qui seront des adolescents en 2015<sup>4</sup>. Les décisions prises – ou les occasions manquées – aujourd'hui se répercuteront sur les générations à venir<sup>5</sup>.

## L'adolescence : des chances et des risques

Les adolescents ne font pas tous la même expérience; leur expérience individuelle dépend de nombreux facteurs, à savoir

le sexe, le lieu de résidence, le contexte socioculturel, la situation économique et la situation matrimoniale. L'adolescent est-il protégé et abrité par une famille qui favorise son épanouissement, ou tente-t-il de survivre avec une aide faible ou inexistante, comme de nombreux orphelins du sida? C'est là une variable capitale. La présente génération grandit d'autre part dans un univers de plus en plus mondialisé, qui lui présente un nouvel ensemble de défis et de possibilités<sup>6</sup>.

Tandis que des millions d'adolescents trouvent affection et soutien dans leur environnement et bénéficient de possibilités et d'une liberté élargies, des millions d'autres affrontent des menaces dans leur passage à l'âge adulte. La pauvreté aggrave les défis et les risques inhérents à l'adolescence et elle contraint de nombreux parents à mettre leurs enfants au travail, souvent au prix de grands dangers. Beaucoup de filles et de garçons n'ont pas la chance de recevoir une éducation.

Dans les zones urbaines, les garçons en particulier peuvent être contraints par la pauvreté à survivre sans autre domicile que la rue. Dans les situations de conflit, les adolescents des deux sexes sont souvent recrutés par des forces rebelles armées comme soldats, domestiques réduits à une condition servile et esclaves sexuels. Les adolescentes affrontent d'autres risques d'être exploitées et victimes de sévices, et font actuellement l'objet d'un trafic qui les

### 18 DÉFINITION DES TERMES

L'emploi et les sens des termes “jeunes”, “jeunesse”, et “adolescents” varient dans les différentes sociétés, en fonction du contexte politique, économique et socioculturel. On suivra dans ce rapport les définitions ci-après, adoptées par l'ONU :

- Adolescents : 10-19 ans (première adolescence : 10-14 ans; seconde adolescence : 15-19 ans)
- Jeunesse : 15-24 ans
- Jeunes : 10-24 ans

réduit à l'esclavage sexuel à une échelle sans précédent (voir chapitre 7)<sup>7</sup>.

**POUR LES FILLES, MOINS DE CHANCES ET D'AVANTAGE DE RISQUES.** Les attentes imposées en fonction de leur sexe influent dans une large mesure sur l'expérience que tous ont de l'adolescence<sup>8</sup>. Les filles sont souvent dans une position défavorisée. Quand elles atteignent la puberté, les idées préconçues à leur sujet les exposent plus que les garçons à quitter l'école, à subir des violences sexuelles ou à être mariées dès l'enfance. Les libertés et perspectives des garçons peuvent s'élargir, tandis que c'est souvent l'opposé pour les filles<sup>9</sup>. Durant cette période, la différence de traitement peut devenir plus prononcée, les filles étant formées à devenir épouses et mères, et les garçons préparés à assurer la subsistance de leur famille. Habituellement, on attend des filles une attitude passive, tandis que les garçons sont encouragés à donner l'impression qu'ils sont pleins de force et maîtrisent la situation. Les attentes placées dans les garçons peuvent contribuer à développer en eux un comportement agressif ou risqué, ce qui a des effets nuisibles pour eux-mêmes et pour autrui (voir chapitre 6).

L'adolescence apporte à de nombreuses filles, surtout celles qui vivent dans la pauvreté, davantage de risques et moins de liberté. Une nouvelle recherche conduite dans la province la plus peuplée d'Afrique du Sud, le KwaZulu-Natal, établit que si la pauvreté a une influence négative sur la santé et le comportement de tous les jeunes, son impact est plus marqué sur les jeunes femmes, qui ont moins accès à l'information et un moindre pouvoir de négociation pour influencer sur les décisions, même pour se protéger elles-mêmes du VIH<sup>10</sup>. Les filles quittent l'école en plus grand nombre que les garçons, soit parce qu'elles sont enceintes, soit pour prendre leur part des responsabilités du foyer et de l'éducation des enfants ou soigner les membres de la famille malades<sup>11</sup>. Cet état de choses se traduit par les taux d'alphabétisation moins élevés des jeunes femmes : 63 % des 137 millions de jeunes analphabètes, dans le monde entier, sont de sexe féminin<sup>12</sup>. Les adolescentes affrontent des risques plus élevés de subir des pratiques nuisibles et de jouir d'une santé médiocre en matière de procréation, et elles sont particulièrement exposées au risque de contracter le VIH. Dans certaines sociétés, il est interdit aux filles d'avoir des contacts avec les garçons et leur liberté de jouer ou de se déplacer à l'extérieur de la maison familiale est strictement limitée. Pour les millions de filles qui se marient jeunes, l'enfance prend fin soudainement.

La manière dont les adolescents perçoivent leur propre valeur et leur propre potentiel est fortement influencée par les membres de la famille, les amis, l'école, la communauté et les médias. Les parents et les autres adultes membres de la communauté peuvent fournir une orientation bienveillante

## 19 LA VIE DES FILLES DANS LES ZONES RURALES D'AFRIQUE

Une recherche participative menée au Burkina Faso, au Mali et au Sénégal a permis d'orienter les efforts de Family Care International et de l'UNFPA pour répondre aux besoins et satisfaire aux droits des adolescentes en milieu rural. Elle a dégagé quelques aperçus importants sur leurs vies :

**Éducation :** Au Mali, les filles croient à l'éducation, mais 72 % d'entre elles n'ont jamais été scolarisées dans les zones rurales. L'éducation est souvent interrompue par un mariage forcé ou un mariage d'enfants, par le coût et la distance des écoles secondaires, et par la coutume qui impose aux filles des zones rurales de passer une année à la ville à servir comme domestique pour gagner l'argent nécessaire à leur trousseau de mariage. "Notre village n'a jamais produit une seule diplômée. Pour nous l'éducation est un rêve lointain", a dit une Malienne de 18 ans. "Une fille n'a pas vraiment besoin de recevoir une éducation, car elle quittera de toute manière ses parents pour fonder une famille ailleurs et les avantages de son éducation bénéficieront à d'autres", a dit un parent. Cette manière de voir a trouvé un large écho dans la communauté.

**Santé en matière de procréation :** Dans les trois pays cités, les filles reçoivent souvent des informations propres à les troubler et à les effrayer sur la puberté et la menstruation. Les services et l'information dans le domaine de la santé en matière de procréation sont rudimentaires concernant la puberté et la planification familiale. Moins de 30 % des filles et des femmes des zones rurales donnent naissance en présence d'une accoucheuse qualifiée, et beaucoup ont peur de s'adresser aux centres médicaux du voisinage. "Nous n'allons pas à la maternité pour avoir nos bébés", a dit une fille mariée du Mali, "parce que la sage-femme nous traite durement et crie pendant l'accouchement. De plus, il n'y a jamais aucun médicament et les lits sont sales. Nous préférons avoir nos bébés à domicile."

**Moyens d'existence :** Les filles des zones rurales travaillent dur pour contribuer aux ressources du ménage, mais leurs perspectives de sécurité économique sont limitées par leur manque d'éducation, le mariage et les maternités dès l'enfance, le manque de mobilité et la pauvreté de l'environnement rural.

et favoriser la compréhension entre générations à l'heure où les adolescents abordent les nouveaux problèmes de leur vie. Élever filles et garçons à se respecter les uns les autres, à aspirer également à des perspectives favorables dans l'éducation et le travail, et à attendre de leurs relations et du conjoint un traitement équitable aide à édifier des familles solides et à faire progresser les objectifs de développement.

**UN CHAÎNON MANQUANT DANS LES POLITIQUES ET LES BUDGETS.** De nombreux programmes sont centrés sur la santé des enfants et l'enseignement primaire, mais les besoins des adolescents retiennent rarement l'attention. Les lacunes qui en résultent dans les politiques privent les adolescents d'un appui qui leur serait fort nécessaire. En même temps, les pays risquent de perdre le profit de leurs investissements

antérieurs dans les enfants. Par exemple, tandis que les efforts de la communauté internationale ont porté avant tout sur l'enseignement primaire, c'est l'enseignement secondaire et supérieur – surtout pour les filles – qui est d'une rentabilité particulièrement élevée pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique, la santé en matière de procréation et les OMD dans leur ensemble<sup>13</sup>.

Les adolescents ont souvent été laissés à l'écart des politiques de réduction de la pauvreté, mais il se peut que cela change : 17 des 31 pays ayant achevé un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (PRSP) en 2002 et 2003 ont consacré à la jeunesse une attention considérable<sup>14</sup>. Toutefois, six seulement d'entre eux ont vu dans la jeunesse un groupe spécifique souffrant de la pauvreté<sup>15</sup>.

Bien que de nombreux pays aient élaboré des politiques ou programmes pour la jeunesse, peu donnent aux préoccupations qui la concernent l'attention concertée et soutenue qu'elles méritent. Les budgets sont limités et la part du financement affectée aux jeunes est rarement quantifiée. Les pays ne disposent pas de données ventilées par sexe fiables sur les adolescents et la jeunesse, notamment concernant la pauvreté, ni d'informations attestant les avantages, sur le plan de la macroéconomie et du développement, d'investir dans les adolescents<sup>16</sup>. D'après une évaluation patronnée par l'UNFPA et portant sur neuf pays, quand les gouvernements collectaient des données fiables sur les jeunes, l'attention publique suivait bientôt<sup>17</sup>.

**SE MONTRER RESPONSABLES ENVERS LES JEUNES.** Traditionnellement, les adolescents n'ont pas eu part aux décisions qui retentissent sur leurs vies. Toutefois, les gouvernements nationaux, les ONG et les institutions des Nations Unies font une place croissante aux jeunes dans la prise de décisions et dans les groupes consultatifs, aux niveaux tant mondial que national. L'UNFPA, par exemple, a institué en 2004 un Groupe consultatif de la jeunesse conçu comme instance ouverte à la participation des jeunes. Ce groupe conseille le Fonds sur la meilleure manière de répondre aux besoins et de satisfaire aux droits des jeunes dans les plans et programmes nationaux de développement qu'il soutient<sup>18</sup>. La Fédération internationale pour la planification familiale compte des jeunes parmi les membres de son comité directeur<sup>19</sup>.

Au Nicaragua, une consultation d'ampleur nationale avec les adolescents, appuyée par l'UNFPA et l'UNICEF, a conduit le Gouvernement à adopter une politique d'ensemble de la jeunesse<sup>20</sup>. Au Panama, le Pacte national pour les jeunes de 1999 a suscité des engagements publics de la part des candidats à la présidence et contribué à la mise en place d'un plan national pour la jeunesse, processus soutenu par l'UNFPA<sup>21</sup>. En Tunisie, des consultations nationales qui se tiennent tous les cinq ans sous l'égide du Président ont vu participer des

dizaines de milliers de jeunes. En Inde, l'UNFPA a collaboré avec le parlement national et ONUSIDA pour organiser une session extraordinaire du parlement des jeunes sur le VIH/sida, à laquelle ont participé en 2004 environ 3 000 étudiants. Durant cette session extraordinaire, les dirigeants des jeunes ont délibéré sur la législation proposée en présence de dirigeants politiques de premier rang.

Une approche de la réduction de la pauvreté fondée sur les droits impose de prêter attention aux besoins des plus vulnérables et des plus marginalisés. Pourtant, la voix des groupes négligés d'adolescents est rarement entendue au cours des délibérations de politique générale. Avec le soutien de l'UNICEF, des groupes de jeunes venus des taudis et des mauvais lieux du Bangladesh, victimes de sévices et du trafic des humains, ont influé sur la formulation du plan national d'action contre les sévices sexuels et l'exploitation des enfants<sup>22</sup>. L'UNFPA a aussi prêté appui à des activités novatrices qui visent à donner une voix à des groupes particulièrement exclus et à leur étendre le bénéfice d'une éducation et de services dans le domaine de la santé en matière de procréation. Il s'agit notamment de jeunes handicapés en Jamaïque<sup>23</sup>; de jeunes gitans en Bulgarie; de jeunes appartenant à des ethnies minoritaires au Laos<sup>24</sup>; et d'adolescents appartenant à des groupes autochtones au Panama<sup>25</sup>.

Une mesure décisive peut consister à écarter les obstacles législatifs à la participation des groupes de plaidoyer pour la jeunesse et à officialiser les mécanismes pertinents. En Bulgarie, par exemple, des parlements de jeunes sont adjoints aux gouvernements locaux. Au Costa Rica, la loi-cadre de 2002 sur les jeunes a autorisé l'Assemblée nationale de la jeunesse, réseau de comités locaux de jeunes, à élaborer une politique nationale de la jeunesse. L'UNFPA a prêté un appui décisif aux larges consultations que le Vice-Ministre de la jeunesse a tenues avec des jeunes du pays entier, lesquelles ont débouché à leur tour sur la politique inclusive et fondée sur les droits que le Costa Rica a adoptée en 2003<sup>26</sup>. Au Mozambique, la politique pour la jeunesse, conçue en 1996, a conduit à légaliser les organisations de jeunes et à créer le Conseil national de la jeunesse qui a donné dans les débats gouvernementaux une voix aux 120 organisations de jeunes dont il se compose. Le Kenya a officiellement institué un Parlement des enfants, où siègent des représentants âgés de moins de 21 ans qui font fonction de ministres pour chaque domaine d'action gouvernemental<sup>27</sup>.

**INVESTIR DANS LES JEUNES.** Combien parmi les jeunes d'aujourd'hui grandiront pour devenir des citoyens en bonne santé et productifs? Combien s'enfonceront davantage dans la mauvaise santé et la détresse économique? Ne pas faire l'investissement nécessaire dans les jeunes d'aujourd'hui, c'est préparer des répercussions à long terme sur les existences

## 20 DES MAISONS COMMUNALES POUR LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES : CONFÉRER DES MOYENS D'ACTION AUX COMMUNAUTÉS DU NICARAGUA

Le Nicaragua, pays où 65 % de la population sont âgés de moins de 25 ans, a l'un des taux de fécondité adolescente les plus élevés d'Amérique. Six adolescents sur 10 seulement sont scolarisés et la moitié seulement de ces six aborde l'enseignement secondaire. Depuis 1998, l'UNFPA a œuvré avec des partenaires locaux pour ouvrir des Maisons (Casas) des adolescents et des jeunes dans 21 communes qui réunissent 25 % des adolescents du pays.

Les Casas promeuvent les droits et la participation des jeunes, ainsi que l'importance de conférer aux communautés des moyens d'action et de lan-

cer le dialogue entre les générations. Les adolescents y reçoivent une information et une formation concernant la santé en matière de procréation, la violence, la toxicomanie et les savoir-faire professionnels, et assurent une prise de contact avec les communautés et les médias au sujet de la santé et des droits en matière de procréation.

On a obtenu de bons résultats en mettant les jeunes en mesure de prendre en charge leur propre destin. Ceux qui reçoivent une formation d'animateurs et de pairs conseillers jouent un rôle social plus actif dans leur communauté. Les jeunes ont modifié leurs attitudes au sujet des

stéréotypes et rôles sexospécifiques nuisibles. De 1989 à 2003, le taux d'utilisation des pratiques destinées à prévenir la grossesse est passé de 66 à 83 % et le taux de celle des contraceptifs de 52 à 80 %.

*"La Maison communale pour adolescents est un endroit où je sens ma propre importance et où j'enseigne aux autres à sentir la leur ... C'est un endroit où j'apprends à organiser des activités et où je ne finis jamais d'apprendre. Bref, c'est une occasion unique".*

—Michael, adolescent de la commune d'Estelí—Bureau de pays de l'UNFPA au Nicaragua

individuelles, les systèmes de santé, la sécurité, la démographie, l'économie et le développement<sup>28</sup>. Mais on assurera l'avenir en agissant aujourd'hui pour remédier aux disparités entre les sexes, à la pauvreté et à l'impuissance. L'Équipe de travail du Projet du Millénaire sur l'éducation et l'égalité des sexes recommande de donner priorité dans ces investissements aux adolescentes qui vivent dans la pauvreté.

**Les jeunes qui, au nombre de 1,5 milliard, représentent 29 % de la population des régions les moins avancées ont droit à une part équitable des ressources<sup>29</sup>.** Cet argument a encore plus de poids dans les pays les plus pauvres, où la proportion des jeunes dans la population est la plus élevée<sup>30</sup>; dans les pays caractérisés par de fortes inégalités structurelles sur le plan socioéconomique; et dans les pays sortant d'une guerre, où de nombreux jeunes ont combattu ou ont perdu leurs parents.

**Investir dans les jeunes n'est pas seulement une priorité s'agissant de faire progresser les droits humains et la réduction de la pauvreté, mais pourrait aussi générer une "prime démographique."** Selon les prévisions, la population des 50 pays les plus pauvres fera plus que doubler d'ici à 2050, passant de 800 millions en 2005 à 1,7 milliard<sup>31</sup>. Avec des investissements plus élevés dans leur éducation, leur santé en matière de procréation, l'acquisition de compétences professionnelles et les possibilités d'emploi, ces jeunes peuvent être une source de productivité accrue<sup>32</sup>. En permettant aux jeunes couples de choisir le moment de se marier et d'avoir des enfants, on leur donnera un contrôle accru sur leur propre vie, ce qui débouchera probablement sur des familles comptant moins d'enfants et sur un ralentissement de la croissance démographique. La conjonction d'une population active plus nombreuse et de personnes à charge, vieilles comme jeunes, relativement moins nombreuses offre une occasion unique d'investissement et de croissance économique, comme les pays d'Asie

de l'Est l'ont découvert (voir chapitre 2). Inversement, négliger de répondre aux besoins des jeunes pourrait rendre la pauvreté encore plus indéracinable et bloquer le développement pour des dizaines d'années.

**Faire les investissements voulus dans les jeunes peut réduire le risque de violence et de troubles civils.** Les jeunes hommes contribuent dans une proportion écrasante à la criminalité violente<sup>33</sup>. Sur la base de données en provenance de 145 pays, la recherche montre que la présence de nombreux groupes de jeunes hommes qui ont de faibles chances de recevoir une éducation et de trouver un emploi décent aggrave le risque de troubles civils et de conflit armé<sup>34</sup>. Investir dans l'éducation peut réduire les risques, mais seulement à condition de créer simultanément des emplois pour les groupes nombreux des jeunes qui ont reçu une éducation<sup>35</sup>.

Les investissements dans les jeunes peuvent non seulement détourner les risques individuels, mais aussi permettre d'épargner des milliards de dollars en productivité perdue et en dépenses publiques directes – résultat des abandons scolaires, des grossesses d'adolescentes, de la consommation de drogues, de la criminalité et du VIH/sida. Ils rapporteront aussi des dividendes à long terme aux sociétés et aux économies<sup>36</sup>.

### La santé en matière de procréation dans la vie des adolescents et des jeunes

Les accords internationaux sur les droits humains adoptés au cours des 15 dernières années défendent la cause de la santé et des droits des adolescents en matière de procréation. La Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant, instrument des droits humains le plus universellement accepté, garantit les droits des enfants et des adolescents, notamment celui d'être à l'abri de la discrimination, des sévices et de l'exploitation; la participation aux décisions qui retentissent sur leurs vies; le respect de la vie privée; et l'accès à l'éducation, à l'information et aux services de santé pour leur

bien-être. Tous ces droits ont des implications directes pour la santé des adolescents en matière de procréation. En 1994, les gouvernements se sont engagés pour la première fois à répondre aux besoins et aux droits des adolescents dans le domaine de la santé en matière de procréation à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). À la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995, les gouvernements ont réaffirmé cet engagement et ont mis en particulier l'accent sur la petite fille. Le Programme d'action mondial pour les jeunes jusqu'à l'an 2000 et au-delà (1995) a cimenté un agenda mondial d'action dans les domaines critiques qui affectent directement le progrès vers la réalisation des OMD. Les comités chargés de contrôler le respect des traités internationaux ont également promulgué des recommandations sur la santé et les droits des adolescents en matière de procréation et exprimé une inquiétude particulière devant la situation des adolescentes<sup>37</sup>.

Plusieurs pays ont adopté des politiques et des lois pour veiller à la santé des jeunes en matière de procréation. En Albanie, l'éducation et les services de santé en matière de procréation destinés aux adolescents sont gratuits<sup>38</sup>. Le Kirghizistan protège le droit des jeunes à recevoir des soins de santé en matière de procréation<sup>39</sup>. Au Bénin, la loi exige que des services distincts soient réservés aux adolescents dans le domaine de la santé en matière de procréation<sup>40</sup>. Le Panama reconnaît le droit des adolescentes enceintes de recevoir des soins de santé, d'être informées de leurs droits et de poursuivre leur éducation<sup>41</sup>. La Colombie protège désormais expressément le droit des adolescents – y compris ceux déplacés par le conflit interne – à la contraception<sup>42</sup>. De nombreux pays ont institué un âge minimum du mariage, comme le demandait la Convention de 1962 sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages<sup>43</sup>. Des politiques et lois visant à lutter contre le trafic des humains et la violence, par exemple celles du Bangladesh, du Niger et des Philippines, interdisent aussi le mariage des enfants et le mariage forcé des femmes et des filles en échange d'argent ou de biens<sup>44</sup>.

Au cours de la dernière décennie, un mouvement mondial de la jeunesse en cours de développement et l'épidémie du sida ont contribué à amplifier les efforts visant à fournir aux jeunes une éducation et des services de santé en matière de procréation. La pressante nécessité de rendre les services de santé en matière de procréation plus accueillants aux jeunes est très généralement reconnue. Les communautés interviennent de manière plus efficace, par exemple en travaillant à effacer l'opprobre associé aux services de santé en matière de procréation destinés aux adolescents. Le rôle important des parents est valorisé par l'information qui leur est donnée sur les risques qu'affrontent leurs enfants et sur leurs besoins et leur droit à l'information, dont peuvent dépendre leur

bien-être et, dans le cas du VIH, leur survie même. Dans un district du Ghana, "Un moment avec grand-mère" ("Time with Grandma") est une initiative issue du cadre culturel qui permet d'atteindre les adolescentes par l'intermédiaire des "reines mères" traditionnelles. On forme actuellement ces femmes, qui sont des dirigeantes dans leurs communautés et des rôles modèles pour les jeunes, à conseiller la jeune génération sur les problèmes de santé en matière de procréation.<sup>45</sup>

Un large éventail de partenaires (gouvernements, société civile, groupes de jeunesse, organisations internationales) travaillent à élargir l'accès des jeunes aux soins de santé en matière de procréation. L'UNFPA a aidé à mettre en place des services de santé en matière de procréation accueillants à la jeunesse, les premiers qui aient jamais existé, en de nombreux pays qui vont de la Bosnie-Herzégovine à la République démocratique populaire lao<sup>46</sup>. Son Initiative "Santé de la jeunesse en matière de procréation en Asie", appuyée par l'Union européenne, donne les moyens d'action nécessaires à des groupes négligés de la région, qui rassemble 70 % des jeunes du monde en développement<sup>47</sup>. Faisant appel au théâtre, aux illustrés, aux pairs éducateurs, à des jeux et à des entretiens télévisés, l'Initiative a atteint les jeunes des zones rurales, les travailleurs de l'industrie du sexe, les enfants des rues et les travailleurs industriels. Les adultes influents, par exemple parents, animateurs de communauté et prestataires de soins de santé, ont été mobilisés pour renforcer l'impact des messages. Au Cambodge, cette initiative atteint plus de 250 000 jeunes directement et 1,2 million de plus par les programmes radio qu'elle patronne<sup>48</sup>.

Le programme Y-PEER a coordonné et renforcé les efforts de près de 200 différents projets d'éducation par les pairs, qui atteignent environ 1,7 million de jeunes dans 27 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale. Y-PEER utilise des communications par Internet pour mettre en commun l'information, les ressources et enseignements acquis et a traduit son manuel de formation des pairs éducateurs en 15 langues régionales<sup>49</sup>.

## 21 SAUVER LA VIE DE JEUNES MÈRES AU BANGLADESH

À Manikganj, communauté agricole située à 70 kilomètres de la capitale du Bangladesh, l'UNFPA aide le Ministère de la santé à rendre les centres de protection maternelle et infantile accessibles aux femmes pauvres. Hamida, 25 ans, a l'an dernier donné naissance à son deuxième enfant dans le centre local soutenu par l'UNFPA : "Avant que ce centre n'ait élevé le niveau de ses services, les femmes souffrant de complications de la grossesse devaient se rendre dans un hôpital de Dhaka. Certaines mouraient en chemin." Elle a parlé d'une camarade de classe, mariée à 15 ans et enceinte à 16, qui perdit tout son sang sur une charrette traînée par un cheval et mourut avant d'atteindre l'hôpital. "Si elle avait eu accès à ces services, elle serait en vie aujourd'hui."

Dans les États arabes, l'UNFPA a soutenu une initiative régionale réussie avec les associations de scouts et de guides en vue d'élargir l'éducation à la santé en matière de procréation par leurs programmes de développement communautaires. Plus de 4 000 guides et scouts ont été formés, et la collaboration avec les Ministères de la santé et de l'éducation a renforcé l'attention portée aux besoins des jeunes dans le domaine de la santé en matière de procréation<sup>50</sup>.

Cependant, les programmes nationaux et régionaux pleinement développés demeurent l'exception. La plupart des projets sont toujours de faible ampleur, de sorte que les besoins de la plupart des adolescents – en particulier ceux des plus pauvres et plus marginalisés – dans le domaine de la santé en matière de procréation restent négligés<sup>51</sup>.

**LES COÛTS ET LES RISQUES DE LA GROSSESSE PRÉCOCE.** Environ 14 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance chaque année<sup>52</sup>. D'autres, dont le nombre est inconnu, ont des bébés encore plus tôt. Dans les pays en développement, un quart à la moitié des adolescentes sont mères avant d'atteindre 18 ans<sup>53</sup>. Les taux les plus élevés de fécondité des adolescentes sont constatés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud<sup>54</sup>. Sur la base des données en provenance de 56 pays, les filles âgées de 15 à 19 ans appartenant aux groupes de population les plus pauvres sont trois fois plus exposées que leurs compagnes d'âge plus aisées à donner naissance avant la fin de l'adolescence et elles ont deux fois plus d'enfants<sup>55</sup> (voir figure 4). Les taux élevés de grossesse précoce dans de nombreux pays en développement résultent en premier lieu de la pratique du mariage d'enfants<sup>56</sup>.

## 22 LES GROSSESSES D'ADOLESCENTES ET LA SURVIE DES NOUVEAU-NÉS

On sauve des vies en mettant les adolescentes en mesure de différer l'âge de la première grossesse. Chaque année, quatre millions de nouveau-nés meurent durant leur premier mois d'existence, souvent parce que leurs mères sont simplement trop jeunes pour donner naissance : les bébés de mères adolescentes ont un risque de 50 % plus élevé que ceux de mères moins jeunes de mourir avant d'atteindre leur premier anniversaire. Les adolescentes ont d'autre part le risque le plus élevé d'accouchement prématuré. Parce que leurs corps ne sont en général pas encore pleinement développés et prêts à donner naissance, les adolescentes sont aussi plus exposées à souffrir d'un arrêt de l'accouchement. Les risques sont plus grands pour les filles pauvres dont la croissance a été retardée du fait de la malnutrition. En l'absence d'intervention médicale, le bébé meurt le plus souvent. L'accès aux soins d'urgence propres à sauver des vies en cas de complication est essentiel à la survie des jeunes mères et de leurs nouveau-nés — et pour atteindre les OMD relatifs à la mortalité des jeunes enfants et des mères.

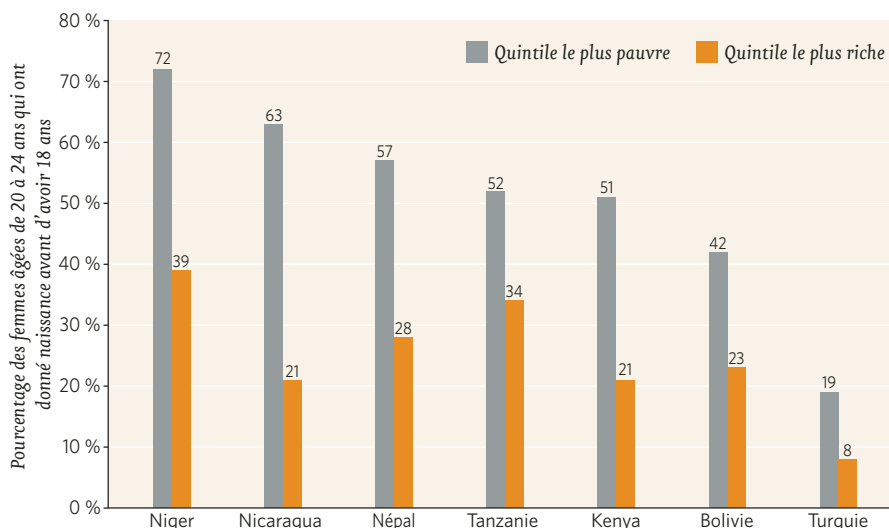
Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont un risque deux fois plus élevé de mourir durant la grossesse ou l'accouchement que les femmes âgées de 20 à 29 ans. Au dessous de 15 ans, les risques sont cinq fois plus élevés<sup>57</sup>. Et pour chaque fille qui meurt durant l'accouchement, un bien plus grand nombre souffriront de lésions, d'infections et d'infirmités permanentes, comme la fistule obstétricale<sup>58</sup>. Les fistules peuvent être réparées si les services sont disponibles, et l'UNFPA a pris la tête d'une campagne mondiale pour apporter l'espoir à ces filles (voir encadré 23).

### LES GROSSESSES NON PLANIFIÉES.

Trop d'adolescentes affrontent les conséquences de grossesses non planifiées, qui altèrent le cours de leur vie. En Amérique latine et dans les Caraïbes, par exemple, 35 à 52 % des grossesses d'adolescentes ne sont pas planifiées<sup>59</sup>. Les raisons en sont variables. Il faut citer notamment l'ignorance des faits élémentaires de la procréation et le manque d'information sur les contraceptifs, qui contribuent à l'échec de la contraception. Certaines grossesses non planifiées sont le résultat du viol, des sévices sexuels et de l'inceste, bien que ces possibilités soient souvent ignorées, même quand des adolescentes enceintes très jeunes visitent un dispensaire.

Les grossesses non désirées se traduisent par environ 5 millions

**Figure 4: Âge de la première grossesse chez les adolescentes les plus pauvres et les plus riches**



Source : M. Rani et E. Lule, 2004, « Exploring the Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health : A Multicountry Analysis », *International Family Planning Perspectives*



d'avortements pratiqués chaque année sur des adolescentes dans des conditions dangereuses<sup>60</sup>. En Afrique subsaharienne, où se situent 40 % de tous les avortements pratiqués sur des adolescentes dans des conditions dangereuses à travers le monde en développement, les données en provenance de sept pays ont révélé que 39 à 79 % des patientes traitées pour des complications de l'avortement étaient des adolescentes<sup>61</sup>. La moitié des 10 000 Nigérianes mortes du fait d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses seraient des adolescentes<sup>62</sup>. En Argentine et au Chili, il a été constaté qu'un tiers des décès maternels dans le groupe d'âge 15-19 ans étaient consécutifs à l'avortement<sup>63</sup>.

Comme les femmes adultes, les adolescentes se heurtent à des obstacles sexospécifiques pour obtenir un choix informé sur la santé en matière de procréation, ainsi qu'on l'a vu au chapitre 4. Ces obstacles sont rendus plus redoutables par leur médiocre statut social de jeunes. Les adolescentes sont soumises à la violence sexuelle et à la coercition. Elles hésitent souvent à rechercher des services en raison de l'opprobre ou de la méfiance dont elles font l'objet, jusqu'au moment où elles affrontent une grossesse non recherchée ou les complications éventuellement mortelles d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Elles ont en outre peu d'argent pour acquitter le prix des services et du transport. Pour atteindre les OMD, il faudra prêter attention aux besoins spécifiques des adolescentes dans le domaine de la santé en matière de procréation<sup>64</sup>.

## Les jeunes et le VIH/sida

Près d'un quart des personnes atteintes du VIH sont âgées de moins de 25 ans<sup>65</sup>. Les jeunes représentent aujourd'hui la moitié de tous les nouveaux cas. On estime à 6 000 le nombre de jeunes qui sont infectés chaque jour – un toutes les 14 minutes. La majorité d'entre eux sont des femmes et des filles<sup>66</sup>. En Afrique subsaharienne, 63 % des séropositifs étaient en 2003 âgés de 15 à 24 ans<sup>67</sup>. En Fédération de Russie et dans d'autres pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, plus de 80 % des séropositifs sont âgés de moins de 30 ans, en majorité des hommes<sup>68</sup>. Dans ces régions, aussi bien qu'en Asie du Sud-Est et en Chine, l'injection de drogues et les travailleurs de l'industrie du sexe sont les principaux agents de la diffusion du VIH. Un tiers des nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles curables concerne chaque année des jeunes de moins de 25 ans<sup>69</sup>.

### LES JEUNES FEMMES AFFRONTENT LES RISQUES LES PLUS

**ÉLEVÉS.** Dans les années 80, le VIH/sida touchait hors de toute proportion les hommes. Maintenant, le visage de l'épidémie est de plus en plus celui d'une jeune femme. Dans le groupe d'âge 15-24 ans, on compte 160 femmes atteintes du VIH pour chaque groupe de 100 hommes. En Afrique subsaharienne, on en compte 360<sup>70</sup>. Environ 70 % de tous les jeunes séropositifs sont des femmes dans les Caraïbes, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord<sup>71</sup>.

23

### LA CAMPAGNE CONTRE LA FISTULE OBSTÉTRICALE : RENDRE AUX ADOLESCENTES LEUR VIE ET LEUR DIGNITÉ

Fatima a été mariée à 14 ans. Peu après, elle est devenue enceinte. Après six journées de cruelles douleurs, la jeune Nigériane a donné naissance à un bébé mort-né. Pendant les 10 années suivantes, explique Fatima, "la communauté entière m'a rejetée. Partout où j'allais, on se moquait de moi".

Fatima a survécu à une catastrophique lésion consécutive à l'accouchement connue sous le nom de fistule obstétricale – état qu'il est possible de prévenir et de guérir, mais qui affecte au moins deux millions de femmes et de filles dans le monde entier. Causée par un accouchement prolongé et non mené à terme, la fistule est un trou qui se forme entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, infligeant ainsi une incontinence chronique. Dans presque tous les cas, le bébé meurt. Incapables de rester sèches, les femmes atteintes d'une fistule sont souvent abandonnées par leur mari et leur famille, blâmées de leur état

et ostracisées par la communauté. Le plus souvent, la fistule est le lot de filles et de jeunes femmes qui vivent dans des zones rurales pauvres et reculées avec des services de santé insuffisants ou inexistant, aussi bien que de celles qui accouchent à domicile sans bénéficier des soins de professionnels.

Fatima est l'une des centaines de filles et de femmes qui ont reçu un traitement chirurgical dans le cadre de la Campagne mondiale pour éliminer les fistules, lancée en 2003 par l'UNFPA et un grand nombre de partenaires. La campagne est active dans plus de 30 pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud et des États arabes dans le but de prévenir la fistule et de traiter les femmes et filles qui en sont atteintes. Elle les aide aussi à reprendre leur place dans la société en commençant à élargir leur accès à l'acquisition de savoir-faire, aux classes d'alphabétisation et à la délivrance de conseils durant le processus de

guérison postopératoire. Après son opération, Fatima a souri, heureuse "d'être désormais invitée par ses amies et ses voisines aux mariages et aux cérémonies au cours desquelles l'enfant reçoit un nom".

Au Nigéria, la campagne a prêté appui à un projet d'une durée de deux semaines qui, en février 2005, a permis de traiter 545 femmes et de dispenser une formation à des douzaines de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux en matière de chirurgie et de soins postopératoires. Après avoir participé à une session d'éducation sanitaire, un certain nombre d'hommes qui accompagnaient leurs femmes et filles sur le point d'être opérées sont désormais résolus à en aider d'autres. "Même si je dois dépenser mon propre argent, j'aiderai d'autres femmes à venir à l'hôpital", a dit Muhammadu Abubakar, un Nigérien, qui accompagnait sa nièce.

Les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection pour des raisons biologiques, socioculturelles et économiques (voir chapitre 4), mais les adolescentes et les jeunes femmes affrontent des risques additionnels. L'appareil génital des filles de moins de 14 ans, par exemple, est plus susceptible de subir des déchirures, parce qu'elles n'ont pas encore atteint la pleine maturité. Ceci aggrave le risque d'infection par le VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Les jeunes femmes et les filles sont particulièrement vulnérables à la violence et à l'exploitation sexuelles et ne sont pas bien placées pour négocier les conditions de rapports sexuels, notamment le droit de dire non et d'insister sur l'utilisation de préservatifs. Les pratiques nuisibles, comme le mariage d'enfants et la mutilation/coupe génitale féminine avec des instruments non stérilisés, les exposent à des dangers supplémentaires.

**LE RÔLE DES JEUNES HOMMES.** Aucun débat sur la vulnérabilité des femmes au VIH n'est complet sans mentionner les hommes, dont le comportement facilite les progrès de l'épidémie et auquel il est capital de faire une place dans les activités de prévention pour en assurer le succès. En de nombreux pays, la virilité d'un homme jeune se mesure notamment au nombre de femmes avec lesquelles il a eu des rapports sexuels. Beaucoup de jeunes hommes sont aussi très exposés au VIH pour diverses raisons, notamment l'injection de drogues, les séjours en prison et leurs occupations. Par exemple, la plupart des soldats et de nombreux migrants à la recherche d'un travail sont des jeunes hommes qui, se trouvant loin de leurs familles et de leurs partenaires, risquent de s'adresser à des travailleuses de l'industrie du sexe. Les programmes qui permettent aux garçons et aux jeunes hommes de parler de leurs préoccupations dans un environnement accueillant et où l'on s'abstient de les juger, tout en les encourageant d'autre part à voir dans les femmes leurs égales, ont une importance critique comme on le verra au chapitre 6.

**L'INFORMATION, LES MOYENS ET LES SAVOIR-FAIRE FONT DÉFAUT AUX ACTIVITÉS DE PRÉVENTION.** Dans beaucoup des pays les plus durement touchés, tout débat sur l'égalité des sexes, la contraception, la prévention du VIH et les sujets connexes reste tabou. Des études menées dans le monde entier témoignent d'un degré alarmant d'informations mensongères et d'ignorance sur la maladie, surtout parmi les jeunes femmes et les filles<sup>72</sup>. Les conceptions erronées peuvent donner aux jeunes un sens illusoire de sécurité et les conduire à sous-estimer le risque d'infection. En mettant les jeunes en état de s'abstenir par choix, de retarder le début des rapports sexuels et de rejeter les avances non désirées, en leur fournissant accès aux préservatifs, en leur indiquant la manière correcte de les utiliser et en les rendant capables

## 24 LES "PAPAS GÂTEAU" ET LA SURVIE

La pauvreté pousse de nombreuses jeunes femmes à avoir des rapports sexuels pour survivre. Cet échange de faveurs sexuelles pour de l'argent, le paiement des redevances scolaires ou une aide destinée à leurs familles prend quelquefois la forme de relations avec un "papa gâteau", bien attestées dans les Caraïbes et l'Afrique subsaharienne. Ordinairement, les papas gâteau sont des hommes plus âgés, mariés et de condition aisée, qui aident financièrement des femmes plus jeunes en échange de faveurs sexuelles. De plus en plus, ils recherchent des adolescentes, persuadés qu'elles soient moins nombreuses à être infectées par le VIH. Plus forte est la différence d'âge et de ressources, moins l'utilisation de préservatifs est probable. Les hommes plus âgés ont généralement eu des partenaires multiples, ce qui implique une plus grande exposition au VIH.

Les études portant sur des adolescentes enceintes dans l'Afrique subsaharienne ont révélé que 73 % des filles interrogées avaient eu des partenaires sexuels âgés de plus de 30 ans. En Haïti, une étude a montré qu'un tiers des adolescentes déclaraient avoir accepté des partenaires sexuels par besoin d'argent. Quarante-vingt-quinze pour cent de celles-ci avaient des enfants de plusieurs pères, de sorte que les femmes et leurs bébés étaient ainsi plus exposés au VIH. Au Kenya, une étude a établi que 47 % des partenaires de papas gâteau étaient des adolescentes. En réaction, certains pays comme la Gambie, l'Ouganda et le Zimbabwe ont lancé des campagnes pour alerter les jeunes femmes.

de négocier des rapports sexuels moins dangereux, on leur donne une chance décisive de rester en vie. Alors que la majorité des individus deviennent sexuellement actifs durant l'adolescence<sup>73</sup>, les adolescents ne peuvent se procurer aisément des préservatifs et beaucoup ne savent pas comment les utiliser<sup>74</sup>. La majorité des jeunes n'ont pas réellement accès aux programmes de prévention<sup>75</sup>. Des programmes de meilleure qualité sont d'autre part nécessaires, en particulier des programmes s'attaquant à la pauvreté et aux stéréotypes sexuels dangereux qui favorisent l'épidémie.

### TRAVAILLER AVEC LES JEUNES POUR ARRÊTER L'ÉPIDÉMIE.

L'importance de prévenir le VIH parmi les jeunes est apparue plus nettement depuis la CIPD. À la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida en 2001, par exemple, les jeunes ont été reconnus comme un groupe que la prévention doit viser en priorité<sup>76</sup>. Travailler avec les jeunes peut être aussi important que travailler pour eux. L'UNFPA et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) patronnent la Coalition de la jeunesse mondiale sur le VIH/sida, réseau d'environ 600 dirigeants de la jeunesse appartenant à 66 pays<sup>77</sup>. En 2003, l'UNFPA a lancé son initiative "Partenaires de la jeunesse mondiale" afin de mettre les jeunes dirigeants venus de pays en développement en mesure d'améliorer la prévention du VIH grâce à des activités de plaidoyer et au dialogue avec les décideurs<sup>78</sup>.

Il y a d'innombrables exemples d'activisme des jeunes et de communautés, organisations et gouvernements qui s'efforcent d'empêcher l'épidémie de nuire aux jeunes. En Fédération de Russie, l'UNFPA soutient *Juventa*, un programme municipal novateur qui anime 12 dispensaires rien qu'à St. Petersbourg. Offrant une ligne téléphonique confidentielle ouverte en permanence, une éducation et des services médicaux, ainsi que des liens avec les programmes d'emploi pour les jeunes marginalisés, les dispensaires accueillants aux jeunes, qui ont ouvert en 1993, atteignent maintenant 240 000 jeunes par an. Ses "médecins de confiance" offrent des conseils et des services aux travailleurs de l'industrie du sexe.

Les médias et les spectacles peuvent retenir l'attention des jeunes et insérer les messages dans un contexte attrayant. En Afrique du Sud, le programme *Lovelifife* s'est engagé dans une campagne multimédiatique novatrice pour atteindre le groupe d'âge 12-17 ans avant que ces jeunes ne deviennent sexuellement actifs<sup>79</sup>. Au Nicaragua, une initiative multimédiatique, qui porte le nom de "Sixième sens", recourt à la radio, à un feuilleton télévisé inspiré par des jeunes et à des matériaux imprimés relatifs aux droits des jeunes. Il a trouvé l'accueil le plus favorable auprès de publics de jeunes et d'adultes dans des centaines d'organes médiatiques<sup>80</sup>. "Rester vivant" ("Staying Alive"), de MTV, est la campagne mondiale sur le VIH/sida la plus vaste qui ait été entreprise, couvrant 166 pays et territoires. En 2004, elle a été axée sur les filles et les femmes et a recueilli le soutien du FNUAP, d'ONUSIDA, de la Banque mondiale, de Family Health International et de la Kaiser Family Foundation<sup>81</sup>.

**L'EMPLOI ET LE REVENU, CLEF DE LA PRÉVENTION.** La pauvreté et la discrimination sexuelle sont à la source de nombreuses infections par le VIH, parce qu'elles limitent les options des jeunes. Quand on a peu de choix ou peu d'espoir pour l'avenir, les possibilités et le désir de prendre des mesures pour se protéger du VIH au-delà de la survie quotidienne sont limités. Doter les adolescents des savoir-faire et des ressources dont ils ont besoin pour gagner décemment leur vie et améliorer leurs perspectives d'avenir peut donc aider à freiner l'épidémie.

Certaines initiatives novatrices s'attaquent à la pauvreté et aux dimensions sexospécifiques de la diffusion du VIH. Au Mali, la section britannique de Save the Children a introduit le microcrédit au bénéfice des adolescentes rurales afin de prévenir leur migration vers les villes à la recherche d'un emploi domestique. En Inde, avec le soutien de Population Council et de CARE, les adolescentes qui vivent dans des taudis ont appris des savoir-faire commercialisables, commencé à épargner et acquis un certain respect de soi<sup>82</sup>. Au Bénin, un programme gouvernemental conjugue la formation à divers emplois avec la prévention du VIH et des grossesses.

Au Sénégal, l'UNFPA, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont aidé à éduquer une dizaine de milliers d'adolescentes et de jeunes femmes, l'accent portant sur l'alphabétisation, les droits sexospécifiques et humains, les services de santé en matière de procréation, les possibilités de s'assurer un revenu, l'acquisition de connaissances d'informatique et la formation à l'emploi d'ordinateurs<sup>83</sup>. Au Mozambique, un programme à grande échelle intitulé *Geração Biz* a réuni des ministères, des organismes de l'ONU et des donateurs dans le but d'élargir l'accès de jeunes déplacés à la santé en matière de procréation, à la prévention du VIH, et aux possibilités de formation et d'emploi<sup>84</sup>.

L'UNESCO soutient en Asie du Sud des programmes intégrés en faveur des adolescentes pauvres qui portent sur l'alphabétisation, la santé en matière de procréation et la protection contre le VIH/sida, l'acquisition de notions de droit, et la formation au microfinancement et à la manière de s'assurer un revenu. Un programme scientifique centré sur la santé de base, l'eau potable, l'agriculture et l'énergie renouvelable a formé 4 250 adolescentes dans 176 villages; 10 % d'entre elles ont maintenant trouvé un emploi ou commencé leur propre microentreprise<sup>85</sup>.

### Le mariage d'enfants

La plupart des pays ont fixé à 18 ans l'âge légal minimum du mariage, mais le consentement parental et la coutume ne tiennent souvent aucun compte de ces lois<sup>86</sup>. Malgré les sanctions frappant le mariage d'enfants, plus de 100 millions de filles seront probablement mariées au cours de la prochaine décennie<sup>87</sup>. Si elle a reculé au niveau mondial au cours des 30 dernières années, la pratique est encore répandue chez les plus pauvres d'entre les pauvres et dans les zones rurales<sup>88</sup>. C'est en Asie du Sud, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale qu'elle est la plus fréquente<sup>89</sup>. Si les fillettes apparaissent comme une charge financière, leur mariage peut s'inscrire dans une stratégie de survie de la famille. Plus des deux tiers des adolescentes sont mariées au Bangladesh, au Niger et en République démocratique du Congo, plus de la moitié en Afghanistan, en Inde et au Nigéria<sup>90</sup>. Dans six pays d'Afrique de l'Ouest, 44 % environ des femmes ont été mariées avant d'atteindre 15 ans<sup>91</sup>.

### UNE EXPÉRIENCE NOURRIE DE CRAINTE ET D'INCERTITUDE.

Si les parents espèrent peut-être pourvoir à la sécurité économique et personnelle de leurs filles en les mariant, le résultat est souvent opposé. Le mariage marque fréquemment la fin de leur éducation. Une analyse au niveau mondial a établi que les filles qui n'ont suivi que l'enseignement primaire ou sont encore moins instruites avaient une plus grande chance d'être mariées durant l'adolescence<sup>92</sup>. Pour de nombreuses filles, le mariage est lourd de crainte et

Depuis 2000, les jeunes ont été actifs dans la lutte menée pour prévenir le VIH dans quatre pays de haute prévalence par l'entremise de l'Alliance pour la jeunesse africaine (AYA), avec la collaboration de l'UNFPA, de Pathfinder International et de PATH, grâce aussi à un don généreux de la Fondation Bill et Melinda Gates. Le programme fait également intervenir les communautés, notamment les dirigeants culturels et religieux, dans la création d'un environnement favorable à l'égalité des sexes et à la santé en matière de procréation. Les résultats de l'enquête montrent que l'AYA a fait mieux connaître aux jeunes le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles et les risques liés à la grossesse, et qu'elle leur a donné plus grande confiance en eux-mêmes pour négocier l'utilisation de préservatifs. Parce qu'il est soucieux avant tout de rendre les services plus "accueillants aux jeunes", le programme a vu une augmentation spectaculaire du nombre de ceux qui recourent à ses services, deux millions de jeunes se rendant dans ses locaux en 2003 et 2004 et 17 000 recherchant volontairement des conseils et un dépistage du VIH.

L'initiative a stimulé des changements à de nombreux niveaux, notamment en ce qui concerne les problèmes sexospécifiques. Au Botswana, 36 organisations religieuses ont déclaré que dans sa réponse au VIH/sida, leur église avait choisi pour

stratégie de base le souci de la santé des adolescents en matière de procréation. Le Ministère de l'éducation réexamine actuellement les règlements qui imposent d'expulser de l'école les filles enceintes. L'AYA a aussi fait campagne contre la violence sexuelle par l'entremise des clubs scolaires "La guerre contre le viol" ("War Against Rape"). Au Ghana, l'initiative parallèle novatrice de l'AYA, conduite au niveau des communautés, s'est attaquée à des affaires de viol, à la violence familiale, au trafic des enfants, au mariage des enfants et à l'enlèvement d'adolescentes. Grâce au Centre pour adolescentes enceintes et jeunes mères (Pregnant and Parenting Teen Centre), plus de 300 jeunes femmes ont reçu une formation aux aptitudes nécessaires à la vie.

En République-Unie de Tanzanie, l'AYA a accru le nombre de jeunes femmes qui ont accès aux services de santé en matière de procréation en organisant des parties de football réservées aux filles qui, avant le début du match, comprenaient des séances sur la prévention du VIH. Concernant le problème des violences à enfants, des campagnes médiatiques nationales menées par la station de radio FM Clouds ont conduit à obtenir les services d'un cabinet d'avocats qui poursuivront ces affaires devant les tribunaux. Des débats sur l'impact des mariages d'enfants, qui ont reçu une large publicité, ont persuadé le Gouvernement de donner ordre

que les filles enceintes de moins de 18 ans soient autorisées à retourner à l'école après l'accouchement. À Zanzibar, des parlementaires ont demandé la réforme d'une loi qui prescrit la mise en détention des filles enceintes.

En Ouganda, les dirigeants des confessions anglicane et musulmane ont déclaré publiquement leur soutien au dépistage volontaire du VIH et à l'utilisation de préservatifs, respectivement, pour les jeunes couples mariés. L'insistance mise sur la confidentialité de ces services a encouragé les jeunes à se soumettre à un test de dépistage du VIH. Les communautés chrétienne et musulmane font désormais respecter l'âge minimum du mariage, fixé à 18 ans, en obligeant les filles à présenter des certificats de naissance. Le roi de Busoga a demandé que les jeunes mères soient réadmis dans le système scolaire.

*"Je n'avais jamais eu la possibilité de me faire entendre, comprendre et apprécier avant l'AYA. Si vous vivez dans un environnement qui vous prive de vos droits fondamentaux et exerce une discrimination contre vous parce que vous êtes jeune, vous avez besoin d'une plateforme pour exprimer vos pensées, et l'AYA est plus que cela. Elle m'a enseigné la manière de plaider pour mes droits mais, plus important que tout, pour les droits d'autres jeunes, en particulier des filles..."*

—Ngasuma Kanyeka, jeune Tanzanienne

d'incertitude : la décision est prise pour elles et elles n'en sont averties que très peu de temps avant le jour du mariage. Après la cérémonie, les filles mariées vont généralement vivre au domicile de leur mari, parfois dans un autre village, loin de leur famille et de leur environnement familial, et on attend d'elles avant tout qu'elles produisent sans délai des enfants. Elles dépeignent en général leur première expérience sexuelle après le mariage comme désagréable ou pénible et ajoutent souvent avoir été victimes d'un recours à la force<sup>93</sup>.

**LES FILLES MARIÉES COURENT UN RISQUE ÉLEVÉ FACE À LA MORTALITÉ MATERNELLE ET AU VIH/SIDA.** En dépit du grand nombre d'adolescentes mariées, les politiques et programmes négligent souvent de remédier à leur vulnérabilité au VIH ou de répondre à leurs autres besoins de santé en matière de procréation. Des études conduites au Kenya, en Ouganda et en Zambie confirment que les adolescentes mariées ont des taux de séropositivité plus élevés que leurs compagnes d'âge sexuellement actives mais non mariées<sup>94</sup>. L'isolement et l'impuissance posent des problèmes additionnels : les jeunes épouses n'ont souvent qu'une autonomie ou une liberté de déplacement limitées. Elles peuvent se trouver

incapables de recevoir des soins de santé en raison de la distance, de la dépense ou de l'obligation d'y être autorisées par leur mari ou leur belle-famille. Ces obstacles sont de nature à aggraver les risques de mortalité et de morbidité maternelles pour les adolescentes enceintes.

Il y a une étroite corrélation entre la fin des mariages d'enfants et la réalisation des OMD. Les mariages d'enfants ont pour effet de refuser aux filles le droit de recevoir une éducation et la possibilité de réaliser leur plein potentiel. Les adolescentes mariées sont à peine en mesure d'influer sur les décisions concernant les grossesses ou l'emploi de contraceptifs, ce qui a un impact sur la santé et la survie des nourrissons, la mortalité maternelle, le VIH, la fécondité élevée et la réduction de la pauvreté. Au Bangladesh, si l'âge moyen de la première grossesse augmentait de cinq ans, la croissance démographique diminuerait de 40 %<sup>95</sup>, ce qui améliorerait les chances du pays de réduire la pauvreté et d'accéder au développement durable.

Reconnaissant les droits des adolescentes et leurs implications pour la réduction de la pauvreté, l'UNFPA et ses partenaires ont lancé en 2004 une initiative mondiale pour mettre fin aux mariages d'enfants.

## Les jeunes et l'emploi

L'un des OMD consiste à élargir l'accès des jeunes à un "travail décent et utile"<sup>96</sup>. Comme la moitié des sans-emploi du monde entier sont âgés de 15 à 24 ans, c'est là une tâche considérable<sup>97</sup>. Cela est particulièrement vrai dans les pays pauvres d'Asie, d'Afrique subsaharienne et du Moyen-Orient, où le nombre des jeunes continue d'augmenter<sup>98</sup>. Les taux mondiaux les plus élevés de chômage des jeunes sont enregistrés en Afrique subsaharienne, la région la plus pauvre<sup>99</sup>. En outre, quand les jeunes trouvent un travail, beaucoup restent prisonniers d'emplois mal rémunérés qui leur offrent peu d'occasions d'acquérir des savoir-faire. La plupart de ces emplois sont dans le secteur informel, où le salaire est trop faible pour échapper à la pauvreté<sup>100</sup>. Bien que les jeunes femmes soient entrées en grand nombre dans la population active au cours des 30 dernières années, leurs taux de chômage dépassent ceux des jeunes hommes dans toutes les régions en développement – à l'exception de l'Asie de l'Est et de l'Afrique subsaharienne<sup>101</sup>.

### LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS AU TRAVAIL : ILS PEINENT

**DUREMENT ET SONT EXPLOITÉS.** L'Organisation internationale du Travail (OIT) recommande de fixer l'âge minimum du travail à 16 ans, mais reconnaît que ce n'est pas toujours possible dans certains contextes ruraux où la survie économique d'une famille est subordonnée au labeur de ses membres les plus jeunes<sup>102</sup>. Environ 352 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 17 ans jouaient un rôle actif dans l'économie en 2000, dont 171 millions dans des conditions dangereuses<sup>103</sup>. En Éthiopie, environ la moitié du groupe d'âge 10-14 ans occupe un emploi, et plus d'un tiers au Bangladesh<sup>104</sup>. Le sida est une cause majeure de l'augmentation du taux d'emploi des enfants en Afrique subsaharienne, où 29 % des enfants âgés de 5 à 14 ans travaillent, soit la proportion la plus élevée dans le monde. La plupart de ces jeunes travailleurs ont été privés d'un de leurs parents, voire des deux, par le sida<sup>105</sup>.

Dans de nombreux pays en développement, les filles et les jeunes femmes sont envoyées travailler au service de familles plus aisées afin de compléter le revenu familial. La plupart se voient refuser une éducation, un salaire équitable et des conditions de travail décentes. Beaucoup sont exposées à subir des sévices sexuels et physiques et à devenir victimes du trafic des humains dans leur propre pays ou à l'étranger<sup>106</sup>. L'UNICEF estime qu'il y a cinq millions d'enfants qui travaillent comme domestiques en Asie du Sud, surtout des filles; c'est le cas d'environ un enfant de moins de 14 ans sur cinq en Inde, et de non moins de 300 000 rien qu'à Dhaka (Bangladesh)<sup>107</sup>.

### OFFRIR D'AVANTAGE D'EMPLOIS DÉCENTS

L'emploi des jeunes reçoit actuellement une attention accrue. En 2002, la Campagne du Sommet pour l'emploi des jeunes (Youth Employment Summit –YES) a été lancée avec le

soutien de l'UNFPA et d'un certain nombre de partenaires. Elle met l'accent sur le développement de l'esprit d'entreprise chez les jeunes et sur les possibilités de travail indépendant. Les réseaux nationaux en place dans 60 pays conçoivent des stratégies avec l'appui de la communauté internationale; et le Réseau pour l'emploi des jeunes, partenariat de la Banque mondiale, de l'OIT et de l'ONU, aide 10 pays témoins à élaborer des plans d'action pour l'emploi des jeunes<sup>108</sup>.

Mobiliser les énergies et le potentiel des jeunes représente une occasion inappréciable de susciter des agents de l'égalité des sexes et du développement socioéconomique. Ne pas investir dans les jeunes comporte de vastes implications sur les plans socioéconomique et démographique, comme sur celui de la sécurité nationale. Les politiques que les pays et la communauté internationale mettent en place bénéficieront non seulement à la génération présente, mais aussi aux enfants qui aborderont l'adolescence en 2015.

*"Je me suis mariée quand j'avais 12 ans et j'ai eu un bébé deux ans plus tard. J'ai connu quantité de problèmes parce que j'étais très jeune. Je ne voulais pas être mariée".*

—Bangladesh

*"On m'a promise à un homme avant mes 10 ans.*

*... Quand le moment est arrivé, on m'a juste remise à la famille de mon mari et, en le voyant, je me suis aperçue qu'il était plus âgé que mon papa".*

—Burkina Faso

Extraits de "Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents" (vidéo) (Une enfance trop brève : des voix d'adolescentes mariées), UNFPA 2004



## 6 Instituer des partenariats avec les garçons et les hommes

*“Pour que les hommes et les femmes parviennent à vivre en harmonie, il est indispensable de modifier les connaissances, les attitudes et les comportements de l’un et l’autre sexe. Les hommes ont un rôle décisif à jouer dans le processus d’instauration de l’égalité entre les sexes car, dans la plupart des sociétés, ce sont eux qui exercent l’essentiel du pouvoir dans presque tous les domaines, des décisions personnelles ayant trait à la taille de la famille à l’élaboration des politiques et programmes à tous les niveaux de gouvernement. Il est impératif d’améliorer la communication entre les hommes et les femmes sur les questions concernant la sexualité et la santé en matière de procréation, et de leur faire mieux comprendre leurs responsabilités communes, pour qu’ils soient associés sur un pied d’égalité dans la vie publique et dans la vie privée.”*

— Programme d’action de la CIPD, par. 4.24

Dans le passé, les efforts de développement ont été généralement centrés sur les hommes ou sur les femmes, mais rarement sur les deux sexes. Pendant des décennies, l’aide au développement a souvent consisté à fournir aux hommes technologies, prêts et formation. À partir du début des années 70, les analystes ont signalé la nécessité de prêter plus d’attention aux femmes en tant qu’agents de développement<sup>1</sup>. L’effet initial en a été d’acheminer davantage de ressources vers les femmes et, ultérieurement, de centrer l’attention de manière plus générale sur la dynamique des relations et sur les inégalités entre les sexes. Le mouvement pour l’égalité des sexes lui-même s’est de même déplacé avec le temps, l’accent ayant porté initialement sur les femmes et la nécessité de faire participer les hommes au processus ayant été ensuite reconnue.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a lancé aux pays un appel sans précédent à promouvoir le soutien des hommes à la lutte pour l’égalité des sexes et à encourager leur participation et le partage des responsabilités dans tous les domaines de la vie familiale et de la santé en matière de procréation. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) prêtent peu d’attention explicite au rôle des hommes, bien que la nécessité de faire participer les hommes à leur réalisation apparaisse clairement. En règle générale, les hommes, surtout ceux qui sont marginalisés par la pauvreté ou d’autres facteurs, ont des besoins et des droits qui appellent une plus grande attention. Dans la pratique, les hommes détiennent l’essentiel du pouvoir dans tous les domaines de la vie publique et privée. Leur coopération est essentielle non seulement aux niveaux familial et communautaire, mais aussi dans la sphère plus vaste de la politique nationale, des finances et de la gouvernance. L’égalité des sexes et la transformation sociale qu’elle implique ont une meilleure chance de se concrétiser quand les

hommes reconnaissent qu’hommes et femmes sont interdépendants dans leur vie quotidienne et que chacun tire profit de l’habilitation des femmes.

### Les rôles des hommes dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

Le partenariat avec les hommes est manifestement essentiel à l’instauration de l’égalité des sexes et peut influencer sur tous les autres OMD, tant directement qu’indirectement. Le partenariat avec les hommes est une stratégie importante pour faire progresser la santé et les droits en matière de procréation, qui sont si étroitement liés aux OMD. L’épidémie du sida souligne nettement le rôle critique des hommes : en l’absence de vaccin ou de cure, il est capital que le comportement masculin change pour prévenir la diffusion du VIH. Les hommes jouent un rôle décisif à de nombreux autres égards. Les maris prennent souvent les décisions relatives à la planification familiale, aux activités économiques de leur femme et à l’emploi des ressources du ménage, y compris pour payer le médecin et les redevances scolaires. Ces décisions influent sur le bien-être et les perspectives de la famille entière. Les soins et l’appui d’un mari informé améliorent également l’issue de la grossesse et de l’accouchement et peuvent faire la différence entre la vie et la mort en cas de complications, quand les femmes ont besoin de soins médicaux immédiats.

Les pères attentifs peuvent contribuer immensément à donner aux enfants l’amour et les soins qui assurent leur épanouissement. Souvent, ce sont eux qui subviennent en premier lieu aux besoins de leurs familles. Les chercheurs ont commencé à analyser les liens entre absence du père et pauvreté. Le développement psychologique, social et cognitif des enfants peut souffrir de l’abandon du père et du manque de soutien affectif et matériel<sup>2</sup>. Les pères qui négligent leurs

responsabilités financières laissent les femmes ayant charge d'enfants plus exposées à la pauvreté<sup>3</sup>. Certaines mères sont contraintes d'envoyer leurs enfants au travail et non à l'école<sup>4</sup>. Les recherches conduites en Amérique centrale et aux États-Unis ont montré que l'abandon du père a des répercussions qui vont de médiocres résultats scolaires et de l'abandon scolaire (y compris pour entrer rapidement dans la main-d'œuvre afin d'aider les familles à boucler leur budget) aux grossesses d'adolescentes, à la consommation de drogues et d'alcool. Aux États-Unis, les enfants sans père sont plus exposés au suicide<sup>5</sup>.

Les nombreux bénéfices de la participation active du père à la vie familiale soulignent la nécessité pressante d'adopter des politiques efficaces. Les normes et les institutions sociales qui posent en principe que les femmes sont en premier lieu responsables du bien-être des enfants et des soins à leur donner peuvent décourager les hommes d'intervenir durant la grossesse et l'accouchement. Pourtant cette intervention précoce est liée aux rôles et responsabilités qu'assumeront plus tard les hommes en leur qualité de pères<sup>6</sup>.

Les rôles spécifiques attendus des hommes peuvent les empêcher d'enrichir la vie de leurs enfants et la leur du même coup : les études confirment que la paternité accroît souvent la satisfaction intime des hommes et leur confère le sentiment d'avoir un but dans la vie et d'accomplir leur destin. Certaines études ont établi que la paternité peut aussi limiter en eux un comportement criminel et d'autres formes de risque volontairement assumé<sup>7</sup>. En outre, les pères qui ont des attitudes plus responsables et soucieuses d'équité entre les sexes concernant l'éducation des enfants transmettent plus souvent ces valeurs à leurs fils et filles et passent généralement plus de temps avec eux<sup>8</sup>.

### L'impact des rôles sexospécifiques sur les hommes

Bien que femmes et hommes partagent leurs vies, les attentes, perspectives et comportements de chaque sexe divergent considérablement dans bien des cas. Il est essentiel de comprendre ces différences pour élaborer des politiques et programmes efficaces. On ne saurait considérer les hommes comme un groupe homogène. Les normes varient en fonction d'un éventail de facteurs socioéconomiques, culturels, ethniques et autres, tant entre les sociétés qu'à l'intérieur d'une même société<sup>9</sup>. Cependant, la bravoure, la force, l'indépendance et l'activité sexuelle sont souvent associées à l'idéal masculin<sup>10</sup>.

Dès un jeune âge, les garçons se voient enseigner, de manière tacite ou explicite, les idéaux que leurs mères et pères, leurs pairs et la société souhaitent les voir incarner quand ils seront

des hommes. Cet idéal de "virilité" peut modeler les attitudes et le comportement des garçons et des hommes. Le concept de masculinité que reflète la société est lié à la conscience de soi en tant qu'être distinct, au sentiment d'appartenir à une collectivité et de posséder une valeur propre. Quand un seul idéal de masculinité s'impose, il est généralement transmis d'abord au sein de la famille, puis renforcé par la communauté, par les autres hommes et femmes, par les guides de l'opinion et les médias. En conséquence, garçons et hommes sont vivement exhortés à se conformer à cet idéal. Souvent, ils font leurs les attentes et attitudes qui sont inséparables de cet idéal, causant ainsi un préjudice à eux-mêmes et aux autres. Il arrive aussi que les attentes placées en eux par la société limitent la capacité des hommes de se voir comme des partenaires attentifs, non violents et responsables<sup>11</sup>.

L'idéal masculin, vu sous les traits de pourvoyeurs assumant leur rôle, dominant toute situation avec autorité, influe sur les modalités des rapports des hommes avec leurs épouses, leurs enfants et les autres hommes et femmes. Par exemple, le chômage peut conduire un homme à ne plus se percevoir comme le "soutien de sa famille". Certains hommes remplissent ce rôle en émigrant à la recherche de travail, même s'ils doivent quitter le cercle de leur famille et leurs amis. Quand leurs aspirations sont déjouées faute d'occasion

propice ou qu'ils se trouvent eux-mêmes loin de leur famille en des lieux inconnus, il arrive qu'ils cherchent parfois un réconfort dans l'alcool, les drogues ou des rencontres sexuelles non sans danger. En Europe de l'Est, le recul de l'espérance de vie des hommes dans les années 90 a été attribué au stress et à la dépression causés par le chômage dans les pays en transition. Leur détresse s'est traduite par des taux élevés d'alcoolisme, de violence familiale, de suicide et de maladies cardiovasculaires<sup>12</sup>.

De nombreuses sociétés excusent tacitement la recherche du risque par les hommes et le recours à la violence pour faire montre d'autorité. Garçons et hommes sont souvent formés par la société à accepter la violence comme un comportement masculin approprié, un moyen d'étaler leur virilité et de protéger leur "honneur". Cela se traduit par un recours fréquent à la violence, tant entre hommes que contre les femmes. Il arrive que les garçons fassent pour la première fois l'expérience de la violence au sein de leur famille, sous la forme de sévices familiaux.

Si les jeunes hommes sont souvent les auteurs d'actes de violence, ils en sont aussi les premières victimes : dans certains pays d'Amérique latine, les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) représentent 69 % des victimes d'homicide<sup>13</sup>. Les recherches

*"Je comprends maintenant combien il est important pour nous pères d'enseigner à nos fils à respecter leurs mères et leurs sœurs et combien nous devons offrir à nos filles des chances égales".*

— Un Laotien âgé, suivant à Luang Namtha une session de formation à l'égalité des sexes patronnée par l'Initiative pour la santé en matière de procréation de jeunes d'Asie (Union européenne/UNFPA).



menées dans plusieurs pays donnent à penser que non moins de 10 % des jeunes hommes ont fait l'objet d'avances non désirées et de sévices sexuels. D'autre part, selon des recherches menées en Afrique du Sud, au Mexique, au Nigéria et au Pérou, les jeunes hommes imposent fréquemment des rapports sexuels à leurs amies ou à des partenaires sexuels de rencontre. En Afrique du Sud, au Cambodge et au Pérou, une importante proportion des jeunes hommes ont déclaré avoir participé activement à des viols collectifs<sup>14</sup>. Pour aider les jeunes hommes à éviter des comportements aussi nuisibles, il est d'abord nécessaire de comprendre les facteurs sociaux, culturels et économiques connexes qui les y poussent.

**LA VIE SEXUELLE ET PROCRÉATRICE DES HOMMES.** Pendant longtemps, les études de population et de santé en matière de procréation, contrairement à ce qui fut le cas dans d'autres domaines, ont été centrées presque exclusivement sur les femmes, particulièrement sur leur fécondité et leur vie procréatrice<sup>15</sup>. Les informations rassemblées sur les hommes étaient très limitées. De ce fait, peu de services et de programmes dans le domaine de la santé en matière de procréation donnent une image des besoins et perspectives spécifiques des hommes. Cependant, l'analyse d'enquêtes nationales portant sur les hommes âgés de 15 à 54 ans, conduites au cours des 10 dernières années dans 39 pays en développement, permettent maintenant de mieux comprendre le comportement sexuel masculin et la manière dont il s'écarte de celui des femmes<sup>16</sup>.

Les données révèlent que l'initiation sexuelle des hommes est généralement plus précoce que celle des femmes et qu'ils ont davantage de partenaires sexuels, que ce soit dans le mariage ou hors du mariage<sup>17</sup>. Un nombre relativement faible de jeunes hommes âgés d'un peu plus de 20 ans ou de moins sont mariés. Mais les jeunes hommes ont généralement plus de partenaires sexuels que les hommes plus âgés, ce qui rend d'autant plus nécessaire de prêter une attention spéciale à ce groupe d'âge pour la prévention du VIH. Dans presque tous les pays en développement sur lesquels a porté l'enquête, la majorité des hommes âgés de 20 à 24 ans déclarent avoir été sexuellement initiés avant leur vingtième anniversaire. Bien que ce taux varie sensiblement par région, jusqu'à 35 % signalent dans certains pays avoir été sexuellement initiés avant leur quinzième anniversaire<sup>18</sup>.

La santé en matière de procréation et la contraception demeurent essentiellement une responsabilité féminine. Un pourcentage élevé des hommes mariés âgés de 25 à 39 ans, surtout en Afrique subsaharienne, déclarent ne pas avoir parlé de planification familiale avec leurs partenaires. Les méthodes masculines – préservatifs et vasectomie – ne représentent qu'un faible pourcentage de la contraception au niveau mondial, excepté dans quelques pays industrialisés et en Chine<sup>19</sup>.

## 26 DES HOMMES EN TRANSITION EN AMÉRIQUE CENTRALE

La recherche sur la paternité, où l'Université d'Amérique centrale a ouvert la voie avec le soutien de l'UNFPA, a identifié les facteurs qui influent sur les rôles des hommes en tant que pères. L'enquête a porté sur un chiffre total de 4 790 pères, sur d'autres hommes et des femmes au Costa Rica, en El Salvador, au Honduras et au Nicaragua. Trois types sont apparus :

Les **'hommes traditionnels'** (51 % des hommes interviewés) posent en principe que les hommes sont "par nature" au sommet de la hiérarchie familiale. Ils sont à leurs propres yeux chargés de pourvoir aux besoins de la famille et d'assurer la discipline – par la force si nécessaire. Ils croient que l'affection et la compréhension à l'égard de leurs enfants peuvent éroder leur autorité et le respect qui leur est dû et ils considèrent les relations sexuelles (des maris) hors mariage acceptables. Ces hommes sont généralement âgés de 50 ans au moins, pauvres, illettrés ou dotés d'une éducation très limitée et vivent dans les zones rurales.

Les **'hommes modernes'** (39 %) se montrent affectueux avec leurs enfants et partagent la responsabilité de leur éducation, même si le couple est dissous. Ils rejettent le recours à la violence, voient dans la contraception une responsabilité partagée et sont favorables à l'idée que les femmes assument des rôles hors du foyer. La plupart sont âgés de 20 à 49 ans, dotés d'une éducation secondaire ou supérieure et vivent dans les villes. Beaucoup des hommes "modernes" ou "en transition" sont de jeunes pères familiers avec les idées et normes nouvelles concernant l'égalité des sexes et partagent avec les femmes les droits et responsabilités en matière de procréation.

Les **'hommes en transition'** (les 10 % restants) se situent dans l'entre-deux. Ils énoncent des notions incertaines et parfois contradictoires de l'identité masculine.

Il existe de manière générale une étroite corrélation entre un niveau d'éducation élevé et des attitudes plus soucieuses d'équité entre les sexes. Cela confirme la recherche menée par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, laquelle suggère qu'il est essentiel d'assurer à tous une formation secondaire complète pour réduire la pauvreté et introduire les transformations économiques et sociales nécessaires à la réalisation des OMD.

La proportion des hommes âgés de 15 à 49 ans qui savent que l'utilisation de préservatifs prévient la transmission du VIH est extrêmement variable – allant de 9 % au Bangladesh à 82 % au Brésil. L'utilisation de préservatifs augmente en bien des endroits chez les hommes sexuellement actifs, en particulier ceux qui ont un niveau d'éducation élevé ou qui vivent dans les zones urbaines. Ceci peut s'expliquer par la disponibilité de cet article : moins de la moitié des hommes qui vivent dans les zones rurales de la Guinée, du Mali, du Mozambique, du Niger et du Tchad connaissaient un endroit où se procurer des préservatifs<sup>20</sup>.

Une proportion inquiétante des hommes atteints d'infections sexuellement transmissibles n'informent pas leurs partenaires sexuels. Dans certains pays en développement, au moins trois hommes sur 10 âgés de 15 à 54 ans ne l'ont pas dit

à leurs partenaires; au Bénin et au Pérou, 6 sur 10. Parmi les jeunes hommes sexuellement actifs âgés de 15 à 24 ans qui, au Bénin, au Mali, au Niger et en Ouganda, avaient contracté une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois, la moitié seulement ou moins encore en ont informé leurs partenaires<sup>27</sup>.

## Atteindre les garçons et les hommes

Encouragés d'abord par l'appel de la CIPD à faire participer les hommes, puis par l'urgence de l'épidémie du sida, des projets novateurs ont pris contact avec les hommes dans les bars et les maisons closes, dans les salons de coiffure et aux arrêts de camion, sur les terrains de sport et dans les centres de jeunesse, dans les casernes et les écoles de police, les mosquées et les églises, les salles de classe et les dispensaires.

Les hommes ont été abordés en tant que fils, pères, maris, partenaires sexuels, anciens d'un groupe, éducateurs, prestataires de soins de santé, journalistes et responsables. On a recouru aux bandes dessinées et à la musique rap, aux sites Internet et aux lignes téléphoniques ouvertes en permanence, aux pairs éducateurs et aux conseillers de groupe, aux jeux et aux productions théâtrales, à la radio et aux entretiens télévisés. Plusieurs pays s'intéressent de plus en plus à la fonction parentale des hommes<sup>28</sup>. Parce que les hommes écoutent plus volontiers d'autres hommes, les projets ont mobilisé des figures respectées de communautés, depuis le personnel politique de haut rang jusqu'aux dirigeants religieux. En Arabie saoudite, des clercs ont interdit aux pères d'imposer à leurs filles le choix d'un mari; au Cambodge, des moines ont pris la parole sur la prévention du VIH; au Brésil, des représentants du gouvernement central et de ceux des États ont encouragé les hommes à aider à en finir avec la violence contre les femmes<sup>29</sup>. En 2005, l'UNFPA a organisé une conférence régionale d'associations islamiques représentant 17 pays africains. Des imams et d'autres dirigeants religieux ont adopté une déclaration exhortant à promouvoir les droits des femmes et leur santé en matière de procréation comme "indispensables pour sauver la vie de nos sœurs et de nos filles et réduire la pauvreté en Afrique"<sup>24</sup>.

Ces efforts divers reflètent plusieurs approches de l'appel aux hommes<sup>25</sup>. L'approche la plus ancienne et la plus répandue est centrée sur les **hommes en tant que clients** et vise à rendre l'information et les services dans le domaine de la santé en matière de procréation plus accessibles et plus attrayants aux hommes<sup>26</sup>. Il s'agit notamment de dépasser l'idée que la santé en matière de procréation est un souci de femme et

d'oblitérer le fait que les services sont souvent conçus pour les femmes ou utilisés en premier lieu par elles. Les hommes affirment souvent avoir honte de rechercher des services de santé et ne le feront probablement qu'en dernier recours<sup>27</sup>.

L'approche **hommes en tant que partenaires** reconnaît l'influence des hommes sur les options et décisions dans le domaine de la santé en matière de procréation<sup>28</sup>, et encourage hommes et femmes à aborder ensemble des questions telles que la contraception, les plans d'urgence pour l'accouchement, le dépistage du VIH sans obligation et les conseils y afférents, ainsi que les conseils délivrés après avortement. Cette approche peut aller au-delà de la santé en matière de

procréation et faire intervenir les hommes dans des problèmes plus vastes, comme la violence sexiste et la mutilation/coupe génitale féminine.

Une troisième approche, qui met l'accent sur les **hommes en tant qu'agents d'un changement positif**, les fait participer plus pleinement à la promotion de l'égalité des sexes et du changement social. Elle offre aux hommes des occasions de réfléchir sur l'histoire et les expériences de leur propre vie, de mettre en question les attitudes sexistes et de reconnaître comment les inégalités entre les sexes

nuisent à leurs partenaires et à eux-mêmes.

Les programmes qui visent à faire participer les hommes plus efficacement affrontent un dilemme qui soulève des problèmes éthiques et relatifs aux droits humains. Les programmes qui négligent les déséquilibres actuels de pouvoir entre hommes et femmes risquent d'avoir l'effet non recherché de renforcer les inégalités et le contrôle des hommes sur la prise des décisions concernant les femmes. C'est un point particulièrement critique dans le domaine de la santé en matière de procréation. C'est pourquoi une approche soucieuse des sexospécificités qui soit claire et explicite s'impose en vue d'élaborer des politiques et programmes.

## Réinterpréter la masculinité

Les pressions sociales et les codes d'honneur avec lesquels grandissent garçons et hommes peuvent les encourager à rivaliser, à recourir à la violence ou à prendre des risques sexuels afin de démontrer leur "virilité"<sup>29</sup>. Comme on leur a enseigné à dissimuler leurs craintes et émotions, il peut leur être difficile de révéler leurs véritables sentiments et préoccupations. Ces normes sexospécifiques sont souvent rigides et contraignantes, mais elles ne sont pas statiques. Il est possible de dégager des solutions de rechange qui soient positives<sup>30</sup>. La notion de force,

*"Si vous présentez l'image d'un service de santé comme spécialisé dans les soins aux mères et aux enfants, évidemment un homme ne le visitera pas. Il se dit à lui-même : qu'irais-je faire dans un service conçu pour les femmes? Je ne suis pas enceint[e]. Évidemment, les hommes n'iront pas."*

— Un interviewé en réponse à une enquête patronnée par l'UNFPA sur les perspectives ouvertes aux hommes au Nicaragua

par exemple, peut conduire à un comportement violent, mais elle peut aussi trouver son expression dans une résistance à la pression exercée par les pairs ou dans l'aptitude à se protéger, ainsi que les êtres chers. Parfois, la manière dont le message est formulé fait une grande différence : dans plusieurs pays d'Amérique latine, dire aux jeunes hommes qu'ils ont le droit d'intervenir dans la vie de leurs enfants a eu un effet positif, mais présenter leur intervention comme un devoir a eu l'effet opposé<sup>31</sup>.

La recherche montre que beaucoup d'hommes, dans toutes les parties du monde, expriment un intérêt à intervenir davantage dans la santé de leurs partenaires en matière de procréation. Mais une réaction négative d'autres hommes, des membres de la famille et des employeurs, et la résistance des prestataires de soins de santé peuvent empêcher les hommes de concrétiser leur intérêt<sup>32</sup>. Ils se sentent parfois mal à l'aise avec des normes sexospécifiques rigides, mais sont incapables de les contester par leurs propres moyens, sans le soutien de leurs pairs et sans un environnement social favorable.

Certains programmes ont montré que si des possibilités et un encouragement leur en sont donnés, les hommes sont portés à adopter des attitudes et comportements plus équitables et plus sains<sup>33</sup>. Par exemple, des jeunes hommes ont formé spontanément des groupes de pression pour s'opposer à la mutilation/coupe génitale féminine en Ouganda, grâce au Reproductive, Educative and Community Health Project soutenu par l'UNFPA et exécuté en partenariat avec l'Association des anciens Sabiny<sup>34</sup>. Au Malawi, à l'Association nationale des personnes atteintes du VIH/sida, neuf sur 10 de ses membres masculins ont avoué qu'ils étaient incapables de révéler à leur épouse leur condition de séropositif. Après la création de groupes d'appui pour les jeunes couples, non moins de 65 % des jeunes hommes qui étaient auparavant incapables de reconnaître leur condition de séropositif ont fait venir leur épouse<sup>35</sup>.

Au Malawi également, le Réseau des hommes pour l'égalité des sexes patronne des clubs d'hommes qui font prendre conscience des problèmes relatifs à l'égalité des sexes. Le Viet Nam s'intéresse désormais au partage des responsabilités domestiques, avec une campagne qui a pour slogan : "Si vous partagez les travaux ménagers avec les femmes, votre bonheur sera deux fois plus grand"<sup>36</sup>.

Au Pérou, le projet ReproSalud exécuté par le Mouvement Manuela Ramos a formé des éducateurs masculins à aider les hommes de communautés autochtones pauvres à réfléchir avec sens critique aux normes sexospécifiques et à la santé en matière de procréation. Leurs ateliers ont montré que les hommes

apprécient l'occasion qui leur est donnée de débattre de la violence, de l'alcoolisme, de la sexualité et de la paternité et d'envisager un mode de vie différent<sup>37</sup>. D'importants changements de comportement ont été également observés. Les centres locaux de santé ont signalé une augmentation spectaculaire du nombre d'utilisateurs de leurs services. Par exemple, un hôpital du voisinage a signalé une augmentation de 400 % des visites de planification familiale en l'espace d'un an. Les membres des communautés concernées étaient enthousiasmés par les changements que cette initiative avait introduits.

Le programme Men as Partners, lancé par EngenderHealth en Afrique du Sud, s'efforce de freiner la transmission du VIH au moyen d'ateliers, d'émissions radio et de dialogues sur l'Internet, qui comportent de francs débats entre hommes et femmes sur les normes sexospécifiques et les relations entre les sexes. Les ateliers sont souvent animés par des hommes que motive le fait d'avoir été eux-mêmes exposés à la violence familiale et au sida et qui sont convaincus de la nécessité d'introduire un changement. EngenderHealth, après avoir lancé le programme, l'a maintenant élargi par des partenariats avec d'autres groupes, comme le Men's Forum en Afrique du Sud, et en ajoutant une autre composante qui met l'accent sur les jeunes hommes<sup>38</sup>.

## Les années de formation

C'est en atteignant les garçons et les jeunes hommes de bonne heure que l'on a la meilleure chance de les imprégner de valeurs équitables en matière d'égalité des sexes. Les garçons

qui grandissent auprès d'hommes leur offrant un modèle positif remettent plus souvent en question les inégalités entre les sexes et les stéréotypes nuisibles<sup>39</sup>. Il est d'autre part urgent de s'adresser aux jeunes : les hommes âgés de 15 à 24 ans sont ceux qui font montre des comportements les plus risqués concernant la transmission du VIH, notamment parce qu'ils ont de multiples partenaires sexuels et usent de drogues par injection

<sup>40</sup>. Malheureusement, le programme scolaire typique n'offre pas aux jeunes l'occasion d'apprendre comment gérer une relation, de débattre des normes et de la pression exercée par les pairs, de soulever des doutes et des questions<sup>41</sup>. Il faut dépasser le cadre scolaire pour atteindre les adolescents appauvris ou marginalisés qui ont quitté l'école et sont exposés au VIH, à la toxicomanie et à la violence.

Au Kenya, le programme Accéder à l'âge adulte ("Climbing to Manhood") de l'hôpital Chogoria tire parti des rites traditionnels de passage masculins et de la réceptivité accrue des garçons durant cette période de retraite pour leur

*« Je serai un mari différent [de celui que mon père a été]. Je partagerai les besognes domestiques, je lui prêterai soutien hors du foyer, je la laisserai libre. Je ne la tiendrai pas pieds et poings liés. »*

— Victor, 25 ans, membre du projet  
Conscientizing Male Adolescents, au Nigéria

Dans le contexte des OMD, la politique nationale offre une occasion importante mais généralement négligée de tenir compte des perspectives et rôles masculins. Certains pays ont commencé à aborder, par des moyens politiques et législatifs, les rôles des hommes sur les plans de la réduction de la pauvreté, de l'égalité des sexes et de la santé en matière de procréation.

La politique du Cambodge sur les femmes, la fillette et les IST/VIH/sida appelle à prêter attention au rôle des hommes. Il est affirmé que "la diffusion du VIH/sida parmi les femmes et les filles ne peut être ralentie que si des changements concrets sont introduits dans le comportement sexuel des hommes", et cette question est inscrite explicitement à l'agenda des décideurs et des prestataires de services.

Au Viet Nam, en 2002, le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté note combien peu d'hommes sont conscients de leurs rôles et responsabilités concernant la planification familiale et propose des politiques destinées à encourager l'utilisation des contraceptifs masculins. Au Botswana, la politique de

planification familiale met les hommes au premier rang d'une liste de "groupes spéciaux" et fournit des directives sur la manière de les traiter comme clients.

En de nombreux pays, les politiques de la jeunesse prêtent une attention accrue aux jeunes hommes. Les soucis relatifs aux jeunes Jamaïcains, par exemple, ont conduit à mettre l'accent sur l'éducation des jeunes hommes, les rôles modèles masculins et la paternité. La Politique nationale de la jeunesse adoptée par la Jamaïque en 1994 appelle à promouvoir "l'équité entre les sexes et la transformation des normes imposées par la société et des pratiques culturelles concernant l'idéal masculin et l'idéal féminin".

De manière générale, tant les pays développés que les pays en développement ne se sont qu'assez peu préoccupés de prêter soutien aux hommes en tant que pères. Au cours des 20 dernières années, toutefois, des politiques et des programmes ont été adoptés dans des pays d'Europe occidentale, d'Amérique du Nord et en Australie pour encourager le rôle des hommes en tant que pères, notamment en accordant un

congé de paternité. Plusieurs pays d'Amérique latine ont adopté une législation obligeant les pères à prêter des soins et un appui financier à leurs enfants, bien que des budgets limités et d'insuffisantes mesures d'application en aient restreint l'efficacité.

Au Costa Rica, la loi novatrice sur la paternité responsable adoptée en 2001 présente les obligations du père dans la perspective du droit des enfants de connaître leurs parents et d'en recevoir un soutien; ce faisant, la loi efface en partie l'opprobre qui frappait les enfants de naissance illégitime. La législation, qui a institué des procédures par lesquelles les mères peuvent présenter des demandes légales et prescrit un test génétique pour déterminer l'identité du père, semble être à l'origine d'une chute du nombre des enfants non reconnus par leurs pères – la proportion en est tombée de 29,3 % en 1999 à 7,8 % en 2003. La loi réclame aussi des campagnes de sensibilisation, des crédits budgétaires annuels destinés à couvrir le coût des tests d'ADN et la formulation d'une politique nationale pour la promotion de la paternité responsable.

parler des comportements sexuels, des drogues et des relations<sup>42</sup>. "Masculinity at Play", programme pilote lancé par l'Organisation panaméricaine de la santé, met à contribution l'enthousiasme juvénile des garçons pour le sport. Dans plusieurs pays d'Amérique latine, les moniteurs de football ont été formés à intégrer dans l'entraînement donné à des garçons de 8 à 12 ans des leçons sur l'équité entre les sexes, les droits et responsabilités des adolescents et les modes de vie sains<sup>43</sup>. En Ouganda, l'Alliance pour la jeunesse africaine a dispensé à plus de 500 000 jeunes, en 2003 et 2004, une éducation sur la santé en matière de procréation et la prévention du VIH, ainsi que les services y afférents. Ces activités externes se sont avérées particulièrement efficaces pour les garçons âgés de 10 à 14 ans, qui généralement ne se rendent pas dans les centres de santé.

Au Nigéria, le projet "Faire prendre conscience aux adolescents" ("Conscientizing Male Adolescents"), géré par des membres masculins de la communauté, recourt à des dialogues structurés pour encourager une réflexion critique chez les jeunes hommes de 14 à 20 ans qui ont montré des qualités de dirigeant. Les discussions portent sur l'oppression et la violence sexistes, la dynamique du pouvoir au sein de la famille, les relations intimes, la santé en matière de procréation et de sexualité, les droits humains et la démocratie<sup>44</sup>.

En Égypte et en Inde, le Centre for Development and Population Activities (CEDPA), ONG internationale, apprend

aux jeunes à mettre en question les inégalités entre les sexes tout en élargissant leurs options. Son programme atteint les jeunes hommes par des classes de formation professionnelle, des classes de rattrapage, des gymnases, des clubs et d'autres organisations communautaires<sup>45</sup>.

Le programme H, lancé d'abord au Brésil, forme des professionnels de la santé et de l'éducation à travailler avec des groupes de jeunes hommes sur divers sujets : prévention de la violence, paternité, santé en matière de sexualité et de procréation. Les ateliers encouragent la réflexion sur les notions traditionnelles de masculinité et sur l'adoption d'attitudes et de pratiques plus soucieuses d'équité entre les sexes. Le programme H est actuellement reproduit avec le soutien de l'UNFPA au Costa Rica, au Honduras, au Nicaragua et au Panama et s'étend aussi à des pays d'Afrique et d'Asie<sup>46</sup>.

### Accélérer les progrès

À de nombreuses fins — réduction de la pauvreté, égalité des sexes, santé en matière de procréation, arrêt de l'épidémie du sida et élimination de la violence contre les femmes (voir chapitre 7) — l'intervention des hommes a des avantages bien clairs. Les initiatives, politiques et lois de date récente font la preuve de leur succès. Cependant, les contraintes budgétaires assombrissent l'horizon et la résistance socioculturelle à plus d'égalité persiste. Bien que de nombreux programmes nova-

teurs soient apparus au cours de la dernière décennie, ils sont généralement de faible ampleur.

La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement exigera une participation des hommes plus directe et à plus grande échelle. Les programmes relatifs à la santé en matière de procréation et à l'égalité des sexes exécutés dans les forces armées et de police offrent un modèle. Dans chaque région, des pays ont collaboré avec l'UNFPA pour tirer parti des infrastructures en place (services de santé des forces armées et éducation) en vue d'atteindre de vastes segments de la population, en particulier les jeunes qui représentent la majorité des recrues et constituent un groupe essentiel auquel s'adresser pour prévenir les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH<sup>47</sup>. Un projet visant les forces armées du Botswana a choisi l'urgence de prévenir le VIH comme point d'attaque pour faire prendre conscience d'autres aspects de la santé et des droits en matière de procréation. Dans le nord-ouest de la Namibie, des officiers de l'armée et de la police, de même que des entraîneurs de football, ont été formés aux problèmes de santé en matière de procréation. Le projet, qui a utilisé les brasseries locales pour diffuser ses messages, a le mérite d'avoir réduit la violence sexiste et augmenté le nombre de demandes de tests de dépistage volontaires et d'accompagnement psychologique, ainsi que de préservatifs<sup>48</sup>.

En Amérique latine, l'UNFPA a aidé à officialiser dans neuf pays, au cours de la décennie écoulée, les programmes de santé en matière de procréation, d'égalité des sexes et de prévention du VIH exécutés au sein des forces armées. En Équateur, l'éducation à la santé en matière de procréation dans les écoles militaires et les unités de l'armée a été élargie aux familles d'officiers. Les stéréotypes sexuels semblent avoir commencé à changer et les relations entre les pères et leurs enfants adolescents se sont améliorées.

Au Nicaragua, les programmes de santé en matière de procréation sont aujourd'hui officiellement prescrits à tous les niveaux des services de santé militaire et des cours de formation. Un millier de jeunes recrues ont été formés pour constituer des Brigades de santé en matière de sexualité et de procréation; ils éduquent leurs communautés respectives

après la fin du service militaire. Le personnel féminin de l'armée déclare être désormais mieux respecté et mieux informé des droits des femmes en matière de procréation. La demande de préservatifs a aussi augmenté<sup>49</sup>.

Parmi les autres moyens d'amplifier la participation des hommes, il faut citer les contacts avec les salariés sur le lieu de travail et les infrastructures nationales de santé. En Haïti, le Groupe de lutte contre le sida, une ONG, a atteint 20 000 hommes dans les entreprises de service public et les ateliers de mise en bouteilles<sup>50</sup>. Le Bangladesh a essayé d'intégrer les services pour hommes dans les centres de santé et de protection féminine situés dans les zones rurales. Si un élargissement du projet pilote aboutit à des

améliorations notables, le Ministère de la santé envisage d'étendre cette mesure à 3 700 centres de santé du pays entier<sup>51</sup>.

Tant les rapports intérimaires du Secrétaire général de l'ONU sur la Conférence de Beijing, en 2005, que la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida réaffirment la nécessité de transformer les normes sociales concernant les garçons et les hommes et de les faire participer en tant que

partenaires à la promotion des droits humains des femmes, à l'arrêt de l'épidémie du VIH et aux soins dispensés aux membres de la famille séropositifs<sup>52</sup>. L'attention plus grande portée aux hommes soulève certaines importantes questions. Puisque les femmes supportent un fardeau disproportionné sur le plan de la santé en matière de procréation, les efforts fait en direction des hommes ne doivent pas leur porter préjudice ni détourner les rares ressources des programmes dont celles-ci ont désespérément besoin. Une solution est de faire participer les hommes de manières qui bénéficient aux deux sexes et dans le but explicite de promouvoir l'égalité des sexes. Les résultats des diverses initiatives donnent à penser que les efforts faits pour atteindre tant les hommes que les femmes pourraient favoriser les progrès vers la réalisation des objectifs internationaux de développement. Il faut donc mobiliser des ressources et une volonté politique suffisantes pour accélérer l'élan vers un monde plus soucieux d'équité entre les sexes, comme le demande le Projet objectifs du Millénaire.

*“J’ai appris à passer plus de temps à parler avec mon amie. Maintenant je me soucie davantage d’elle ... il est important de savoir ce que l’autre personne veut, de l’écouter. Avant [les ateliers], je ne me souciais que de moi-même”.*

— Un jeune participant brésilien au programme H.



# 7 La violence sexiste : un prix trop élevé

*“[Une] femme qui vit sous la menace de la violence quotidienne ... n'est pas véritablement libre.”*

— Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU, *Dans une liberté plus grande*

La violence sexiste est peut-être la violation des droits humains la plus répandue et la plus tolérée par la société. Son coût pour les femmes, leurs enfants, familles et communautés représente un important obstacle à la réduction de la pauvreté, à l'égalité des sexes et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La violence est une expérience traumatique pour tout homme ou toute femme, mais la violence sexiste est infligée dans l'immense majorité des cas par des hommes à des femmes et des filles. Elle reflète et en même temps renforce les inégalités entre hommes et femmes et compromet la santé, la dignité, la sécurité et l'autonomie de ses victimes.

On estime qu'au niveau mondial, une femme sur cinq sera au cours de sa vie victime d'un viol ou d'une tentative de viol<sup>1</sup>. Une sur trois aura été battue, contrainte à avoir des rapports sexuels ou victime d'autres sévices, généralement du fait d'un membre de sa famille ou d'une personne de connaissance<sup>2</sup>. Le plus souvent, les responsables de ces actes restent impunis. Chaque année, des centaines de milliers de femmes et d'enfants sont victimes du trafic des humains et réduits en esclavage; des millions d'autres font l'objet de pratiques nuisibles. La violence tue et rend infirmes autant de femmes âgées de 15 à 44 ans que le cancer. Et le tribut qu'elle prélève sur la santé des femmes dépasse celui des accidents de la circulation et du paludisme combinés<sup>3</sup>.

Les conséquences de la violence sexiste sont catastrophiques. Celles qui survivent éprouvent souvent une détresse affective, des problèmes de santé mentale et une mauvaise santé en matière de procréation qui durent toute leur vie. Les femmes victimes de sévices sont aussi plus exposées à contracter le sida<sup>4</sup>. La plupart des femmes qui ont fait l'objet d'agressions physiques ou sexuelles utilisent souvent et pour une longue durée les services de santé<sup>5</sup>. L'impact de la violence peut aussi s'étendre aux générations futures : les enfants qui ont été témoins de sévices ou en ont été eux-mêmes victimes en supportent de durables séquelles sur le plan psychologique<sup>6</sup>.

Le coût est élevé pour les pays aussi bien : dépenses accrues de soins de santé, charges plus lourdes pour les

tribunaux, services de police et écoles; et pertes pour l'éducation et la productivité. Au Chili, la violence familiale a coûté en 1996 aux femmes une perte de gain équivalente à 1,56 milliards de dollars, soit plus de 2 % du PIB national<sup>7</sup>. En Inde, une enquête a montré que les femmes perdent en moyenne sept jours de travail chaque fois qu'elles subissent des actes de violence<sup>8</sup>. La violence familiale représente pour les Australiennes d'âge procréateur le plus important risque de santé, entraînant des pertes d'environ 6,3 milliards de dollars par an<sup>9</sup>. Aux États-Unis, ce chiffre s'élève à environ 12,6 milliards de dollars par an<sup>10</sup>. Les institutions financières internationales ont également commencé à en prendre note. La Banque interaméricaine de développement, par exemple, réagit à la violence sexiste à travers ses portefeuilles de prêts<sup>11</sup>.

## L'ampleur et les nombreuses formes de la violence sexiste

La violence sexiste peut être le fait de partenaires, de membres de la famille, de personnes de connaissance ou d'étrangers. Longtemps considérée comme une affaire privée, elle est aujourd'hui reconnue par la communauté internationale comme une violation des droits humains, qui résulte de la condition subordonnée des femmes (voir encadré 28). Les plans d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994) et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ont reconnu que l'élimination de la violence sexiste est une condition première de l'égalité des sexes et de l'habilitation des femmes. Le terme englobe la violence familiale, les formes sexuelles et psychologiques de sévices, aussi bien que les pratiques nuisibles, comme la mutilation/coupure génitale féminine. Il recouvre aussi la sélection prénatale par le sexe et l'infanticide des filles – manifestation extrême de la faible valeur sociale qui leur est reconnue (voir encadré 29). La pratique systématique du viol, arme de terreur de plus en plus utilisée durant les conflits armés, a conduit à adopter des accords internationaux de grande importance pour protéger les femmes et punir ses auteurs (voir chapitre 8).

En 1993, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes a offert la première définition officielle de la violence sexiste :

Article 1 : Les termes « violence à l'égard des femmes » désignent tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

L'article 2 de la Déclaration énonce que cette définition englobe, sans y être limitée, la violence physique, sexuelle et psychologique exercée au

sein de la famille ou de la collectivité, ou perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle s'exerce. Ces actes comprennent : les coups portés par l'époux; les sévices sexuels, y compris infligés aux enfants de sexe féminin; la violence liée à la dot; les viols, y compris le viol conjugal; la mutilation/coupure génitale féminine et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme; la violence non conjugale; la violence sexuelle liée à l'exploitation; le harcèlement sexuel et l'intimidation sur les lieux de travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs; le proxénétisme et la prostitution forcée.

Le Programme d'action de Beijing (1995) a élargi cette définition, précisant qu'elle inclut : les

violations des droits des femmes en situation de conflit armé, y compris le viol systématique, l'esclavage sexuel et la grossesse forcée; la stérilisation forcée, l'avortement forcé, l'utilisation de contraceptifs par la contrainte ou la force; la sélection prénatale fondée sur le sexe et l'infanticide des filles. Il reconnaît en outre les vulnérabilités propres aux femmes qui appartiennent à des minorités : les femmes âgées et déplacées; les communautés autochtones, réfugiées et migrantes; les femmes qui vivent dans des zones rurales pauvres ou des zones écartées, ou en détention.

La violence familiale est de loin la forme la plus commune de violence sexiste. Sur la base des données d'enquêtes, de 10 % des femmes dans certains pays à 69 % dans d'autres sont victimes de la violence familiale<sup>12</sup>. Dans un cas environ sur quatre, des sévices sexuels l'accompagnent<sup>13</sup>. La violence sexuelle peut comprendre l'intimidation physique et psychologique, des avances ou actes sexuels non sollicités, le viol conjugal ou commis durant un rendez-vous, et le chantage. Elle peut aussi profiter de l'insécurité financière d'une femme, en la menaçant de la renvoyer de son emploi ou en l'exploitant, par exemple en lui offrant de la nourriture ou un abri en échange de faveurs sexuelles. Le refus de la protection offerte par les contraceptifs est aussi considéré comme une forme de violence sexuelle<sup>14</sup>. Bien que les femmes victimes de sévices vivent souvent dans la terreur, beaucoup n'osent rien faire parce qu'elles craignent la désapprobation de leur communauté ou des représailles. Ces craintes peuvent être justifiées : des études menées dans les pays développés montrent qu'un nombre important d'homicides commis par le partenaire se produisent quand une femme tente de le quitter parce qu'il est violent, ou peu après. En Afrique du Sud, en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Israël, de 40 à 70 % des femmes victimes d'un meurtre ont été tuées par leur partenaire masculin<sup>15</sup>.

Le trafic des humains, parfois appelé "le plus important commerce d'esclaves de l'histoire", est en train de dépasser en importance la contrebande de drogues pour devenir l'une des entreprises illicites à la croissance la plus rapide<sup>16</sup>. D'après le rapport sur le trafic des personnes publié en 2005 par le Département d'État des États-Unis, de 600 000 à 800 000 personnes en font chaque année l'objet pour être

contraints au travail forcé, le plus souvent sous forme d'une exploitation sexuelle à fins commerciales. Environ 80 % sont des femmes et des filles, et jusqu'à 50 % sont des mineurs<sup>17</sup>. On estime à quelque deux millions le nombre d'enfants, surtout des filles, qui sont réduits à la condition d'esclaves sexuels dans l'industrie du sexe, dont le chiffre d'affaires atteint des milliards de dollars<sup>18</sup>. À l'intérieur de leurs pays respectifs, les victimes du trafic seraient encore plus nombreuses<sup>19</sup>. En 2000, la hausse alarmante du trafic à des fins sexuelles a incité l'Assemblée générale des Nations Unies à adopter un protocole à la Convention contre la criminalité transnationale organisée afin de protéger les femmes et les enfants<sup>20</sup>. En 2005, le Conseil de l'Europe a aussi adopté une convention sur le trafic des humains<sup>21</sup>. Un nombre croissant de pays développés et en développement ont adopté des lois et politiques destinées à lutter contre ce trafic<sup>22</sup>.

#### LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES, CIBLES DES ATTAQUES.

Les jeunes femmes et les adolescentes sont particulièrement exposées à la violence sexuelle. Près de 50 % de toutes les agressions sexuelles commises dans le monde entier visent des filles de 15 ans ou encore plus jeunes<sup>23</sup>. De très nombreuses jeunes femmes signalent avoir eu sous la contrainte leur première expérience sexuelle<sup>24</sup>. Dans les Caraïbes, ce groupe représenterait 48 % de toutes les jeunes femmes<sup>25</sup>. Des études menées en Jamaïque, au Mali, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe ont révélé que de 20 à 30 % des adolescentes avaient subi des violences sexuelles<sup>26</sup>. Les relations sexuelles forcées peuvent survenir en particulier dans le contexte des mariages d'enfants<sup>27</sup>. Au Burundi, les centres d'ONG qui, avec le soutien de l'UNFPA, offrent un appui aux

*“Jour après jour, mon mari et ma belle-famille m'attaquent verbalement et physiquement parce que je n'apporte pas une dot suffisante... Je ne peux rien faire à ce sujet.”*

— Jamna, 19 ans, mariée depuis six mois (Inde)



victimes de la violence sexuelle ont constaté que 88 % des femmes ayant recherché des soins en 2004 étaient jeunes. En Thaïlande, la violence exercée par leurs partenaires est une cause majeure de décès pour les femmes et filles âgées de 15 à 24 ans<sup>28</sup>.

Les femmes qui ont été une première fois victimes de sévices sexuels courent un risque accru de l'être de nouveau : 60 % des femmes dont la première expérience sexuelle a été subie sous la contrainte ont éprouvé de nouveau la violence sexuelle dans la suite de leur vie<sup>29</sup>. Les sévices sexuels et l'inceste durant l'enfance peuvent avoir des effets sur le comportement sexuel et la santé en matière de procréation qui durent toute la vie<sup>30</sup>. Les adolescentes victimes de sévices sont plus exposées à connaître des grossesses et avortements précoces et répétés, ainsi qu'à contracter des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Les adolescentes et les jeunes femmes sont aussi les cibles préférées des trafiquants d'êtres humains, des groupes armés durant les conflits, et elles sont soumises à des pratiques préjudiciables telles que le mariage d'enfants et la mutilation/coupeure génitale féminine.

*“Dans cette région, on s'emparerait de n'importe quelle fille comme moi. Il n'y a pas beaucoup de femmes ici. J'ai été vendue et il a fallu vivre avec lui ... Ce fut une expérience effrayante. Je ne pouvais pas m'échapper et je n'avais pas d'argent même pour un appel téléphonique. J'ai toujours voulu rentrer à la maison.”*

— Une Chinoise de 19 ans, vendue par son frère à un homme plus âgé

**UNE CULTURE DE SILENCE LES FAIT PASSER INAPERÇUES.** La violence contre les femmes a longtemps été enveloppée dans une culture de silence. Il est difficile de trouver des statistiques fiables, car la violence n'est pas toujours signalée à cause de la honte, de l'opprobre et de la crainte d'une vengeance<sup>31</sup>. Il n'est pas rare que les femmes soient blâmées d'avoir été violées et de déshonorer leurs familles.

L'Organisation mondiale de la santé a constaté que de 20 à 70 % des femmes interviewées dans sa recherche étendue à de nombreux pays parlaient pour la première fois des sévices subis<sup>32</sup>.

L'une des raisons pour lesquelles les femmes gardent le silence est qu'en de nombreuses sociétés la violence contre les femmes est acceptée comme un aspect “normal” des relations entre les sexes<sup>33</sup>. Dans certains pays, une forte proportion de femmes estiment que le mari peut avoir le droit de battre son épouse pour des raisons telles que le refus de rapports sexuels ou un retard dans la préparation des aliments (voir figure 5). Des études menées en Afrique du Sud et au Pérou ont établi que les filles comme les garçons interviewés croyaient que la victime d'une agression sexuelle était à blâmer et pouvait même avoir provoqué l'agression<sup>34</sup>.

## 29 LES FILLES QUI MANQUENT

La discrimination contre les filles peut commencer dans l'utérus. Dans certains pays, une préférence marquée pour les garçons a conduit à éliminer des millions de filles par une sélection prénatale fondée sur le sexe. Les bébés filles meurent aussi parce qu'on les néglige ou qu'on les laisse mourir d'inanition volontairement. En Asie, au moins 60 millions de filles sont “manquantes”. Dans certains pays, la sélection par le sexe est plus répandue dans les villes, où des techniques comme l'amniocentèse et les ultrasons sont facilement accessibles et se prêtent à un mauvais usage. Dans d'autres pays, elle est plus fréquente dans les zones rurales, où la préférence pour les fils s'affirme nettement. Les gouvernements ont proscrit la pratique et adopté des lois contre l'abandon des filles et la discrimination à leur rencontre, mais la pratique est profondément enracinée. En bien des endroits, elle est renforcée par la notion que les filles constituent une charge économique parce que l'on n'attend d'elles qu'une faible contribution au revenu familial ou qu'il faut donner une dot considérable. La sélection par le sexe est devenue une affaire rentable pour les médecins et les fabricants d'équipement médical.

Pour des raisons biologiques, il naît un peu plus de garçons que de filles. Pour 100 filles, on compte normalement 103 à 107 garçons. Cependant, comme les taux de mortalité masculine sont plus élevés que ceux de mortalité féminine tout au long de la vie, les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans la plupart des pays du monde. Le ratio national hommes/femmes peut être un indicateur significatif du degré de bien-être social. La pénurie de femmes et de filles dans certains pays asiatiques a des répercussions sociales éventuellement alarmantes, notamment la demande accrue du trafic de femmes, que ce soit pour les épouser ou en faire des travailleuses de l'industrie du sexe, et l'aggravation de leur situation d'ensemble.

Pour éliminer la pratique, il faut changer la manière dont filles et femmes sont appréciées par la société. En Inde, l'UNFPA soutient le Gouvernement dans une approche globale qui comporte le renforcement de l'intérêt médiatique, la création de réseaux à base communautaire chargés de déconseiller la pratique, la sensibilisation des prestataires de soins de santé et la participation des jeunes et autres

groupes importants. Dans l'État d'Haryana, où le déséquilibre du ratio hommes/femmes est l'un des plus élevés, les *jagriti mandalis* (“forums d'éveil”) remplissent la fonction de groupes féminins d'action sociale qui promeuvent les droits des filles. Ces groupes ont convaincu familles et médecins de ne pas pratiquer la sélection par le sexe. En Chine, où le Gouvernement vise à normaliser le déséquilibre du ratio hommes/femmes d'ici à 2010, l'UNFPA a travaillé de concert avec le Gouvernement, les universités et les médias pour faire prendre conscience du problème et amplifier la capacité de réaction. La Commission nationale de la population et de la planification familiale offre une initiative “soins aux filles” dans les communautés pauvres de 13 comtés. Des mesures d'incitation, telles que plans de pension ou récompenses monétaires destinées à contrebalancer les redevances scolaires, sont offertes aux parents de filles. En 2004, l'UNFPA et la Fondation Ford ont organisé une conférence internationale sur la sélection prénatale par le sexe, appelant l'attention des médias et des responsables sur les stratégies propres à éliminer la pratique.

### 30 AU NÉPAL, DES VIES SONT SAUVÉES ET LE TRAFIC DES HUMAINS COMBATTU

Séduite par les promesses mensongères d'un membre de sa famille, Maya (nom d'emprunt), aujourd'hui âgée de 35 ans, a quitté le Népal pour une maison close située à Kolkata (Inde) dès sa jeunesse. Pendant 14 ans, elle a été contrainte d'avoir des rapports sexuels avec 10 hommes par jour. Après avoir contracté le VIH, elle fut renvoyée au Népal, déprimée et prête au suicide. Elle a passé 35 jours à recevoir des conseils dans un refuge pour femmes situé à Nuwakot (Népal), que gère Beyond Trafficking : The Joint Initiative in the Millennium Against Trafficking in Girls and Women (JIT). Ayant repris confiance en elle-même, Maya a commencé à instruire d'autres femmes des réalités du trafic et de la prévention du VIH. JIT, produit d'une collaboration entre le Gouvernement népalais et l'Équipe de travail du système des Nations Unies contre le trafic des humains, s'efforce d'aider des femmes comme Maya à se remettre et à participer plus pleinement à la société, non seulement en tant que survivantes, mais aussi comme membres de la communauté riches d'expérience.

En de nombreuses sociétés, leur dépendance financière, leur place subordonnée et l'absence de droits juridiques et de services de conseils juridiques rendent difficile aux femmes de se protéger ou de mettre fin aux sévices en quittant leur domicile. Souvent, les femmes victimes de sévices sont isolées, tenues à l'écart de tout contact social ou d'activités productrices de revenu qui pourraient leur offrir la possibilité de mettre fin aux sévices. La menace de subir des privations peut les enfermer, ainsi que leurs enfants, dans des situations

marquées par la violence. Retenir les moyens d'assurer la survie ou la sécurité financière de la famille, ou causer un dommage aux biens ou à une entreprise, constitue une autre forme de violence. Cependant, de tels modes d'intimidation sont rarement reconnus par la loi, à certaines exceptions près, par exemple au Costa Rica, au Guatemala, au Honduras et en République dominicaine<sup>35</sup>.

Même là où des lois existent contre la violence sexiste, il arrive que le système d'application des lois et le système juridique ne leur prêtent pas appui<sup>36</sup>. Parfois, ils réduisent une seconde fois les femmes à l'état de victime. Il n'y a souvent pas de crédits budgétaires affectés à l'application des lois contre la violence sexiste, ce qui laisse un écart critique entre l'intention et la réalité. En Amérique latine et dans les Caraïbes, où la plupart des pays ont adopté des lois sur la violence familiale, une analyse des budgets ministériels fait apparaître l'insuffisance des moyens financiers affectés à leur application<sup>37</sup>.

### La violence contre les femmes et les OMD

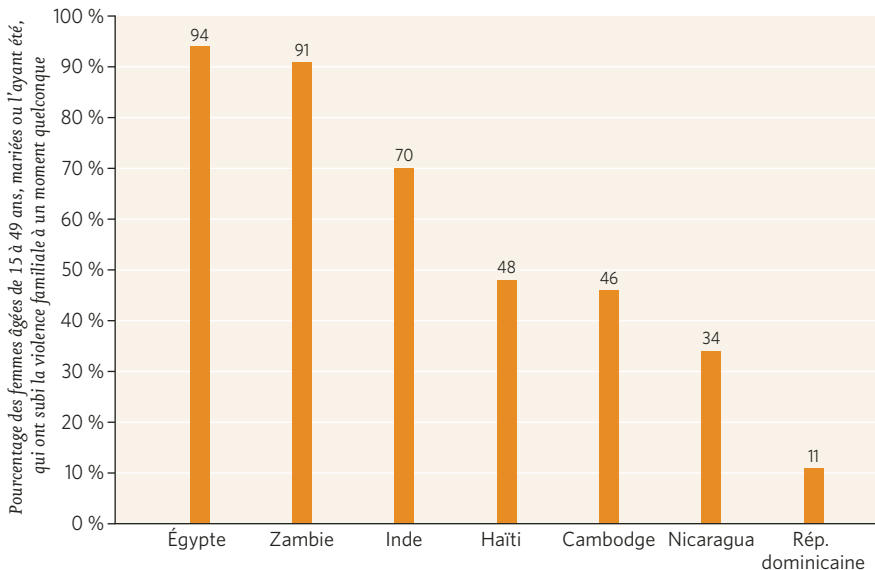
Le Projet objectifs du Millénaire affirme que "le droit d'être à l'abri de la violence, surtout pour les filles et les femmes" est un droit fondamental et sans lequel elles ne peuvent conduire une vie productive<sup>38</sup>. La violence sexiste met directement en danger la réalisation des OMD qui se rapportent à l'égalité des sexes et à l'habilitation des femmes, à la santé et à la mortalité maternelles et infantiles, et à la lutte contre le VIH/sida. Ce droit peut aussi affecter le niveau d'éducation : une étude

menée au Nicaragua a établi que 63% des enfants de femmes victimes de sévices ont dû redoubler une classe et ont quitté l'école en moyenne quatre ans plus tôt que les autres<sup>39</sup>. La violence sexiste met des obstacles à la pleine participation des femmes à la vie sociale, économique et politique. L'importance de ce problème est illustrée par l'appel de l'Équipe spéciale du Projet objectifs du Millénaire sur l'éducation et l'égalité des sexes pour une campagne mondiale sur la violence contre les femmes, sous l'égide du Secrétaire général de l'ONU<sup>40</sup>.

### CONSÉQUENCES POUR LA SANTÉ EN MATIÈRE DE PROCRÉATION.

La violence contre les femmes compromet la santé en matière de procréation et l'issue de la grossesse. Les conséquences en sont notamment : grossesses non désirées, avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et mortalité

**Figure 5 : Femmes qui croient que le mari peut battre sa femme à juste titre pour une raison au moins\***



\* Ces raisons sont les suivantes : ne pas prendre soin des enfants, sortir sans le dire au partenaire, avoir des discussions avec le partenaire, refuser les rapports sexuels, ne pas préparer un repas correctement/en temps voulu, parler à d'autres hommes

Source : S. Kishor et K. Johnson, 2004, *Profiling Domestic Violence : A Multicountry Study*, Calverton, MD : ORC Macro, Measure DHS+ : 66

maternelle; fausses couches et mortinatalité; retard dans la prestation de soins prénatals; accouchements prématurés<sup>41</sup>; lésions causées au fœtus et insuffisance pondérale à la naissance<sup>42</sup>. Les femmes victimes de sévices affrontent aussi des risques plus élevés de contracter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. La vulnérabilité à celles-ci augmente directement avec le viol et indirectement par la crainte de négocier l'utilisation de préservatifs. Le fait que les hommes violents ont généralement davantage de partenaires hors du mariage ajoute aux risques<sup>43</sup>. La coercition sexuelle est aujourd'hui considérée comme un important facteur de la hausse continue du taux de séropositivité chez les jeunes femmes (voir chapitre 5)<sup>44</sup>. Les viols brutaux, tels qu'ils se produisent en temps de conflit armé, peuvent entraîner une fistule, la perforation des organes sexuels et d'autres types de lésion<sup>45</sup>. Les conséquences physiques de la mutilation/coupage génitale féminine sont les suivantes : violente douleur, perte de sang excessive, état de choc, douleur durant les rapports sexuels, risque de contracter le VIH ou d'autres infections du fait de l'emploi d'instruments de propreté douteuse, inflammation chronique du pelvis, et même décès. Sur le plan psychologique, les effets en sont l'anxiété et la dépression<sup>46</sup>.

Une femme sur quatre environ est l'objet de sévices durant la grossesse, ce qui met en danger tant la mère que l'enfant<sup>47</sup>. Dans certains districts de l'Inde, 16 % des décès survenus durant la grossesse ont été attribués à la violence familiale<sup>48</sup>. La violence durant la grossesse quadruple le risque d'insuffisance pondérale à la naissance et double celui de fausse couche<sup>49</sup>. Au Nicaragua, les violences contre des femmes enceintes sont à l'origine de 16 % des cas d'insuffisance pondérale à la naissance<sup>50</sup>. Des études cliniques, par exemple à Hong Kong (SAR, Chine)<sup>51</sup> et en Ouganda<sup>52</sup>, ont établi que 30 % environ des femmes qui avaient subi des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses ont déclaré avoir décidé de mettre fin à leur grossesse principalement en raison des sévices subis.

**S'ATTAQUER AUX SÉVICES À L'AIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE PROCRÉATION.** Les services de santé en matière de procréation sont un cadre tout indiqué pour offrir un appui aux femmes qui ont subi des violences. Une visite à un centre de santé en matière de procréation peut représenter pour une femme l'unique chance d'obtenir de l'aide. Même en Afrique subsaharienne, où les infrastructures sanitaires sont très limitées, l'écrasante majorité des femmes reçoivent à un certain degré des soins prénatals ou une formation à la planification familiale<sup>53</sup>. Il peut s'avérer également rentable

de s'attaquer à la violence contre les femmes dans les centres de santé en matière de procréation. La violence est la cause de problèmes de santé récurrents et empêche une femme de se protéger contre les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles. En dépistant de manière habituelle les femmes dans les centres de santé en matière de procréation, on peut aider à réduire les risques tant pour les femmes que pour les nourrissons.

À la Conférence de Beijing de 1995, les gouvernements ont promis de "prévoir des services de santé mentale dans les systèmes de soins de santé primaire et ...[d']apprendre au personnel des services de santé primaire à repérer et soigner les petites filles et les femmes de tous âges qui sont victimes d'actes de violence"<sup>54</sup>. Durant les années 90, davantage de pays ont commencé à offrir des services intégrés pour traiter la violence sexiste. La Malaisie a été parmi les premiers pays à

créer "des centres de crise omnivalents" qui offraient des services tant médicaux que juridiques<sup>55</sup>. Les filiales de la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF) au Brésil, en Colombie, au Pérou et en République dominicaine ont élargi leurs services de santé en matière de reproduction de manière à y inclure une composante violence sexiste. Une évaluation

*"Je hais le mariage précoce : j'ai été mariée de bonne heure et ma belle-famille m'a obligée à dormir avec mon mari, qui m'a fait souffrir toute la nuit. Depuis, chaque fois que la nuit tombe, je suis inquiète à la pensée que cela va recommencer. C'est ce que je déteste le plus."*

— Une Éthiopienne âgée de 11 ans, mariée à 5 ans

d'un projet de la FIPF portant sur plusieurs pays a constaté que les taux de détection et d'aiguillage des femmes victimes de sévices avaient remarquablement augmenté au cours de la première année<sup>56</sup>. L'UNFPA a testé en 10 pays différents des interventions pilotes analogues effectuées dans des centres de santé en matière de procréation. Dans plusieurs d'entre eux, les interventions avaient conduit à augmenter le nombre des centres de santé offrant un dépistage sur place et des soins aux femmes victimes de sévices. En même temps, le réseau de services à la disposition des femmes au-delà du secteur sanitaire s'était élargi<sup>57</sup>. Les pays mettaient aussi de plus en plus à la disposition des femmes une contraception d'urgence en tant qu'élément des soins après le viol.

**L'ÉDUCATION, LA SÉCURITÉ ET LES AVOIRS ÉCONOMIQUES.** Bien que la violence sexiste touche les femmes de toute classe, la pauvreté et le manque d'éducation sont des facteurs de risque supplémentaires<sup>58</sup>. Des niveaux d'éducation plus élevés peuvent aider à prévenir la violence en habilitant les jeunes femmes. Des programmes éducatifs de bonne qualité peuvent aussi servir à sensibiliser les jeunes hommes au respect des droits des femmes.

Pour réaliser les OMD qui se rapportent à l'éducation, il est essentiel de garantir la sécurité des filles dans les écoles.

### 3I VIVRE À L'ABRI DE LA VIOLENCE : C'EST NOTRE DROIT

Une initiative lancée en 1998 par huit institutions des Nations Unies, dont l'UNFPA, montre comment des campagnes peuvent aider à maintenir une collaboration à long terme entre les gouvernements, la société civile, les groupes de femmes et le système des Nations Unies. La campagne interinstitutions des Nations Unies sur les droits humains des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes, "Vivre à l'abri de la violence : c'est notre droit", a reçu l'aval de 22 gouvernements; grâce à elle, le problème est resté inscrit à l'agenda des responsables et présent à l'attention du public.

La campagne a recouru aux médias, notamment une revue appelée "Maria Maria", à un concours de photos itinérant et à des annonces publiques pour stimuler aux niveaux national et régional l'action sur la violence contre les femmes. En 2001, un colloque sur la violence sexiste, la santé et les droits dans les deux Amériques a réuni des représentants des ministères de la santé, des organisations de femmes et de la société civile de 30 pays afin d'identifier les stratégies capables d'affronter le redoutable problème de santé publique que pose la violence contre les femmes. L'appel à l'action lancé par le colloque a nettement inscrit le droit des femmes à la sécurité individuelle sur l'agenda des systèmes de santé et exhorté les gouvernements et la société civile à prendre des mesures d'ensemble sur les plans législatif, financier et social. Les entités régionales et les institutions des Nations Unies poursuivent leur collaboration, soutenant et contrôlant les progrès aux niveaux régional et national.

Dans certains pays, les parents gardent leurs filles loin de l'école par crainte de sévices sexuels ou de viol. Certains pays prennent des mesures. Par exemple, le Gouvernement panaméen, avec l'appui de l'UNFPA, a mis en place un programme national visant à prévenir les sévices sexuels contre les filles dans les écoles<sup>59</sup>. Les femmes et filles qui vivent dans la pauvreté sont souvent plus exposées au viol, peut-être parce que leurs quartiers et les parcours au lieu de travail ou à l'école sont plus dangereux. Parmi les réactions couronnées de succès, il faut citer à Montréal "Entre deux arrêts", qui permet aux femmes de descendre de l'autobus aussi près de leur destination que possible durant la nuit et, à Bangkok, le service "Lady Bus"<sup>60</sup>.

La possession d'avoirs semble aussi un facteur de protection. Au Kerala (Inde), une enquête a établi que 49 % des femmes qui ne possédaient rien ont déclaré avoir été victimes de violence physique, contre 7 % seulement pour les femmes possédant des avoirs<sup>61</sup>. Dans certains cas, la lutte contre la violence est centrée sur l'attribution aux femmes de moyens économiques. En Algérie et au Maroc, l'UNFPA prête appui aux efforts menés pour faire une place à de telles initiatives dans les services existants à l'intention de celles qui survivent à la violence<sup>62</sup>. Au Venezuela, l'UNFPA a prêté appui aux efforts de la Banque nationale des femmes, *Banmujer*, pour intégrer la prévention de la violence dans ses services de

crédit. L'Institut national des femmes, membre d'un réseau d'organisations gouvernementales et non gouvernementales créé pour fournir les services pertinents aux victimes de sévices, dispose d'une ligne téléphonique ouverte en permanence pour signaler les cas de violence. Le personnel de la banque suit régulièrement des cours de recyclage sur la violence sexiste et la santé en matière de procréation afin de mieux répondre aux besoins des clientes autres que financiers. La promotion des droits économiques des femmes, y compris leurs droits en matière de propriété et de succession, comme l'a recommandé le Projet objectifs du Millénaire, peut aider les femmes à éviter les relations marquées par la violence et à y mettre fin<sup>63</sup>.

### Se mobiliser pour une 'tolérance zéro'

Depuis des décennies, les avocats des droits de la femme et des institutions internationales comme le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) travaillent à promouvoir une culture de tolérance zéro face à la violence à l'égard des femmes. Un nombre croissant de communautés, de coalitions et de pays se mobilisent autour de cette cause.

Vingt-cinq pays environ ont manifesté leur engagement en élaborant des plans d'action nationaux sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes<sup>64</sup>. De nombreux pays adoptent également des lois visant diverses formes de violence sexiste. Par exemple, la Tunisie a criminalisé le harcèlement sexuel en 2004. Au Niger, une loi de 2003 définit le viol et le harcèlement sexuel et interdit toute forme de réduction en esclavage des femmes et des enfants<sup>65</sup>. Au Kirghizistan, une loi a été adoptée en 2003 à l'initiative d'organisations non gouvernementales, qui ont réuni 30 000 signatures au niveau des communautés, ce qui ne s'était jamais vu auparavant, pour promouvoir une législation contre la violence. La Jordanie a cessé d'accorder l'impunité aux crimes d'honneur. Davantage de pays ont criminalisé le viol conjugal<sup>66</sup>.

La violence sexiste est un problème multidimensionnel qui exige une réaction multiforme. En Inde, les Centres de conseils aux familles, créés par le service de police de l'État de Madhya Pradesh et soutenus par l'UNFPA, fournissent des conseils et des services juridiques dans les cas suivants : violence liée à la dot, harcèlement par la belle-famille, mariage d'enfants, viol et sévices<sup>67</sup>. L'UNFPA a aussi travaillé en étroite liaison avec le Réseau des femmes africaines ministres et parlementaires afin d'amplifier leurs activités de plaidoyer au niveau national en faveur d'un renforcement des lois et des organismes d'application de celles-ci<sup>68</sup>. Au Kenya, des services de conseils aident les filles qui s'enfuient pour échapper à la mutilation/coupe génitale ou au mariage forcé à regagner leur domicile sans risques<sup>69</sup>. La Chine a produit à l'intention des travailleurs sociaux un manuel

## 32 AU PANAMA, UNE CAMPAGNE CONTRE LE TOURISME SEXUEL ET L'EXPLOITATION SEXUELLE

Avec le soutien de l'UNFPA, la Direction nationale panaméenne des questions féminines a lancé une campagne médiatique contre l'exploitation sexuelle le 25 novembre 2004, Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes. La campagne a ciblé le grand public, les fonctionnaires, les médias et les touristes, et fait connaître une loi sur le tourisme sexuel adoptée en 2000. Elle a diffusé des messages radio de célébrités, distribué des affiches dans les magasins de quartier, les cybercafés, les hôtels et casinos, et remis des pochettes d'information aux responsables gouvernementaux et aux journalistes. En présence des médias, l'épouse du Président et de hautes personnalités gouvernementales ont distribué aux touristes, à l'aéroport national, des cartes postales encourageant un tourisme sans danger de préférence au tourisme sexuel.

sur la violence familiale<sup>70</sup>. Il est essentiel de diffuser l'information juridique dans un langage qui soit facilement compréhensible pour garantir que les communautés, les femmes et les éventuels auteurs de violences – en particulier s'ils sont analphabètes, vivent dans la pauvreté ou parlent une langue différente – soient informés des droits et sanctions inscrits dans la loi.

Au Honduras, près d'une femme sur six âgée de plus de 14 ans déclare avoir été victime de violences physiques. Une initiative encore sans exemple consiste à former les officiers de police à se montrer plus soucieux des sexes quand ils interviennent dans les affaires de violence familiale. Le Ministère de la sécurité, la police nationale, l'Institut national des affaires féminines et l'UNFPA, agissant en partenariat, ont atteint leur but de former tous les diplômés de l'Institut national de police – environ 1 500 par an. Le cours relatif à la violence sexiste fait maintenant partie du programme ordinaire de formation de la police. La conférence régionale de 2004 sur la bonne gouvernance et l'égalité des sexes, réunie par la CEPALC, a reconnu dans cette initiative une "meilleure pratique" et l'a louée dans son rapport annuel comme la seconde des grandes réalisations du Gouvernement du Président actuel. Depuis que le projet a commencé en 2002, le nombre d'affaires de violence familiale signalées aux autorités a sensiblement augmenté, résultat de la collaboration de nombreuses autres organisations et institutions qui se sont mobilisées pour affronter le problème. Au niveau régional, le Conseil de la parité des sexes, qui relève de la Commission des chefs de la police en Amérique centrale et dans les Caraïbes,

*“Avant la formation, j'étais très déprimée et pensais toujours à la violence qui m'avait été infligée. Je vivais dans la crainte. J'avais très peur de partager mon expérience avec d'autres. Maintenant je me sens davantage en position de contrôle. En tant que policière, je peux mieux comprendre et aider une femme qui est victime de la violence familiale parce que j'en ai fait l'expérience de première main.”*

— Une policière qui fut elle-même victime de sévices, Centre de formation de la police, Département de La Paz (Honduras)

continue avec le soutien de l'UNFPA son activité en vue d'améliorer les réactions à la violence contre les femmes au moyen d'une formation et de protocoles soucieux d'égalité des sexes.

**CAMPAGNES NATIONALES : DES 'GAINS RAPIDES'.** Les campagnes nationales contre la violence sexiste sont l'une des solutions offrant un "gain rapide" recommandées par le Projet objectifs du Millénaire. Il s'agit d'initiatives relativement peu coûteuses et à fort impact dont on attend de recueillir des bénéfices pour le développement avant trois ans<sup>71</sup>. Dans certains pays, les efforts sont déjà en cours. Par exemple, la campagne "Arrêter la violence contre les femmes" a été lancée en Turquie en 2004 avec l'appui de l'UNFPA. Le Gouvernement a fait appel à des célébrités et des athlètes qui sont apparus dans des messages publicitaires diffusés sur 15 chaînes de télévision. La Fédération turque de football a produit des tee-shirts portant un slogan contre la violence et les dirigeants religieux ont prononcé des allocutions aux prières du vendredi dans toutes les mosquées. Le secteur privé a également participé à la campagne, apportant son soutien financier et se faisant le champion de la cause<sup>72</sup>.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, une campagne interinstitutions des Nations Unies a été à l'origine d'un progrès durable concernant ce problème (voir encadré 31) et a prêté appui à d'autres activités. La Thaïlande a lancé sa campagne "Amour et paix au foyer"<sup>73</sup>. Au Burundi, l'UNFPA a joué un rôle dirigeant dans une campagne nationale qui s'attaquait à la violence sexuelle contre les femmes, notamment en finançant une recherche sur l'ampleur de la violence sexuelle parmi les groupes de population déplacés. En 2004, du fait de la campagne, le nombre de femmes victimes de la violence sexuelle recherchant des

services dans les centres d'ONG soutenus par l'UNFPA a augmenté de 53 %. Ces centres prêtent également une aide juridique aux femmes violées par l'entremise de l'Association burundaise des femmes juristes et de la Ligue des droits humains ITEKA.

### Les hommes prennent position

Certaines initiatives acquièrent plus de force en mobilisant des groupes d'hommes pour promouvoir une culture de "tolérance zéro" face à la violence sexiste. La campagne Ruban blanc, par exemple, lancée au Canada et qui constitue la plus vaste activité de son genre dans le monde, part de l'idée que tous les hommes et tous les garçons doivent assumer la



responsabilité de mettre fin à la violence contre les femmes. La participation est ouverte à tout homme qui est opposé à la violence contre les femmes. Le port d'un ruban blanc représente un engagement personnel de ne jamais commettre ni tolérer d'actes de violence contre les femmes, ni de garder le silence à ce sujet. L'organisation encourage la réflexion qui conduit les hommes à agir individuellement et collectivement, distribue dans les écoles des pochettes éducatives, aborde des problèmes de politique générale et travaille en collaboration avec les organisations de femmes<sup>74</sup>. En 2004, une campagne nationale pour arrêter la violence contre les femmes a été lancée au Brésil par des groupes d'hommes et de femmes avec le soutien d'ECOS, organisation de recherche centrée sur la parité des sexes et la sexualité. Dans le cadre de la campagne, des acteurs comiques bien connus ont prêté leur concours à une vidéo affirmant que la violence contre les femmes n'est "pas drôle"<sup>75</sup>.

Une ONG philippine, Harnessing Self-Reliant Initiatives and Knowledge, a mis au point un modèle de formation sociale d'égalité des sexes sur les stéréotypes sexuels, la violence contre les femmes et d'autres problèmes connexes.

Certains des participants ont formé des groupes dans le but d'atteindre d'autres hommes et d'intervenir auprès des partenaires violents<sup>76</sup>. Au Cambodge, l'association « Des hommes contre la violence contre les femmes » soutient des campagnes annuelles contre la violence sexiste et s'efforce de fournir aux jeunes des rôles modèles<sup>77</sup>.

Bien que l'ampleur des dommages qu'elle cause soit de plus en plus reconnue, les réactions aux problèmes de la violence sexiste demeurent insuffisantes. Plusieurs initiatives n'ont eu qu'un impact limité en raison du manque de politiques et de plans d'action d'ensemble, ainsi que de la maigreur des données et des recherches sur lesquelles fonder et suivre ces initiatives. Fréquemment, les mécanismes d'application sont faibles et les ressources insuffisantes. Il est nécessaire de créer, améliorer et mettre pleinement en œuvre les cadres juridiques permettant de s'attaquer à la violence contre les femmes, car il s'agit de droits humains et d'un souci majeur de santé publique. Puisque la violence sexiste est si largement tolérée, une transformation sociale s'impose en fin de compte pour s'y attaquer avec succès. Toute approche globale et assurée du succès comporte les

éléments ci-après : renforcement des systèmes juridiques; investissements dans la sécurité, l'éducation, la santé et les droits en matière de procréation, ainsi que dans l'accès des femmes à l'autonomie sur le plan économique; éducation soucieuse d'égalité des sexes dès un jeune âge; systèmes de santé publique fournissant aux victimes soins appropriés et appui; mobilisation des communautés, de l'opinion et des dirigeants religieux, ainsi que des médias; et action auprès des hommes jeunes ou adultes pour qu'ils prennent fermement position sur le problème.

L'insuffisance des budgets<sup>78</sup> et les priorités concurrentes expliquent en partie l'inaction sur ce point. Cependant, le coût de mesures efficaces pour réduire la violence est insignifiant en comparaison de son impact humain, social et économique sur la génération présente et les générations

futures. Au Tadjikistan, par exemple, le Projet objectifs du Millénaire a évalué à seulement 1,30 dollar par habitant et par an le montant nécessaire pour avoir une meilleure chance d'effectuer une série d'interventions sexospécifiques, parmi lesquelles la lutte contre la violence sexiste<sup>79</sup>. Aux États-Unis, la loi sur la violence contre les femmes de 1994 a produit un bénéfice net évalué à 16,4 milliards de dollars, ce qui prouve que les coûts de la prévention sont beaucoup moins élevés que ceux de l'inaction<sup>80</sup>. Les investissements dans la prévention de la violence et dans la protection des femmes ont un rapport coût-efficacité très favorable et sont essentiels à la réalisation de l'engagement contenu dans la Déclaration du Millénaire "de créer un environnement ... favorable au développement et à l'élimination de la pauvreté"<sup>81</sup>.





# 8 Les femmes et les jeunes dans les crises humanitaires

*“Durant la transition à la paix, une occasion unique se présente de mettre en place un cadre de reconstruction nationale ouvert à l'égalité des sexes. La participation des femmes à la consolidation de la paix et à la reconstruction est en fait un aspect essentiel du processus d'inclusion et de démocratie qui peut contribuer à une paix durable”.*

— Noeleen Heyzer, Directrice exécutive du Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM)

Depuis le Sommet du Millénaire, en 2000, des conflits ont éclaté dans 40 pays<sup>1</sup>. En 2004, une seule catastrophe naturelle, le tsunami en Asie de l'Est, a tué plus de 280 000 personnes et en a déplacé plus d'un million<sup>2</sup>. Au lendemain d'une guerre ou d'une catastrophe, les systèmes éducatif et sanitaire s'effondrent, la violence sexiste augmente, le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles se répandent, les taux de mortalité infantile et maternelle font souvent un bond vertigineux.

Le grand nombre de ces crises humanitaires fait obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Sur les 34 pays pauvres les plus éloignés d'atteindre les OMD, 22 sont en proie à un conflit ou en sortent<sup>3</sup>. Les crises environnementales, qui augmentent en fréquence et en gravité, touchent elles aussi les pauvres hors de toute proportion. Près de deux milliards de personnes ont été victimes de catastrophes naturelles au cours de la dernière décennie du XXe siècle, 86 % d'entre elles d'inondations et de sécheresses<sup>4</sup>.

La nature et l'ampleur des conflits ont changé, davantage de conflits armés se déroulant à l'intérieur d'un pays plutôt qu'entre des pays différents. Durant les années 90, la majorité des 118 conflits armés étaient des conflits internes<sup>5</sup>, qui généralement durent plus longtemps que les guerres entre pays et prélèvent un lourd tribut sur les civils, notamment sous la forme d'enlèvements, de viols, de mutilations, de tortures et de massacres. De nombreux civils sont contraints de fuir leur demeure et leur communauté, et la violence sexuelle est souvent répandue. Durant un conflit et ses lendemains, femmes et jeunes sont particulièrement vulnérables; 80 % des 35 millions de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde sont des femmes et des enfants<sup>6</sup>.

Il faut plusieurs décennies pour qu'un pays se remette d'un conflit armé, et la paix peut y être fragile. La moitié environ de tous les pays qui sortent d'une guerre retombent dans la violence avant cinq ans<sup>7</sup>. Des investissements stratégiques dans les femmes et les jeunes durant et après les

crises peuvent contribuer à réduire la pauvreté et à élargir les perspectives de développement et de paix durables.

En grande partie grâce aux efforts des organisations de la société civile, la communauté internationale reconnaît de plus en plus les besoins et les droits des jeunes et des femmes dans les crises humanitaires. On prête désormais plus d'attention à la manière dont ces groupes peuvent recevoir les moyens de participer au processus de consolidation de la paix, ainsi que de réparer et transformer leurs sociétés ébranlées.

## Après une crise : des perspectives d'équité et de paix

Quand un conflit ou une catastrophe naturelle frappe, ce sont les femmes survivantes qui supportent généralement le fardeau le plus lourd dans les activités de secours et de reconstruction. Ce sont elles qui prennent soin en premier lieu des autres survivants – notamment des enfants, des blessés ou malades, et des personnes âgées. La vulnérabilité et les responsabilités des femmes sont encore accrues par la perte de leur mari et de leurs moyens d'existence, ainsi que par la nécessité d'assurer l'indispensable à la survie de la famille<sup>8</sup>.

Les besoins sexospécifiques ont souvent été ignorés dans la planification des secours et du redressement. La vulnérabilité des filles et des femmes à l'exploitation, au trafic des humains et aux sévices a été largement perdue de vue, de même que leur besoin de recevoir des soins durant la grossesse, des fournitures sanitaires et des vêtements appropriés en fonction du lieu. La distribution des secours d'urgence a souvent été gérée par les hommes et faite au bénéfice des hommes, sans souci de savoir si les femmes et les personnes à leur charge en tireraient profit.

La période de transition d'après crise offre une occasion unique de mettre en place des politiques et des processus pour accélérer le redressement, aussi bien que de formuler des plans d'action permettant d'atteindre les OMD et de remplir l'agenda de développement et de sécurité. Mais, quand les négociations de paix sont en cours, les femmes en ont

souvent été exclues. Et quand un nouveau gouvernement établit son contrôle, prend des décisions et prépare un budget, les femmes sont souvent laissées à l'écart du processus.

Selon le Projet objectifs du Millénaire<sup>9</sup>, les femmes et les filles sont l'un des trois groupes clefs dont le soutien est critique en période de conflit et d'après conflit. Les politiques appliquées au niveau national et l'aide extérieure permettent aux communautés de se réconcilier, de briser le cycle des conflits et d'accélérer la transition vers le développement durable. Il est alors possible de mettre pleinement à profit les aptitudes des femmes s'agissant de reconstituer le tissu social et la vie économique des communautés détruites.

### Un cadre des droits humains en évolution

En 2000, le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté la résolution 1325 — document qui a fait date, imposant l'inclusion des femmes dans les processus de paix. Il y est demandé à toutes les parties de protéger les femmes dans les conflits armés et d'intégrer les perspectives sexospécifiques aux opérations de maintien de la paix, aux systèmes d'établissement de rapports de l'ONU et aux programmes de consolidation de la paix<sup>10</sup>.

La résolution s'inspire des avancées antérieures concernant les droits des femmes durant les conflits armés. Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale, première cour permanente chargée de poursuivre des individus pour crimes contre l'humanité, définit expressément "le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée, ou toute autre forme de violence sexuelle" comme des crimes contre l'humanité<sup>11</sup>. Avant la création de la Cour pénale internationale, les tribunaux spéciaux créés pour poursuivre les crimes contre l'humanité commis au Rwanda et dans l'ex-Yougoslavie ont fait progresser la jurisprudence concernant les poursuites contre les auteurs de viols en temps de guerre<sup>12</sup>. Le Tribunal spécial pour la Sierra Leone a, pour la première fois en droit international, qualifié le mariage forcé d'"acte inhumain" et de crime contre l'humanité<sup>13</sup>.

En décembre 2004, le rapport du Groupe de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement, institué par le Secrétaire général de l'ONU, a réaffirmé l'importance de mettre fin à la violence sexuelle contre les femmes en temps de guerre et recommandé que les États Membres et les institutions des Nations Unies appliquent intégralement la

résolution 1325<sup>14</sup>. Si elle voit le jour, la Commission de consolidation de la paix, dont la création est proposée par le Groupe et approuvée par le Secrétaire général dans son rapport *Dans une liberté plus grande*<sup>15</sup>, offrirait une autre occasion d'appliquer ces recommandations.

Les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles facultatifs protègent les civils en temps de guerre et interdisent les attaques, les viols, la déportation, et l'utilisation d'enfants comme soldats. La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 et ses Protocoles facultatifs protègent les enfants et les adolescents durant les conflits armés et interdisent de recruter des enfants de moins de 18 ans. Quatre résolutions du Conseil de sécurité adoptées entre 1999 et 2003 ont affirmé l'importance de protéger les enfants et les adolescents durant les conflits et immédiatement après. Elles ont aussi exhorté à leur faire une place dans les processus de paix, noté les besoins et vulnérabilités spécifiques des filles, et condamné la violence sexuelle durant les opérations de maintien de la paix<sup>16</sup>.

Le cadre juridique international de protection des femmes et des enfants durant les conflits s'est avéré insuffisant pour cette tâche, surtout concernant les 25 millions de personnes déplacées au niveau mondial. La majorité en sont des femmes et des enfants, qui appartiennent souvent à des minorités autochtones et ethniques<sup>17</sup>. Contraintes de fuir leur domicile du fait d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle, les personnes déplacées sont exposées à l'appauvrissement, à la maladie, à la violence et aux "disparitions", et sont parfois aussi poursuivies durant leur fuite par des groupes armés. Leurs conditions de vie peuvent atteindre la limite de ce qu'un être humain est capable de supporter : il leur faut maintes fois se passer de vivres, d'eau, d'assainissement, de logement, de toute vie privée ou de l'accès aux services éducatifs et sanitaires. Sans terres à cultiver, sans possibilités d'emploi et voyant leurs biens saisis, les personnes déplacées dans leur propre pays risquent de tomber rapidement dans une pauvreté abjecte. Dans les camps, elles sont parfois la cible d'attaques. Enfants et adolescents peuvent être recrutés comme soldats ou réduits à l'esclavage sexuel. Les besoins des personnes âgées et des handicapés sont souvent ignorés<sup>18</sup>.

Les personnes déplacées dans leur propre pays, qui représentent plus des deux tiers de tous ceux que les crises ont déracinés, ne jouissent pas des protections juridiques internationales accordées aux réfugiés qui ont traversé une

*"Les femmes doivent participer pleinement et sur un pied d'égalité à la consolidation de la paix, à la mise en place des structures législatives, judiciaires et constitutionnelles d'après conflit. Parce que c'est seulement de cette manière que ces structures seront pleinement représentatives de la société d'après conflit et donc pleinement capables de répondre aux besoins et aux exigences de tous. C'est ce qui constitue une paix durable."*

— Sir Emyr Jones Parry, Président du Conseil de sécurité des Nations Unies

Le lendemain du conflit peut offrir une occasion de promouvoir la participation des femmes en tant que partie intégrante de la reconstruction et du développement nationaux. Au Cambodge, pays sorti de 30 années de conflit, plus d'un quart des foyers, qui sont aussi parmi les plus pauvres, ont pour chef une femme, qui peut être une veuve de guerre. Aujourd'hui, 80 % de la population féminine du pays sont d'âge à exercer un emploi et jouent un rôle économique actif — soit le taux le plus élevé de participation de la main-d'œuvre féminine dans toute la région. Ignorer leur contribution, ce serait manquer des occasions de réduire la pauvreté.

Le Ministère des affaires féminines et un certain nombre d'organisations internationales et non gouvernementales se sont montrés de fermes partisans de l'égalité des sexes. La Constitution de 1993 proclame l'égalité entre hommes et femmes. Le Gouvernement royal du Cambodge a prêté appui à un cadre juridique qui préserve l'égalité des sexes dans le mariage, la famille, l'emploi et la propriété du sol. Le Gouvernement a aussi intégré la parité des sexes dans toutes ses initiatives les plus importantes, notamment la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (2002), les objectifs cambodgiens du Millénaire pour le développement (2003), la Politique nationale de la population (2003), et la Stratégie rectangulaire pour la croissance, l'emploi, l'efficacité et l'équité (2004). Cette dernière reconnaît que "les femmes sont l'épine dorsale de

notre économie et de notre société" et appelle à "assurer le droit des femmes à participer à l'édification de la nation de manière active et sur un pied d'égalité". Le Plan national de développement stratégique (2005) définit clairement l'intégration de la parité des sexes et une approche fondée sur les droits humains comme essentielles pour tous les secteurs. Des plans sont en cours afin de donner une place prioritaire aux femmes mariées dans l'élaboration des politiques, en reconnaissance de leur haute vulnérabilité à l'infection par le VIH. L'élaboration de projets de loi sur la violence familiale et le trafic des humains a été incluse parmi les objectifs de 2005 dans le Plan national de réalisation des OMD — ce qui fait du Cambodge le premier pays du monde à s'engager dans cette voie.

Le Ministère des affaires féminines a mobilisé ses alliances avec d'autres ministères, la société civile et des donateurs internationaux afin d'élaborer une stratégie globale d'intégration de la parité des sexes. Des plans quinquennaux sont désormais en place, avec un personnel aux niveaux du Gouvernement central, des provinces et des communes, ainsi que des responsables de l'égalité entre les sexes et des groupes de travail techniques attachés à tous les ministères. Le Ministère des affaires féminines a mis en route une formation à l'intention de son personnel et promu des politiques soucieuses de l'égalité des sexes pour la fonction publique. Une budgétisation inspirée par le même souci a conduit à

augmenter le financement des bourses pour les filles, éliminer les coûts supportés par les familles et rendre les écoles plus accueillantes aux filles. Les efforts faits pour renforcer l'analyse des données sensibles à l'égalité des sexes au bénéfice du Plan national de réalisation des OMD ont abouti à ajouter de nouveaux indicateurs permettant de suivre le progrès accompli en matière de participation politique, d'éducation, de santé et d'emploi des femmes, ainsi que dans la lutte contre la violence contre les femmes.

Ces mesures ont permis au Cambodge de faire progresser l'égalité des sexes et, aussi bien, la réalisation des autres OMD. La mortalité maternelle, la fécondité et la prévalence du VIH ont sensiblement baissé dans certains groupes. La scolarisation primaire et secondaire a augmenté dans les zones rurales ou reculées, et le nombre de femmes fréquentant les collèges et les universités s'est accru. La présence de femmes parmi les dirigeants contribue à une bonne gouvernance et à la réduction de la pauvreté, cela grâce à la mise en place de partenariats entre le Gouvernement et la société civile, aux encouragements donnés à une solution pacifique des différends locaux et à une coopération entre tous les partis. Bien que de nombreux problèmes subsistent, le Cambodge offre un exemple remarquable de la manière dont une intégration globale et soutenue de la parité des sexes peut améliorer la vie de chaque citoyen

frontière<sup>19</sup>. Parce qu'elles relèvent de la souveraineté et de la juridiction nationales, le pénible sort des personnes déplacées est considéré comme un problème intérieur, ce qui limite les possibilités d'intervention de la communauté internationale.

Ce problème a appelé progressivement une attention croissante de la part de la communauté internationale. En 1992, le Secrétaire général de l'ONU a nommé son premier Représentant sur les personnes déplacées dans leur propre pays<sup>20</sup> et, en 1998, la Commission des droits de l'homme a adopté des principes directeurs qui établissent certaines normes pour la protection des droits des personnes déplacées<sup>21</sup>. Le rapport adressé en 2005 par le Représentant à la Commission a souligné le fait que femmes et filles supportent hors de toute proportion le fardeau lié aux déplacements et a mis l'accent sur leur vulnérabilité au viol et à la violence familiale. Les lois et pratiques discriminatoires en matière de succession rendent difficile aux femmes de revendiquer la terre et les biens d'un mari décédé quand elles rentrent chez

elles<sup>22</sup>. Trouver un emploi constitue un autre problème majeur. Le Secrétaire général de l'ONU, dans son important rapport intitulé *Dans une liberté plus grande*, a invité les gouvernements à adopter les principes directeurs déjà énoncés et à intensifier les efforts menés pour répondre aux besoins des personnes déplacées. Il s'est exprimé en ces termes : "Si les autorités nationales n'ont pas le pouvoir ou la volonté de protéger leurs ressortissants, la responsabilité incombe alors à la communauté internationale de mettre en œuvre les méthodes diplomatiques, humanitaires et autres pour aider à protéger les droits humains et le bien-être des populations civiles"<sup>23</sup>.

### Participation des femmes et égalité des sexes : la voie du redressement

Au lendemain d'un conflit, la pleine participation politique des femmes peut améliorer la sécurité et la gouvernance et favoriser la réconciliation et le développement socioécono-

## 34 AU RWANDA, LE POUVOIR PAR LE SCRUTIN

Aux élections parlementaires de 2003, les femmes ont obtenu 49 % des sièges à la Chambre basse et 34 % à la Chambre haute. Le Rwanda est maintenant le pays du monde qui a la plus forte proportion de femmes parlementaires. Le Gouvernement a institué une technique de "vote triple" aux élections de 2001 conduites au niveau du district : chaque électeur a choisi un candidat, un candidat femme et un candidat jeune. "Non seulement ce système a réservé des sièges aux femmes et aux jeunes", a noté un expert, "mais il a aussi obligé l'électorat entier à voter pour des femmes". Le Forum des femmes parlementaires, composé de Hutus et de Tutsis, a été le premier groupe multipartite au Parlement rwandais. Les dirigeantes ont mis en oeuvre des programmes de réconciliation aux niveaux national et local, élaboré le texte d'une nouvelle constitution et promu activement la transparence et l'exercice des responsabilités à tous les niveaux de gouvernement.

mique. Comme le démontre le modèle cambodgien (voir encadré 33), les femmes actives dans la vie politique, agissant de concert avec les ministères et les groupes de femmes, peuvent appeler efficacement l'attention sur les problèmes relatifs à l'égalité des sexes et au développement et faire progresser les stratégies de réduction de la pauvreté. En Afrique du Sud, par exemple, des femmes parlementaires et des dirigeantes de la société civile ont contribué à la réforme de l'armée d'après apartheid<sup>24</sup>. Le Gouvernement a nommé des femmes à des postes élevés au sein du Ministère de la défense, dispensé une formation en matière d'égalité des sexes à tout le personnel du Ministère et institué des politiques du personnel équitables, y compris le congé de maternité. Le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) a travaillé dans des pays sortant d'un conflit à doter les femmes dirigeantes des savoir-faire nécessaires et a encouragé les électrices à participer au processus politique. En Afghanistan, dans la période précédant les élections de 2005, UNIFEM a facilité le premier forum public sur les droits des femmes, rassemblant militantes des droits des femmes, journalistes et candidats à la présidence<sup>25</sup>. L'UNFPA a appuyé cet effort en dispensant une formation aux dirigeantes sur les problèmes sexospécifiques<sup>26</sup>.

Les femmes ont aussi un rôle important à jouer dans le processus de promotion de la paix et de la réconciliation. Au niveau international, la nomination de femmes magistrats a conduit à d'importants progrès. Par exemple, une femme magistrat siégeait dans chacune des affaires jugées par le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie qui a abouti à une lourde sanction pour des crimes sexuels (commis contre des hommes aussi bien que contre des femmes)<sup>27</sup>. En Sierra Leone, une équipe de travail composée de femmes a participé à la formation de la Commission Vérité et réconciliation et d'un groupe spécial chargé d'enquêter sur les

crimes de guerre<sup>28</sup>. Au Rwanda, au niveau local, UNIFEM soutient le système gacaca de justice communautaire après le génocide et a formé une centaine de juges à assimiler les concepts de parité des sexes, justice, réconciliation et consolidation de la paix<sup>29</sup>.

De nombreuses organisations internationales reconnaissent qu'un moyen efficace d'aider les communautés à se remettre des crises est de prêter appui aux femmes. Dans les zones de la République islamique d'Iran touchées par la guerre ou des catastrophes, le Gouvernement a mis en place, avec l'appui technique de l'UNFPA, un vaste programme pour venir en aide aux femmes chefs de famille. Ce programme comprend un soutien à la mise en route de projets producteurs de revenu et à divers types de formation (alphabétisation, aptitudes nécessaires à la vie, et santé en matière de procréation)<sup>30</sup>. En Sierra Leone, le mouvement Femmes en crise aide les jeunes femmes sexuellement exploitées ou exposées à avoir des rapports sexuels dans le but de survivre, en échange de produits de première nécessité. Il offre une formation professionnelle, des conseils psychosociaux, des soins de santé et des services de prévention des infections sexuellement transmissibles<sup>31</sup>.

### Conférer des moyens d'action aux jeunes au lendemain des crises

Même si les processus de consolidation de la paix les négligent souvent, les jeunes qui survivent à un conflit violent sont l'un des groupes que la paix et la reconstruction concernent le plus. Le nombre même des jeunes fait d'eux une force avec laquelle il faut compter : les deux tiers environ de la population du Rwanda et du Cambodge ont moins de 25 ans<sup>32</sup>. Les pays qui n'investissent pas dans les savoir-faire et les capacités productives des jeunes dans la lutte pour le redressement après une guerre manquent d'importantes occasions de réduire la pauvreté et de forger une paix durable.

Mais les survivants jeunes peuvent avoir d'abord besoin d'aide. Les anciens enfants soldats ont besoin d'être réadaptés et réunis à leur famille; besoin de soins de santé psychologique et physique; d'éducation et de formation; et de possibilités de gagner un revenu. Les jeunes femmes qui ont été victimes de sévices sexuels et réduites à la condition d'esclave ont besoin de conseils et de soins attentifs. Celles qui sont devenues enceintes malgré elles durant un conflit ont besoin d'un appui complémentaire pour se protéger elles-mêmes et leurs enfants contre l'opprobre, l'appauvrissement et l'exploitation sexuelle quand elles reviennent dans leur communauté d'origine.

Les anciens enfants soldats sont traditionnellement laissés à l'écart des programmes officiels de désarmement, démobilisation et réinsertion, en dépit de leur nombre. Au

Libéria, par exemple, environ 15 000 enfants ont servi durant la guerre<sup>33</sup>. En Sierra Leone, les enfants ont représenté près de 37 % des forces combattantes dans certaines factions armées<sup>34</sup>. Bien que le rôle des filles dans les conflits soit souvent négligé, elles constituent près de la moitié de tous les enfants qui font partie de groupes armés<sup>35</sup>. Les filles, au nombre de plus de 12 000, ont compté pour 25 % des soldats en Sierra Leone<sup>36</sup>. Elles sont recrutées pour combattre, cuisiner, nettoyer et, souvent, servir de partenaires sexuels par force, sous le nom de “femmes de brousse” (“bush wives”). Quand elles regagnent leurs communautés, il arrive que leurs familles les rejettent<sup>37</sup>. Dans leurs efforts de réadaptation des anciens enfants soldats, l’UNICEF et d’autres institutions ont mis au point des programmes de démobilisation sexospécifiques à l’intention des filles, par exemple en République démocratique du Congo et au Libéria<sup>38</sup>. À Sri Lanka, l’action menée par l’UNICEF auprès des Liberation Tigers of Tamil Eelam a eu pour résultat de diminuer sensiblement le recrutement d’enfants<sup>39</sup>.

Qu’ils soient d’anciens combattants ou des victimes de guerre, les jeunes ont un rôle important du point de vue de la justice et de la réconciliation d’après conflit. En Afrique du Sud, des auditions spéciales et des ateliers ont été prévus pour permettre aux enfants de témoigner devant la Commission Vérité et réconciliation<sup>40</sup>. En de nombreux pays, les dirigeants communautaires et religieux conduisent des processus traditionnels de guérison destinés aux enfants et aux adolescents dans le but de les réinsérer dans la société<sup>41</sup>.

Parce qu’on commence à reconnaître que les besoins et les droits des jeunes sont négligés et qu’ils ont un rôle crucial à jouer dans les situations d’après crise, les pays agissent en conséquence. Certains ont nommé des représentants spéciaux pour les enfants ou créé des ministères de la jeunesse. En Sierra Leone, la Politique nationale de la jeunesse, élaborée en partenariat avec les jeunes, a défini leurs droits et responsabilités et formulé des plans pour un ministère de la jeunesse, la désignation de responsables de la jeunesse dans les autres ministères et la création de comités de la jeunesse au niveau du district<sup>42</sup>.

Comme le note la Banque mondiale, les jeunes sont une “voix sous-utilisée” s’agissant de faire face aux préoccupations d’après conflit. Ils “peuvent s’avérer résistants, riches de ressources et capables de réagir ... quand il faut faire face à la corruption et en conséquence améliorer la gouvernance dans leurs pays.” Le programme d’apprentissage à distance “Les jeunes pour une bonne gouvernance” a été conçu par la Banque mondiale pour former les jeunes – en Ouganda, en Ukraine et dans l’ex-Yougoslavie, entre autres pays – à la bonne gouvernance. En Bosnie-Herzégovine, les groupes de jeunes ont organisé avec succès des campagnes anticorruption

et formé un parti de la jeunesse pour exiger une meilleure éducation et un exercice effectif des responsabilités<sup>43</sup>. En 2003, la République démocratique du Congo a institué avec le soutien de l’UNICEF un Parlement national d’enfants comprenant 36 membres, le chargeant de promouvoir les droits des enfants et de trouver des solutions à leurs problèmes<sup>44</sup>.

#### **NE PAS PERDRE DE VUE LA RÉALISATION DES OMD : ÉDUCATION, SANTÉ ET MOYENS D’EXISTENCE.**

Les jeunes ont besoin d’éducation, de soins de santé et de conseils, de formation professionnelle et d’emplois afin de rebâtir leur vie à l’issue de crises. S’ils ne peuvent gagner de quoi vivre, ils risquent d’être contraints à des rapports sexuels pour survivre, victimes du trafic d’humains ou d’autres formes d’exploitation. Cela ruine leurs perspectives d’une vie meilleure et les chances qu’a leur pays d’atteindre les OMD concernant l’éducation, le VIH/sida et l’offre d’un travail décent et utile aux jeunes.

L’éducation est essentielle, tant pour donner aux jeunes le sens d’un monde structuré que pour édifier les fondements sur lesquels leur société puisse grandir. La moitié des jeunes non scolarisés du monde entier vivent dans des pays en conflit ou sortant d’un conflit. Il arrive que les filles doivent rester à la maison pour prendre soin de leurs frères et sœurs tandis que leurs mères, pauvres ou veuves, s’efforcent de pourvoir aux besoins de la famille. Il arrive aussi que les filles soient découragées de fréquenter l’école par crainte de viol ou d’enlèvement<sup>45</sup>. En Sierra Leone, une recherche menée avec la participation des adolescents a établi que l’éducation était leur priorité absolue<sup>46</sup>.

Les institutions des Nations Unies et les organisations de la société civile en ont pris note et ont mis au point conjointement des normes minimales d’éducation dans les situations d’urgence<sup>47</sup>. Au Burundi, la politique “Éducation pour le rapatriement”, soutenue par l’UNICEF et d’autres organisations internationales, donne pour instruction aux écoles, dans les camps de réfugiés, de suivre un programme reconnu par les pays d’origine des enfants<sup>48</sup>. En Sierra Leone, les groupes de femmes dispensent une éducation et une formation professionnelle aux jeunes, en premier lieu aux anciennes filles soldats<sup>49</sup>.

#### **Préserver la santé et les droits en matière de procréation dans les urgences humanitaires**

La guerre, les catastrophes naturelles et les déplacements forcés prélèvent un lourd tribut sur la santé des adolescentes et des femmes en matière de procréation. Des femmes soudanaises qui fuyaient la zone des combats ont dû donner naissance sans disposer même du strict nécessaire pour un accouchement dans de bonnes conditions d’hygiène, par exemple une lame de rasoir propre et du savon. Cette situa-

tion en a condamné beaucoup à contracter des infections mortelles<sup>50</sup>, et leurs enfants à vivre sans l'amour et le soutien de leur mère. On a estimé à une sur neuf la proportion de ces femmes mortes en 2003 durant la grossesse ou l'accouchement<sup>51</sup>. En outre, le décès d'une veuve prive ses enfants de l'unique personne qui leur offre nourriture, abri et soins de santé.

Il est fondamental de sauvegarder la santé et les droits en matière de procréation dans les urgences humanitaires afin de sauver des vies et de poser les fondements de l'égalité des sexes et du développement durable après le retour à la stabilité. Jusqu'à une date assez récente, cependant, les soins de santé en matière de procréation étaient rarement disponibles dans les situations d'urgence. En 1995, une coalition d'institutions des Nations Unies, de gouvernements et d'organisations non gouvernementales a formé le Groupe interorganisations sur la santé génésique des femmes vivant en situation de réfugiées. Ce groupe a élaboré un manuel de terrain pour les opérations humanitaires qui présente un ensemble d'interventions critiques destinées à prévenir la mortalité maternelle et l'infection par le VIH et à garantir l'accès à la planification familiale<sup>52</sup>. Le Reproductive Health

Response in Conflict Consortium, réseau d'organisations humanitaires non gouvernementales internationales, s'efforce aussi d'améliorer les soins de santé en matière de procréation dans les situations d'urgence<sup>53</sup>.

La protection de la santé maternelle et infantile devient aujourd'hui un élément critique des opérations de secours. Durant les cinq dernières années, l'UNFPA et ses partenaires ont fourni des trousse d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène dans plus de 30 pays, du Libéria au Timor-Leste. Depuis 2003, l'UNFPA a travaillé à renforcer les centres de soins de santé primaires et à fournir en Iraq des articles de santé en matière de procréation pour situations d'urgence<sup>54</sup>. En 2005, l'UNFPA a distribué des trousse d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et des trousse d'hygiène personnelle aux femmes déplacées dans différentes parties de l'Indonésie, des Maldives et de Sri Lanka les plus durement frappées par le tsunami. Il a aussi prêté appui à la restauration des soins obstétricaux dans les hôpitaux de toute la région<sup>55</sup>.

Les crises humanitaires perturbent l'accès des femmes aux services de planification familiale et les exposent à des grossesses non planifiées, à des avortements pratiqués dans



des conditions dangereuses et à des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Dans les situations d'urgence, les organisations de secours fournissent de plus en plus des préservatifs gratuits en tant que première ligne de défense contre les grossesses non planifiées et la diffusion des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Dans 22 pays frappés par la guerre, l'UNFPA et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) travaillent de concert à fournir dans les camps de personnes déplacées des préservatifs masculins et féminins.

Après la fin d'une période d'urgence aiguë, l'UNFPA et ses partenaires continuent d'aider les gouvernements à maintenir les programmes de soins de santé en matière de procréation. Au Burundi, par exemple, le Ministère de la santé a élaboré des normes pour les services de santé en matière de procréation, y compris les soins obstétricaux d'urgence. Il a prêté appui à la formation des sages-femmes et des médecins, à l'équipement des hôpitaux qui servent les personnes déplacées et à l'éducation des communautés quant à la nécessité de délivrer des soins qualifiés durant l'accouchement<sup>56</sup>. Après les séismes survenus en Turquie (1999) et à Bam, en République islamique d'Iran (2003), des équipes médicales mobiles ont été déployées pour dispenser des soins de santé en matière de procréation.

Les difficultés particulières que les femmes palestiniennes affrontent à Gaza et en Cisjordanie ont été une priorité de premier rang pour l'UNFPA : avant même l'escalade du conflit en 2000, un cinquième environ des femmes enceintes ne pouvaient recevoir des soins prénatals parce qu'il leur était difficile de gagner les centres de santé à travers les postes de contrôle. Les retards survenus aux postes de contrôle ont été la cause de naissances non assistées par un personnel qualifié, au bord des routes, et même du décès de femmes et de nouveau-nés. L'UNFPA s'efforce de fournir accès à des soins d'urgence propres à sauver des vies<sup>57</sup>. Dans le cadre d'un plus vaste effort pour améliorer le bien-être des femmes dans les zones sous-desservies, l'UNFPA a participé à la création de centres de santé qui offrent des soins de santé en matière de procréation aussi bien que les autres services nécessaires aux femmes, notamment des conseils d'ordre psychosocial, une aide judiciaire concernant les droits en matière de procréation et un soutien aux droits des femmes au sein de la famille.

**RÉPARER DES VIES, FAIRE FACE À LA VIOLENCE SEXUELLE.** Des millions de femmes ont été violées et ont subi des tortures

sexuelles durant les conflits. Il a existé durant les récents conflits des camps où se pratiquent le viol en masse, l'esclavage sexuel, la grossesse forcée ou l'infection délibérée par le VIH<sup>58</sup>. Au Rwanda, les violences sexuelles commises durant le génocide ont déclenché l'épidémie de VIH/sida qui sévit dans le pays. On estime à un demi-million le nombre de filles et de femmes violées et à 67 % le pourcentage d'entre elles qui sont devenues séropositives<sup>59</sup>. Durant le conflit en Sierra Leone (1991-2001), des filles jeunes étaient expressément choisies pour être violées. Beaucoup, surtout parmi les plus jeunes, n'ont pas survécu<sup>60</sup>. Dans le même pays, de 70 à 90 % environ des victimes de viol ont contracté des infections sexuellement transmissibles<sup>61</sup>.

Même quand les femmes fuyant un conflit trouvent accès dans un camp de réfugiés, elles n'y sont pas nécessairement à l'abri. Dans un camp situé en République-Unie de Tanzanie, 26 % des Burundaises réfugiées ont été violées<sup>62</sup>. Il n'est pas rare que les membres de la famille et l'ensemble de la communauté ostracisent les victimes de viol, les obligeant parfois à quitter leur domicile et les laissant subsister par leurs propres moyens. Celles qui survivent au viol affrontent souvent de graves problèmes qui durent toute la vie, dont un stress persistant et un état dépressif qui les affaiblit<sup>63</sup>.

Les organisations humanitaires soutiennent des campagnes d'éducation visant à réduire la violence contre les femmes, notamment la mise en place de mesures de sécurité; la formation des dirigeants communautaires, des forces de police et des juges; et une application plus stricte des lois. L'importance d'atteindre les hommes est également reconnue : l'International Rescue Committee (IRC) forme maintenant de manière habituelle des comités d'hommes pour améliorer la prise de conscience et venir en aide à tous ceux et toutes celles qui survivent à la violence<sup>64</sup>. Malgré une résistance initiale des communautés, une initiative de l'IRC dans les camps de réfugiés burundais en République-Unie de Tanzanie a conduit à instituer des tribunaux mobiles pour faire respecter les lois sur la violence sexuelle. Le programme bénéficie désormais du soutien des communautés et offre aussi une formation à la prise de conscience, un système d'établissement de rapports et d'aiguillage, des services de conseils et de soins de santé et un centre d'accueil ouvert en permanence<sup>65</sup>. Dans la région du Darfour, au Soudan, l'UNFPA appuie les organisations de femmes qui assistent les survivantes, fournit de l'équipement médical, s'efforce d'assurer la sécurité des colonies de réfugiés et forme le

*“À la maison de mes parents, sept hommes ont violé une veuve qui vivait avec la famille. Les hommes ont dit : ‘L’un d’entre nous au moins doit être séropositif.’ La veuve a contracté le sida et elle est morte depuis.”*

— Une survivante du génocide rwandais

## 35 AU TIMOR-LESTE, UNE MOBILISATION POUR ARRÊTER LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES

Depuis son accès à l'indépendance en 2002, le Timor-Leste, bien qu'il soit encore l'un des pays les plus pauvres d'Asie, prend position pour l'égalité des sexes. Des dirigeantes, qui ont joué un rôle actif durant la lutte pour l'indépendance, ont insisté pour participer sur un pied d'égalité aux institutions politiques créées depuis l'indépendance. Les femmes occupent maintenant 27 % des sièges parlementaires, et un Bureau consultatif auprès du Premier Ministre pour la promotion de l'égalité a été créé.

Le mouvement des femmes a reconnu dans la violence sexiste une priorité absolue. L'UNFPA a patronné la première étude de pays fiable, qui a révélé que 50 % des femmes avaient subi une forme quelconque de sévices. Un rapport de la police nationale indique que la violence contre les femmes constitue 68 % de toutes les affaires signalées. La police est actuellement formée à protéger les victimes et leur venir en aide. Des activités et des campagnes de prise de conscience à grande échelle, qui recourent aux représentations théâtrales, aux programmes radio et à un feuilleton télévisé, ont ouvert un large débat sur un sujet auparavant tabou, et une nouvelle loi sur la violence familiale a rendu le public mieux averti du problème.

Avec l'appui de l'UNFPA, le Timor-Leste a mis en place ses premiers services d'aide judiciaire pour les femmes victimes de sévices, ainsi que la première "salle close" d'hôpital où les femmes reçoivent des soins médicaux et des conseils en privé. L'Association des hommes contre la violence a tenu des ateliers d'éducation sociale avec les hommes qui vivent dans des zones rurales ou écartées et a dispensé aux délinquants détenus dans la prison nationale une formation à la manière de contrôler sa colère.

personnel médical à gérer les cas de violence sexuelle<sup>66</sup>. Les cas signalés de sévices et d'exploitation de filles et de femmes, par exemple en République démocratique du Congo et au Libéria<sup>67</sup>, ont d'autre part amené le Département des opérations de maintien de la paix (ONU) à élaborer de nouvelles directives pour limiter la possibilité de violences et d'exploitation sexuelles dont se rendraient coupables les soldats chargés du maintien de la paix et le personnel en uniforme employé dans les centres de secours humanitaires<sup>68</sup>.

**ARRÊTER LA DIFFUSION DU VIH.** Les conflits, les déplacements de population et la perte d'accès aux services et à l'information sanitaires qui en résulte peuvent aggraver la possibilité de transmission du VIH. En République démocratique du Congo, par exemple, les séropositifs représentaient 5 % de la population en 1997, avant l'éclatement du conflit. En 2002, selon les évaluations, ce taux aurait grimpé à 20 % dans la partie orientale du pays où le conflit a commencé<sup>69</sup>. L'effondrement presque total des systèmes de sécurité et de protection sociale, la forte incidence du viol et le manque de réserves de sang non contaminé ont sans aucun doute contribué à cette rapide augmentation. Les situations où

d'importants éléments d'une armée ou d'une milice se mêlent constamment à la population civile peuvent créer des risques additionnels, parce que les forces militaires ont généralement des taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, que la population civile<sup>70</sup>. Si la prévalence du VIH augmente encore, le conflit pourrait être l'étincelle qui allume une épidémie pleinement développée. La fin du conflit n'entraîne pas la fin du risque. En effet, les conflits sont la source d'un bouleversement durable de la société et entraînent la perte de la protection offerte par la famille et la communauté contre l'exploitation et les sévices sexuels, ainsi que l'effondrement des services de prévention. Beaucoup de femmes et de filles sont contraintes d'accepter des rapports sexuels dans le seul but de survivre.

Grâce à la prise de conscience accrue au niveau international de l'impact des conflits armés sur l'épidémie de sida, les activités de secours humanitaire intègrent la prévention et le traitement à un stade plus précoce de leur intervention. Le système des Nations Unies et les réseaux de santé en matière de procréation qui opèrent dans les situations d'urgence communiquent des directives aux agents humanitaires<sup>71</sup>. De nombreuses organisations ciblent expressément les hommes, surtout dans le cadre des programmes de désarmement, démobilisation et réinsertion. En Érythrée et en Éthiopie, par exemple, l'UNFPA a prêté appui à la formation de soldats démobilisés sur la prévention du VIH et les conseils y relatifs, pour qu'ils puissent éduquer d'autres membres de leurs communautés une fois rentrés chez eux<sup>72</sup>.

Au Libéria, l'UNFPA aide une large coalition d'organisations non gouvernementales à entreprendre des campagnes massives de prise de conscience destinées aux groupes déplacés dans les camps de réfugiés – en particulier là où un grand nombre de femmes et de filles ont recouru à la prostitution pour survivre. Les organisations à base communautaire actives le long des frontières de la Sierra Leone et de la Guinée ont désormais formé 60 000 personnes déplacées et rapatriées à prévenir et traiter les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et 3,2 millions de préservatifs masculins ont été distribués. Environ 5 000 paires-éducateurs ont dispensé une éducation à la prévention du VIH dans les écoles, les camps et les communautés. Des personnes atteintes du VIH et du sida sont d'autre part recrutées en qualité d'"ambassadeurs de la prévention". Des séances de formation ont lieu chaque semaine à l'intention des forces de maintien de la paix des Nations Unies concernant la violence sexuelle et la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH. Ces efforts intensifs ont brisé le cercle de silence, de dénégation et d'opprobre qui entoure l'épidémie du sida. Plus nombreux sont ceux qui cherchent maintenant conseils et traitement.



## 36 LES ARTS ONT LE POUVOIR DE GUÉRIR : UNE ACTION AUPRÈS DES ADOLESCENTS DÉPLACÉS EN COLOMBIE.

En Colombie, où deux millions de personnes au moins ont été déplacées par le conflit interne qui dure depuis 30 ans, l'UNFPA, avec l'assistance de la Belgique, a prêté appui à une approche novatrice : l'expression artistique, entendue comme libération et remède à la violence qui imprègne la vie des adolescents. Depuis 2003, le projet s'est intéressé aux adolescents déplacés dans les villes du littoral caraïbe, où la violence sexuelle est endémique et où l'impunité est la norme. Les filles déplacées courent un risque trois fois plus élevé que les autres de devenir enceintes avant d'atteindre 15 ans. Tirant partie de l'énergie créatrice des adolescents, le programme recourt aux représentations théâtrales, aux psychodrames, à la musique et à la danse pour les encourager à parler du traumatisme qu'ils ont subi. Les prestataires de soins de santé viennent deux fois par semaine pour les entretenir de la santé en matière de procréation et des moyens de prévention, ainsi que pour offrir divers services. Les participants au programme acquièrent l'outillage nécessaire pour mettre en question les aspects néfastes des relations entre les sexes, résister à la pression de leurs compagnons d'âge, s'attaquer à la violence sexuelle et avoir plus de confiance en eux-mêmes.

Les opérations de maintien de la paix peuvent aussi aider à instruire les sociétés en voie de redressement des risques courus et jouer un rôle positif dans la prévention du VIH. Le Département des opérations de maintien de la paix (DOMP) de l'ONU oeuvre maintenant de concert avec ONUSIDA en vue d'inclure des conseillers en matière de prévention du VIH dans chaque mission et a ouvert un Fonds d'affectation spéciale pour le VIH/sida afin de soutenir ses programmes<sup>73</sup>. En Sierra Leone et en République démocratique du Congo, le DOMP, ONUSIDA, UNIFEM et l'UNFPA assurent ensemble la prévention du VIH et la prise de conscience des sexospécificités à l'intention tant des forces de maintien de la paix des Nations Unies que des forces militaires et de police récemment créées<sup>74</sup>. Reconnaisant l'intensification des opérations de maintien de la paix dans la région, le Ministère de la défense des États-Unis a affecté 14 millions de dollars en 2002 aux programmes de prévention du VIH, expressément pour les forces armées africaines<sup>75</sup>.

**DES INITIATIVES DESTINÉES AUX JEUNES.** À la suite d'une crise, il est essentiel de faire participer les jeunes aux programmes de santé en matière de procréation afin de ralentir la diffusion du VIH et de réduire le nombre de grossesses non désirées. La Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés soutient les programmes animés par des jeunes dans les secteurs où sévit un conflit<sup>76</sup>. En République-Unie de Tanzanie, le HCR a créé des centres accueillants aux jeunes dans les camps de réfugiés, les faisant gérer par des comités de jeunes, afin d'affronter les problèmes de santé en matière de procréation et de fournir des services, de mettre en route des campagnes médiatiques et d'offrir une formation professionnelle et une information sur la manière de prendre soin des membres de la famille sidéens<sup>77</sup>.

Avec l'appui de la Belgique, l'UNFPA travaille de concert avec des partenaires locaux à fournir des services de santé en matière de procréation aux jeunes de divers pays (voir encadré 36). Au Rwanda, l'UNFPA a prêté appui à la création de centres de santé accueillants aux jeunes où ceux-ci peuvent s'informer de la prévention du VIH et d'autres problèmes de santé en matière de procréation. Les centres offrent aussi une formation à des savoir-faire producteurs de revenu, comme la fabrication de savon ou d'objets d'artisanat et la broderie, ainsi que des occasions de participer à des activités culturelles et sportives<sup>78</sup>.

En Égypte, en Ouganda et en Zambie, le projet Santé des adolescents réfugiés a oeuvré en partenariat avec les Guides, qui servent de paires-éducatrices, afin d'informer les prestataires de soins de santé des besoins des adolescents. Les prestataires sont instruits par le personnel médical de divers aspects essentiels de la santé en matière de procréation. L'initiative a accru la confiance des jeunes en eux-mêmes et leur sens de la solidarité<sup>79</sup>.

Des initiatives telles que celles-ci sont le plus souvent à leur début et encore rares. Mais elles contiennent la promesse de mettre les jeunes en mesure de contribuer au redressement, à la paix et à la prospérité dans leur pays, jusqu'à la réalisation des OMD et au-delà.



# 9 La feuille de route vers les objectifs du Millénaire pour le développement et au-delà

*“Les femmes qui ont accédé à l'autonomie peuvent compter parmi les moteurs les plus efficaces du développement.”*

— Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU, *Dans une liberté plus grande*

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ne peuvent être atteints qu'en plaçant l'égalité des sexes et la santé en matière de procréation au premier plan des agendas politiques et budgétaires. Les déséquilibres de pouvoir et les injustices – entre riches et pauvres, hommes et femmes, jeunes et vieux, société et groupes marginalisés – gaspillent le capital humain et limitent les possibilités de vaincre la pauvreté. Les femmes et les jeunes représentent un réservoir prodigieux de potentiel humain, mais ils n'ont pas de pouvoir, ils n'ont pas de voix.

Libérer les familles et les pays pauvres de l'inégalité des sexes et d'une médiocre santé en matière de procréation constitue non seulement une fin en soi, mais aussi un impératif éthique. L'égalité déploie pleinement le potentiel de tous les êtres humains. Telle fut la vision de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994) et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995).

Le présent chapitre offre un rappel des possibilités stratégiques ouvertes aux pays et à la communauté internationale alors que se rapproche la date limite fixée pour les OMD. Tous ensemble, ils peuvent acheminer la communauté mondiale vers l'agenda plus large “Développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous”, comme le demande le rapport du Secrétaire général de l'ONU publié en 2005, *Dans une liberté plus grande*.

## L'habilitation des femmes : arracher familles et nations à la pauvreté

Il existe d'abondantes preuves des effets multiplicateurs de l'investissement dans l'égalité des sexes et l'habilitation des femmes. Dans le monde entier, plus de 1,7 milliard de femmes sont dans la période productive et procréatrice de leur vie, c'est-à-dire âgées de 15 à 49 ans<sup>1</sup>. Elles apportent déjà une énorme contribution à leurs familles, communautés et pays. Dans la plupart des familles, les femmes gagnent une part des ressources du foyer, parfois la plus importante. Elles sont les gardiennes du précieux capital humain de leurs pays – les enfants. Des investissements ciblés – dans l'éducation,

la santé en matière de procréation, les droits économiques et politiques des femmes – peuvent catalyser le progrès sur la réduction de la pauvreté comme sur le développement et la paix durables.

Les familles, les communautés et les pays tirent profit de l'égalité des sexes autant que les femmes elles-mêmes. Des partenariats plus solides entre femmes et hommes et le partage des droits et responsabilités sont la clef de la réponse à beaucoup des problèmes qui tiennent en échec le développement humain. Certains des projets exposés dans le présent rapport démontrent qu'il est possible de transformer les stéréotypes et comportements sexospécifiques nuisibles. Mais la mise en œuvre de ces projets à l'échelle nécessaire pour atteindre les OMD exigera une direction concertée aux niveaux politique et communautaire, ainsi que des ressources pour promouvoir l'égalité des sexes à travers les politiques et les budgets.

## Habiliter les jeunes : les OMD et au-delà

Investir dans les adolescents et les jeunes est une question de droits humains. Mais c'est aussi le meilleur moyen de vaincre la pauvreté<sup>2</sup>. Investir sagement dans les jeunes contribuera aujourd'hui à leur permettre d'accéder à la condition d'adultes éduqués et en bonne santé – agents du changement prêts à pousser plus loin la vision d'un développement équitable. Cela exigera un redoublement d'efforts de la part des responsables et des donateurs. Cela imposera aussi d'accorder aux jeunes accès à une part équitable des ressources pour l'éducation, la santé en matière de procréation, l'acquisition de savoir-faire, les possibilités de travail et de vie. Et cela obligera à remplir toutes ces conditions de manière propre à éliminer les stéréotypes sexuels et élargir les perspectives des jeunes femmes.

## La santé en matière de procréation pour tous : tenir l'engagement du Caire pour atteindre les OMD

Le Projet objectifs du Millénaire a établi de la façon la plus claire que la santé en matière de procréation est une stratégie fondamentale et rentable pour atteindre les OMD<sup>3</sup>. La santé en

matière de procréation est un droit humain, affirmé et réaffirmé en tant que priorité de développement dans les accords internationaux depuis 1994, notamment lors des commémorations du dixième anniversaire de la CIPD et de Beijing. Le soutien écrasant à l'agenda de la CIPD et la reconnaissance des liens solides entre la santé en matière de procréation et le développement ont été réaffirmés en 2005 à plusieurs réunions de haut niveau sur les OMD, avec des ministres de la santé, des finances et de la planification, ainsi qu'avec des représentants des banques de développement, de la société civile et des institutions des Nations Unies<sup>4</sup>.

La plupart des problèmes de santé en matière de procréation peuvent être prévenus grâce à des interventions d'efficacité démontrée. La santé et les droits en matière de procréation sont un aspect indissociable de la réduction de la pauvreté, de l'égalité des sexes et de l'habilitation des femmes, ainsi que des efforts menés pour faire baisser la mortalité maternelle et infantile et combattre le VIH/sida. Une meilleure santé en matière de procréation améliore la qualité de vie des familles. La capacité des individus et des couples de choisir le nombre de leurs enfants et d'espacer les naissances, ainsi qu'une tendance partout constatée vers les familles moins nombreuses, peuvent aider les pays à faible revenu à échapper au "piège démographique de la pauvreté"<sup>5</sup>.

Les programmes de santé en matière de procréation peuvent offrir un accès commode – "une adresse unique" – à un ensemble de services pour les pauvres. Les services de santé en matière de procréation comprennent la planification familiale, la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et les soins de

santé maternelle et infantile<sup>6</sup>. Ils peuvent aussi recouvrir l'éducation nutritionnelle, la distribution d'aliments supplémentés en vitamines, l'immunisation et la prévention du paludisme. Dans l'idéal, comme certains projets l'ont démontré, les services de santé en matière de procréation peuvent aussi fournir une information et des aiguillages vers d'autres programmes, par exemple ceux qui concernent l'alphabétisation féminine, la violence sexiste, les droits juridiques, l'accès au microcrédit et la formation à des savoir-faire commercialisables. En établissant un lien entre les programmes de santé en matière de procréation et l'octroi de possibilités additionnelles aux femmes et aux jeunes, on peut les aider à surmonter d'autres contraintes qui compromettent les choix en matière de procréation et alimentent l'épidémie du sida.

#### **METTRE EN RELATION LES PROGRAMMES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ET LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.**

S'attaquer au VIH est un aspect de la santé en matière de procréation. Cependant, alors que les ressources affectées à la lutte contre l'épidémie affluaient, des services parallèles se sont développés, avec leurs propres personnel, structure administrative et financement. L'afflux continu de ressources offre une occasion de progresser vers les objectifs des OMD relatifs à la santé et de concrétiser la vision de la CIPD de soins de santé en matière de procréation pour tous, au profit des millions de personnes qui vivent dans la pauvreté et dont la qualité de vie et la survie même en dépendent.

Si ces programmes conduisent à une prolifération de dispensaires spécialisés, toutefois, les fonds affectés à la lutte contre le VIH/sida risquent de prélever du personnel et des ressources au détriment des autres besoins de santé prioritaires des pauvres – et au détriment des autres objectifs de santé inscrits dans les OMD<sup>7</sup>. Cela pourrait aussi aller à l'encontre des efforts déployés pour renforcer et rationaliser les systèmes de santé. Ce serait enfin un mauvais service rendu aux usagers : les pauvres ne reçoivent normalement qu'une information et des services parcellaires, même s'ils ont d'urgentes préoccupations concernant le VIH et d'autres problèmes de santé en matière de procréation. En outre, la transmission du VIH par les rapports sexuels et de nombreux autres problèmes de santé en matière de procréation procèdent des mêmes attitudes et comportements.

En intégrant la prévention du VIH et les soins aux séropositifs dans les services de santé en matière de procréation, il est possible de renforcer les uns et les autres. Les deux types de services affrontent les mêmes difficultés propres aux systèmes de santé – pénurie de personnel qualifié, de fournitures et d'un équipement essentiels, d'installations adéquates et de capacités de gestion. Les deux types de services se heurtent à des obstacles similaires s'agissant de créer une demande des services disponibles et de surmonter le sens de l'opprobre qui

#### **37 LA CAMPAGNE MONDIALE SUR LES JEUNES ET LES OMD**

En reconnaissance du rôle que les jeunes jouent dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), l'UNFPA est l'organisation chef de file de la campagne "Des visages de jeunes et les OMD" (Faces of Young People and the MDGs), lancée en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies, la Banque mondiale et les commissions économiques régionales. Le but est de susciter une prise de conscience et de mobiliser l'attention. Le message est simple : investir dans les jeunes.

En 2005, l'initiative a comporté une exposition de photographies au Siège de l'ONU, à New York, qui fait connaître les vies de jeunes d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie, des États arabes et d'Europe de l'Est. Chaque série de photos raconte l'histoire d'une jeune personne qui se trouve en relation avec les OMD. Parmi les autres activités, il faut citer l'élaboration de directives stratégiques destinées aux responsables, des brochures, un site Web et un concert destiné à collecter des fonds et prévu pour 2006 avec la collaboration de célébrités musicales et de jeunes artistes, qui sera centré sur les jeunes, le sida et la pauvreté.

empêche les clients de les utiliser, point sur lequel les services de santé en matière de procréation ont une expérience considérable. Les deux types de service ont besoin de fournitures similaires et des mêmes types de savoir-faire chez les prestataires de soins. Dans certaines régions, l'intégration est une obligation morale : dans l'Afrique subsaharienne, où l'épidémie du sida est très répandue, 63 % des femmes ont un besoin non satisfait de contraception efficace<sup>8</sup> et, en conséquence, une proportion élevée de grossesses non recherchées. Beaucoup de femmes ignorent si elles sont ou non séropositives et risquent donc de transmettre le virus à leurs enfants. Dans ces conditions, l'accès à un ensemble intégré, même minimal, de planification familiale, de dépistage du VIH et de services de santé maternelle peut permettre aux femmes de se protéger à la fois contre les grossesses non recherchées et le VIH, et aussi prévenir la transmission du VIH à leurs enfants.

Il peut s'avérer rentable d'intégrer un ensemble minimal de services de santé en matière de procréation et de lutte contre le VIH/sida. Par exemple, une étude a établi que l'intégration dans les soins de santé primaires des services de planification familiale et traitant les infections sexuellement transmissibles coûte 31 % de moins que si les services étaient fournis séparément, les économies portant sur les frais de personnel, les fournitures et les frais généraux d'administration<sup>9</sup>. D'autres études pilotes entreprises par la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF) et l'UNFPA ont fait apparaître des économies considérables et une demande accrue de services quand les services de dépistage du VIH et d'accompagnement psychologique étaient intégrés dans les services existants de santé en matière de sexualité et de procréation<sup>10</sup>.

La communauté internationale est en train d'en prendre note : un certain nombre d'accords et de résolutions de l'ONU ont demandé qu'un ensemble essentiel et complet de services de santé en matière de procréation et de lutte contre le VIH/sida soit mis à la disposition de tous les usagers<sup>11</sup>. Cette recommandation a trouvé un écho auprès de l'équipe de travail du Projet objectifs du Millénaire chargé de la lutte contre le sida<sup>12</sup>. Il est à la fois équitable et éthique de fournir un ensemble intégré de services essentiels. C'est aussi un moyen stratégique de garantir que les systèmes de santé soient renforcés, au lieu d'être affaiblis par des approches fragmentaires et la compétition entre priorités.

**RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ.** Les experts conviennent que la réalisation des trois OMD relatifs à la santé sera subordonnée à l'octroi d'investissements destinés à consolider les systèmes de santé et à étendre leur champ d'action en direction des groupes sous-desservis, surtout dans les zones rurales et les taudis urbains<sup>13</sup>. Tant la CIPD que le Projet objectifs du Millénaire réclament une approche qui mette

l'accent sur la prévention et les soins de santé primaires – premier point de contact pour tous ceux qui vivent dans des communautés pauvres.

La plupart des pays ont entrepris des réformes visant à améliorer la qualité, l'efficacité et l'équité de leurs réseaux de soins de santé. Mais le résultat, ont conclu de nombreux experts, est de rendre l'accès moins équitable et les soins de santé plus coûteux pour les pauvres<sup>14</sup>. Dans divers pays, des facteurs macroéconomiques, comme le service de la dette et la fixation d'un budget indépassable des soins de santé, ont abouti à transférer de nombreux coûts aux familles. Les subventions et les exemptions du versement des redevances d'usagers ne sont pas toujours bien ciblées et parfois profitent aux groupes à revenu relativement élevé plutôt qu'aux plus pauvres, qui en ont le plus grand besoin<sup>15</sup>.

Le coût des soins de santé continue d'être un important obstacle à l'accès aux services et à leur utilisation. Par exemple, des études de pays ont établi que les redevances d'utilisateur introduites par les réformes du secteur sanitaire entraînent une chute radicale du nombre d'utilisatrices des services de santé maternelle<sup>16</sup>. Les bénéficiaires prévus des exemptions de redevances n'en sont pas nécessairement informés, et les exemptions ne sont pas appliquées avec cohérence. Certains systèmes de santé manquent tellement de fonds que les dessous de table sont chose courante en échange de services et que les clients sont obligés d'acheter leurs propres fournitures médicales. Le Projet objectifs du Millénaire a demandé l'élimination des redevances d'utilisateur pour les services de santé de base, en tant que "gain rapide"<sup>17</sup> susceptible de diminuer les inégalités liées à la pauvreté et à la discrimination sexuelle.

Malgré des difficultés redoutables, les réformes du secteur sanitaire fournissent d'excellentes occasions de fixer les priorités et de remédier aux goulets d'étranglement dans la prestation de services de qualité. En investissant davantage dans les hôpitaux et moins dans la prévention, on a laissé les soins de santé de base devenir inaccessibles aux plus pauvres d'entre les pauvres et sans relation avec leurs besoins urgents. En Afrique subsaharienne et en Asie, 75 % des pauvres vivent dans les zones rurales<sup>18</sup>. Des services de prévention en bon état de fonctionnement pourraient aider à éviter des millions de cas de VIH et de décès maternels et infantiles, ainsi que les décès consécutifs au paludisme et à d'autres maladies inconnues dans les pays industrialisés.

La pénurie de professionnels qualifiés est une préoccupation majeure. Dans les pays africains, il n'est pas rare de ne trouver qu'un médecin pour 10 000 personnes. Par comparaison, on trouve aux États-Unis un médecin pour 500 personnes<sup>19</sup>. Une solution consiste à réformer les lois et politiques de manière à investir de leur autorité des sages-femmes et des infirmières chaque fois que c'est possible et

sans risque médical, comme l'ont prouvé les efforts réussis pour faire baisser la mortalité maternelle<sup>20</sup>. Le Projet objectifs du Millénaire a demandé la formation immédiate d'agents sanitaires de communauté afin qu'ils puissent rendre accessibles au niveau local l'information et les services essentiels<sup>21</sup>.

Une autre priorité est d'arrêter l'exode du personnel médical qualifié, qui cherche à l'étranger un traitement plus élevé et de meilleures conditions de travail. Il faudra à cette fin une action concertée des gouvernements des pays du Nord et du Sud, en prêtant attention aux droits et aux conditions de travail des agents sanitaires<sup>22</sup>. D'après les évaluations de chercheurs, autant de sages-femmes ont émigré du Ghana en 1999 que ce pays en a formé la même année<sup>23</sup>. Des pertes comparables se vérifient dans l'ensemble du monde en développement. La moitié environ seulement des pays en développement ont des centres de formation pour sages-femmes, bien que ce soit une priorité du secteur sanitaire pour atteindre les OMD<sup>24</sup>. On a évalué à un million au moins le nombre d'agents sanitaires dont l'Afrique subsaharienne aura besoin afin d'atteindre les OMD relatifs à la santé<sup>25</sup>. Ce déficit peut être comblé en améliorant les incitations, la formation et le recrutement, notamment en rappelant au secteur sanitaire ceux qui l'ont quitté pour d'autres occupations dans leur propre pays<sup>26</sup>. Des administrateurs qualifiés sont également requis d'urgence<sup>27</sup>.

**TRANSFORMER ET CRÉER DES SYSTÈMES DE SANTÉ.** La qualité des soins reste l'un des problèmes clefs qu'il faut résoudre pour améliorer les systèmes de santé et atteindre les OMD. La qualité des soins ne se limite pas à satisfaire aux normes médicales et scientifiques, à fournir sans solution de continuité les médicaments essentiels et d'autres produits, et à appliquer les procédures voulues : elle recouvre aussi l'interaction entre personnes qui se produit à chaque visite dans un centre de santé. Il est donc nécessaire de transformer les attitudes des prestataires de soins et des administrateurs, ainsi que la manière dont ils communiquent avec les usagers, en veillant en particulier à ce que les soins soient rendus sans discrimination et avec le souci des sexes et des valeurs culturelles. Toutes ces dimensions des soins risquent de souffrir quand les services de santé ne disposent pas d'un financement suffisant ou sont débordés. Les prestataires de soins peuvent représenter un atout précieux pour leurs communautés, mais manquent souvent du soutien qui leur permettrait de dispenser à leurs clients les meilleurs soins possibles. La faiblesse de la gestion, l'inefficacité des politiques et le manque des fournitures et de l'équipement médicaux essentiels ajoutent aux problèmes.

Les pauvres disent souvent qu'ils ont le sentiment d'être maltraités ou méprisés par les prestataires de soins<sup>28</sup>. C'est pourquoi beaucoup de femmes, d'hommes et d'adoles-

cents s'adressent plutôt à des membres de la communauté auxquels ils font confiance. Mais ces accoucheuses traditionnelles et guérisseurs n'ont pas la formation médicale nécessaire pour résoudre de sérieux problèmes de santé. L'intégration de programmes sensibles aux sexes et aux valeurs culturelles dans les établissements de formation des prestataires de soins de santé, surtout dans les domaines de la santé en matière de procréation, du VIH/sida et de la santé des adolescents, constitue un investissement à moyen terme qui sera rentable à long terme. Il est fondamental pour améliorer durablement la qualité des soins et peut maximiser l'efficacité et l'efficience des investissements dans le secteur sanitaire.

Comme l'a souligné l'Équipe de travail du Projet objectifs du Millénaire sur la santé maternelle et infantile, les systèmes de santé font partie intégrante du tissu social. Leur succès repose sur la confiance des communautés qu'ils servent. Cette confiance, à son tour, peut s'édifier sur des approches fondées sur les droits, participatives, soucieuses d'égalité des sexes et accueillantes à la jeunesse, qui encouragent un dialogue permanent entre clients et administrateurs des services de santé. Les droits humains, comme les devoirs que ceux-ci impliquent, peuvent servir à juger la performance d'un système de santé et aider les gouvernements et les administrateurs à remédier aux facteurs qui entravent le progrès vers la réalisation des OMD relatifs à la santé. Par exemple, la primauté du droit d'une femme à la vie a pour corollaire l'obligation légale pour les systèmes de santé d'assurer la présence d'un personnel qualifié durant l'accouchement et la délivrance rapide de soins obstétricaux d'urgence 24 heures par jour<sup>29</sup>. Les droits fondamentaux de contrôler sa propre fécondité et de se protéger du VIH doivent être les principes directeurs de toute politique et tout prestataire de soins. La discrimination fondée sur le sexe, l'ethnicité, l'âge, ou affichée en fonction de tout autre préjugé peut avoir pour les clients des conséquences sérieuses et irréversibles.

### Les droits et l'égalité : principes directeurs des politiques de réduction de la pauvreté

Le Projet objectifs du Millénaire recommande de procéder à un examen immédiat des stratégies et politiques nationales de réduction de la pauvreté. Une étape capitale est d'identifier les groupes qui sont le plus dépourvus du pouvoir et de la capacité nécessaires pour exercer leurs droits. Leur participation effective à l'identification de solutions à leurs propres problèmes est à la fois un droit humain et le principe d'une programmation solide et durable. En élaborant les politiques à la lumière des principes que sont les droits humains et l'égalité des sexes, on peut aider à mettre au point des stratégies efficaces en vue de concrétiser progressivement les droits des plus pauvres d'entre les pauvres<sup>30</sup>.

Cependant, même si l'application d'un cadre des droits humains à l'élaboration des politiques est "une condition préalable essentielle à la réalisation de tous les objectifs", selon le Projet objectifs du Millénaire, dans la pratique "aucun effort systématique n'a été conduit" à cette fin<sup>31</sup>. Cela est confirmé par l'examen des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (PRSP), exigés depuis 1999 des pays très endettés qui recherchent un allègement de leur dette. La société civile, notamment les groupes de femmes et de jeunes, n'ont participé que dans une mesure limitée à l'élaboration de ces cadres<sup>32</sup>, bien que les processus participatifs soient l'essence même d'une approche fondée sur les droits et que l'on ait établi qu'ils sont l'élément le plus important s'agissant de mettre au point des PRSP favorables aux pauvres et qui abordent les problèmes de parité des sexes<sup>33</sup>. Les cadres de politique nationaux et régionaux, comme le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique, offrent des occasions additionnelles d'intégrer l'égalité des sexes, le développement de la jeunesse et la santé en matière de procréation dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Mais ces cadres ont souvent ignoré les facteurs sexospécifiques dans les politiques macroéconomiques et les politiques du travail<sup>34</sup>.

L'évaluation conduite en 2002 par la Banque mondiale a établi que la qualité de l'analyse sexospécifique est généralement faible dans la plupart des PRSP<sup>35</sup>, bien qu'en voie d'amélioration. L'examen des PRSP mené par l'UNFPA lui-même confirme l'attention irrégulière et souvent limitée dont font l'objet la parité des sexes, la jeunesse, la santé en matière de procréation et les problèmes relatifs aux droits humains<sup>36</sup>. La moitié n'ont pas abordé la relation entre pauvreté et droits humains, et peu de pays y ont prêté plus qu'une attention superficielle<sup>37</sup>. Bien que l'ampleur et la profondeur des PRSP varient<sup>38</sup>, les pays donnent maintenant à ces problèmes une priorité accrue dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté, ce qui a des implications positives pour la suite qui sera donnée au Sommet mondial de 2005.

Le Projet objectifs du Millénaire recommande que les institutions nationales relatives aux droits humains préparent des "évaluations des droits humains" sur le suivi des OMD<sup>39</sup>. Il recommande aussi de former les agents de développement communautaire à promouvoir la participation locale, l'égalité des sexes et les droits des minorités<sup>40</sup>. Tirant parti de leurs connaissances sur le plan local, ces agents pourraient aussi aider à perfectionner et mettre en œuvre les approches sensibles aux valeurs culturelles. Le PRSP du Rwanda, considéré comme un exemple majeur de l'intégra-

tion de l'égalité des sexes, a engagé dès l'origine les groupes de femmes à participer activement<sup>41</sup>. Le succès de cette stratégie est maintenant reconnu : l'un des "gains rapides" du Projet objectifs du Millénaire appelle à "habiliter les femmes à jouer un rôle central dans la formulation et le suivi des stratégies de réduction de la pauvreté basées sur les OMD et dans d'autres processus souvent critiques de la réforme des politiques, notamment au niveau du gouvernement local"<sup>42</sup>.

Dépourvus de pouvoir sur les plans politique et économique, les jeunes sont souvent négligés par les responsables. Bien qu'ils représentent une proportion notable de la population dans tous les pays en développement – et davantage encore dans les pays les plus pauvres –, les ressources affectées à leurs besoins sont souvent limitées et délogées au cas par cas. Les politiques considèrent rarement les jeunes comme un groupe spécifique vivant dans la pauvreté. Même dans les cas où les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté ont fait une place aux jeunes en tant que groupe spécifique, rares sont les pays qui établissent un lien entre ces stratégies et les budgets<sup>43</sup>.

Tout à fait comme une budgétisation soucieuse des sexospécificités peut modeler la définition des politiques nationales dans la perspective des OMD,

les efforts déployés pour analyser les budgets dans la perspective particulière des besoins des jeunes et de l'égalité des sexes peuvent faire la lumière sur les priorités négligées et les investissements stratégiques. Le Costa Rica offre ici un modèle, car il contrôle le pourcentage du PIB dépensé au bénéfice des enfants et des adolescents dans les secteurs suivants : éducation, santé, approvisionnement en eau, abri, nutrition, protection et loisirs<sup>44</sup>. Au Cambodge, le Ministère de l'éducation, de la jeunesse et des sports fournit un autre bon exemple de l'intérêt porté aux problèmes sexospécifiques : il utilise des données ventilées par sexe pour remédier aux inégalités entre les sexes dans son budget, en particulier concernant l'éducation des filles. Il a élaboré une stratégie qui prend en considération les sexospécificités dans tous les contextes et travaille à la mettre en œuvre avec un comité représentant les provinces, les districts et les communes<sup>45</sup>.

### Les ressources : un prix modeste pour la dignité humaine et l'équité

Au niveau mondial, les dépenses militaires s'élèvent à environ 1 000 milliards de dollars par an<sup>46</sup>. L'aide au développement s'est élevée en 2003 à 69 milliards de dollars<sup>47</sup>. Compte tenu de cette disparité, le prix de la réalisation des OMD est visiblement

*"[Un système de santé] doit aussi être compris et considéré comme une institution sociale de base. Quand il se caractérise par l'abandon ou l'exclusion de certains individus ou groupes, le système de santé apporte une contribution majeure à l'injustice sociale. Inversement, le renforcement des systèmes de santé accroît le capital social au sein de la communauté et satisfait pleinement aux droits des individus."*

— Projet objectifs du Millénaire.

une question de volonté et d'engagement politiques au niveau mondial. Le coût de la réalisation des OMD – évalué à 135 milliards de dollars en 2006 et qui atteindra 195 milliards de dollars d'ici 2015<sup>48</sup> – paraît modeste, et il serait possible de réunir ce montant si l'on considère ce qu'il permettrait d'accomplir. Des milliers de vies pourraient être sauvées chaque jour. Des millions de personnes pourraient échapper à l'emprise de la pauvreté. Chaque enfant des deux sexes pourrait recevoir une éducation. La diffusion du sida pourrait être limitée. Ce sont là, en même temps, les assises d'un monde moins dangereux. Tout cela pourrait être accompli avec une fraction de ce que le monde dépense à des fins militaires.

Diverses propositions, dont celles de la Commission européenne et des chefs d'État européens, ont été avancées depuis le Sommet du Millénaire de 2000 pour mettre des ressources additionnelles au service de la réalisation des OMD. Les flux de revenu proposés prévoient notamment les mesures suivantes : création d'une Facilité de financement internationale<sup>49</sup> et imposition de taxes sur le combustible consommé par les lignes aériennes, sur les transactions commerciales et les

émissions de carbone<sup>50</sup>. Le rapport de 2005 de la Commission pour l'Afrique expose un plan sur la meilleure manière d'éliminer la pauvreté dans la région. Ce plan demande un doublement de l'aide au développement pour le continent d'ici 3 à 5 ans, l'annulation de la dette, la suppression de la protection de l'agriculture et des subventions commerciales dans les pays industrialisés (qui s'élèvent à 350 milliards de dollars par an, soit 16 fois le montant actuel des courants d'aide à l'Afrique), et le retour des milliards de dollars de dessous de table déposés dans des comptes bancaires à l'étranger<sup>51</sup>. Ce plan demande aussi aux pays africains de renforcer la gouvernance, de garantir l'inclusion des femmes et des jeunes et de tenir l'engagement pris en 2001 d'affecter 15 % des budgets annuels aux soins de santé et à l'élargissement de l'accès aux services de santé en matière de procréation<sup>52</sup>. Les États-Unis ont institué en 2002 le Millennium Challenge Account, qui place certains pays ayant une tradition de bonne gouvernance sur une liste préférentielle de bénéficiaires de l'aide<sup>53</sup>.

La mesure la plus importante est de tenir l'engagement international pris de longue date concernant l'aide au développement. Il y a 35 ans, à l'Assemblée générale des Nations Unies, les pays donateurs ont convenu d'affecter 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide publique au développement. En dépit d'appels nombreux et répétés, notamment à la Conférence internationale sur le financement du développement tenue en 2002 à Monterrey (Mexico)<sup>54</sup>, cinq pays donateurs seulement ont tenu leur engagement : le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède<sup>55</sup>. Six autres ont fixé des calendriers pour atteindre cet objectif<sup>56</sup>. Une évolution prometteuse était en cours au moment même où le présent rapport allait à l'impression : l'Union européenne, bloc de 25 pays membres, a pris en mai 2005 la décision unanime et capitale de doubler presque le montant de son aide dans les cinq prochaines années – la moitié ira à l'Afrique – et de fixer les étapes conduisant à atteindre l'objectif de 0,7 %<sup>57</sup>. Le même mois, le Japon a annoncé qu'il doublerait son aide à l'Afrique en l'espace de trois ans<sup>58</sup>.

La communauté internationale peut réfléchir à ce qu'il en coûte de ne pas respecter ses engagements financiers en considérant le cas de la CIPD et de ses lendemains. Le Programme d'action de 1994 est l'un des rares accords internationaux qui ait fourni des évaluations de ce que coûterait la réalisation de l'objectif qu'il énonçait concernant l'accès de tous aux services de santé en matière de procréation d'ici à 2015. La communauté internationale, tant les donateurs que les pays en développement, n'a pas atteint l'objectif pour 2000, fixé à 17 milliards de dollars. Elle était encore en retard en 2003 et il n'est toujours pas certain que l'objectif de 18,5 milliards de dollars pour 2005 sera atteint. Les données préliminaires pour 2003 montrent que les donateurs ont mobilisé 4,7 milliards de dollars, soit 77 % de leur part qui

### 38 | IL EST RENTABLE D'INTÉGRER LES SEXOSPÉCIFICITÉS DANS TOUS LES CONTEXTES

Les sceptiques sous-estiment de longue date l'intérêt d'intégrer les sexospécificités dans tous les contextes. Le rapport "So What?" (Et après?) a examiné 400 projets du monde entier relatifs à la santé en matière de procréation et à la lutte contre le VIH/sida. Ses conclusions démentent l'idée commune que l'intégration des sexospécificités dans tous les contextes n'a qu'un intérêt marginal. Le rapport montre qu'au contraire cette intégration améliore les résultats obtenus sur le plan tant de la santé en matière de procréation que d'équité entre les sexes, et il offre des preuves de ce qu'elle peut apporter au suivi des OMD. Les projets ayant intégré une perspective d'égalité entre les sexes ont obtenu les résultats ci-après, qui tous intéressent les OMD :

- Changements positifs dans les relations entre les sexes et attitudes plus respectueuses à l'égard des femmes;
- Élargissement de la prise de décisions par les femmes et de leur participation politique au sein de la communauté;
- Meilleure connaissance par les femmes de leurs droits juridiques;
- Chances accrues pour les filles de poursuivre leur scolarité;
- Réduction de la violence contre les femmes;
- Amélioration de la communication et du soutien mutuel entre hommes et femmes concernant la planification familiale, le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles;
- Meilleure connaissance par les hommes des problèmes concernant les soins de santé des femmes;
- Changements d'attitude concernant le partage des rôles et responsabilités entre hommes et femmes dans l'éducation des enfants, le travail et les problèmes de santé en matière de procréation.



représente un tiers du montant convenu pour 2005. Les pays en développement ont mobilisé environ 11 milliards de dollars, soit 88 % de leur part<sup>59</sup>. Des déficits de financement moins considérables auraient permis de sauver et améliorer des millions de vies au cours des 10 prochaines années.

L'une des priorités désignées comme "gain rapide" immédiat dans le Projet objectifs du Millénaire consiste à assurer un financement adéquat pour les fournitures et la logistique dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction, y compris les contraceptifs. Le soutien des donateurs à la planification familiale a diminué depuis 1995, année où celle-ci recevait 55 % du montant mondial de l'aide au développement. Cette part est tombée à 13 % seulement en 2003<sup>60</sup>. Dans l'intervalle, la demande s'est accrue, surtout du fait que la plus nombreuse génération d'adolescents qui ait jamais existé aborde ses années de vie procréatrice.

Les parlementaires attachés à la CIPD continuent de jouer un rôle clef s'agissant de maintenir l'attention des décideurs et d'influer sur le montant des allocations budgétaires. Au Paraguay, l'appui de l'UNFPA à la Commission sénatoriale de l'équité, de la parité des sexes et du développement social a abouti à faire tripler en 2005 le montant budgétaire affecté aux fournitures de planification familiale. Les parlementaires peuvent aussi faire servir leur influence à lever des fonds complémentaires : au Guatemala, le Parlement a approuvé en 2004 une loi qui affecte 15 % des taxes sur les boissons alcooliques et le tabac aux programmes de santé en matière de procréation.

L'agenda de la CIPD garde toute sa pertinence pour les pays tant développés qu'en développement : l'UNFPA, le plus important fournisseur multilatéral d'aide dans le domaine de la population et de la santé en matière de procréation, a reçu de 166 pays en 2004 un montant record de contributions volontaires pour ses ressources de base. Certains donateurs européens, les États-Unis et le Japon ont versé les contributions les plus élevées à l'aide internationale dans le domaine de la population<sup>61</sup>.

La coopération internationale au service du développement n'est pas une affaire de charité, mais une responsabilité collective de la communauté mondiale. Ce principe est inscrit dans la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et des traités internationaux tels que la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>62</sup>. La concrétisation des droits humains constitue l'assise de la Déclaration du Millénaire de 2000 – un pacte pour le développement mondial aux fins d'éliminer la pauvreté<sup>63</sup>. Elle lance aux pays dona-

teurs et aux institutions financières internationales, au secteur privé et aux sociétés multinationales<sup>64</sup> un appel à établir des normes fondées sur les droits en vue de réduire la pauvreté par divers moyens : pratiques commerciales équitables, facilités de crédit et d'acquittement de la dette et, ce qui n'est pas le moins important, flux de migration et respect des droits des travailleurs. L'ampleur choquante de la corruption, qui se traduit par des versements illicites de l'ordre de 1 000 milliards de dollars par an<sup>65</sup> – et dont le coût est supporté en grande partie par les pauvres qui restent privés de services de base –, souligne l'importance d'améliorer la gouvernance et l'état de droit. Il est nécessaire de considérer de nouveau les incompatibilités entre le remboursement de la dette et les politiques macroéconomiques des institutions financières

internationales, d'une part, et la réalisation des OMD, de l'autre. De telles politiques ont souvent entraîné des coupes dans les secteurs sociaux. Leur aménagement permettrait sans doute de restituer le financement nécessaire aux secteurs éducatif et sanitaire<sup>66</sup>. Certains pays africains, par exemple, ont utilisé les ressources libérées par l'allègement de la dette pour affecter des agents sanitaires là où il y en a le plus grand besoin. La Mauritanie les a utilisées pour offrir des incitations aux sages-femmes afin d'en placer davantage dans les zones rurales reculées<sup>67</sup>.

L'urgence posée par l'épidémie du sida a conduit à mobiliser rapidement engagements et ressources, bien que celles-ci ne soient pas encore à la hauteur des besoins. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'Emergency Plan for AIDS Relief du Président des États-Unis constituent de récentes initiatives de financement de grande importance. La Banque mondiale a aussi intensifié son soutien à l'élargissement de l'accès au traitement du sida<sup>68</sup>. Tandis que l'appui au traitement augmente, bien qu'avec beaucoup de retard, les ressources affectées à la prévention du VIH – stratégie de première ligne pour détourner les conséquences et les coûts de l'épidémie – ne sont pas encore suffisantes<sup>69</sup>.

**LES "SAVOIR-FAIRE" ET LES PARTENARIATS.** La connaissance de ce qui donne les meilleurs résultats pour atteindre les objectifs visés est un atout inappréciable. Comme le Projet objectifs du Millénaire l'a mis en relief, il faut procéder à un transfert accéléré des connaissances par la coopération entre pays développés et pays en développement pour garantir la solidité des investissements dans les OMD. Ceci comprend des échanges entre partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, réseaux de la société civile, groupes de femmes et de jeunes, instituts de recherche et de formation.

*“Les politiques et mesures de développement qui négligent de tenir compte de l'inégalité des sexes ... n'auront qu'une efficacité limitée et coûteront très cher aux sociétés.”*

— Équipe de travail du Projet objectifs du Millénaire sur l'éducation et l'égalité des sexes.

Le Projet demande le transfert des progrès médicaux et des médicaments, ainsi que le partage de connaissances sur les moyens simples et les stratégies de valeur démontrée qui peuvent sauver des vies.

La société civile, avec ses vastes réseaux d'ampleur mondiale et l'infrastructure de ses services, son immense souplesse, la somme considérable de ses connaissances et de son expérience, et son rapport immédiat avec les réalités concrètes de groupes spécifiques, jouera un rôle essentiel pour relever le défi posé par les OMD<sup>70</sup>. Un renforcement de la collaboration et du partenariat entre les gouvernements et la société civile dans les stratégies nationales de développement et de réduction de la pauvreté, aussi bien que dans la prestation directe des services, sera nécessaire aux fins d'exécuter les programmes de vaste échelle qu'exige la réalisation des OMD. L'exercice du contrôle par les communautés est l'une des "conditions du succès" indiquées à juste titre dans le Projet objectifs du Millénaire<sup>71</sup>, sans laquelle il est difficile de concevoir les interventions, d'en suivre l'exécution et d'en assurer la durée. Les communautés sont les mieux placées pour dire ce qui donne des résultats ou déçoit l'attente à mesure que les programmes en relation avec les OMD sont mis en œuvre dans leur intérêt.

Le renforcement du partenariat entre secteur public et secteur privé peut apporter des ressources additionnelles. Le secteur privé peut prêter un appui tant financier qu'en nature. Les entreprises peuvent fournir à leurs employés une information et des services de santé et transférer savoir-faire et formation aux communautés où elles sont présentes. Le Code de pratique de l'Organisation internationale du Travail sur le VIH/sida et le monde du travail a conduit un nombre accru de sociétés à adopter des politiques utiles pour faire face à la maladie. Néanmoins, une enquête sur les dirigeants d'entreprise menée dans 104 pays a établi que 71 % des sociétés n'ont pas mis en place de politiques concernant le VIH/sida. Certaines sociétés d'Afrique subsaharienne ont donné l'exemple aux autres en fournissant des services à leur personnel<sup>72</sup>. Les sociétés multinationales et les grandes entreprises du secteur public qui reconnaissent le lien entre la productivité et la santé de leur personnel en matière de procréation sont des points d'accès naturel à travers lesquels élargir l'éducation et les services.

Des coalitions et des réseaux en constante expansion vont aussi de l'avant avec des campagnes centrées sur des problèmes d'importance critique pour atteindre les OMD. Un exemple de premier plan en est la campagne "3 d'ici 05" conduite par l'OMS et ONUSIDA en vue de fournir à 3 millions de séropositifs accès au traitement d'ici 2005. Plusieurs autres se sont mobilisées sur divers centres d'intérêt : mortalité

infantile, maternité sans danger, jeunesse, égalité des sexes et VIH/sida.

Parmi les autres outils, il faut citer le recours plus fréquent aux médias et aux incitations, comme les réductions d'impôt. Ce sont des moyens susceptibles d'accroître l'engagement du public envers les causes liées aux OMD, ainsi que les donations philanthropiques de particuliers et de fondations, qui versent des contributions importantes aux États-Unis et dans certains autres pays développés. Bill Gates et Ted Turner sont au premier rang de ceux dont la contribution est immense : ils ont créé des fondations au rayon d'action mondial qui subventionnent des initiatives visant à atteindre les OMD. Les donations et les contributions en nature, grandes et petites, peuvent faire une différence quand il s'agit de sauver et d'améliorer des vies. Les "34 millions d'amis de l'UNFPA", par exemple, ont réuni plus de 2,6 millions de dollars en faveur du Fonds, surtout en petites contributions versées par plus de 100 000 particuliers, pour la plupart aux États-Unis. Les médias et les parlementaires peuvent mettre à profit leur influence pour garder les OMD présents à l'attention du public et sur l'agenda des décideurs et pour insister sur l'exercice effectif des responsabilités durant le compte à rebours qui nous sépare de 2015.

**IL EST TEMPS D'AGIR.** Le monde a une occasion sans précédent de "reléguer la pauvreté dans le passé"<sup>73</sup>. Alors que près de 3 milliards d'individus<sup>74</sup> luttent pour vivre avec moins de 2 dollars par jour; qu'à chaque minute une femme meurt sans nécessité en donnant naissance; que 6 000 jeunes deviennent séropositifs chaque jour; et que des millions de femmes et de filles vivent dans la crainte de la violence, l'unique réponse acceptable sur le plan éthique s'impose d'elle-même : il faut remplir les promesses d'une action mondiale contre la pauvreté, pour l'égalité et l'équité, embrassées aux conférences des Nations Unies dans les années 90 et au Sommet du Millénaire de 2000. En vertu du droit international, ces accords sont plus que de la rhétorique : ils sont des obligations collectives. Ils incarnent les principes qui ont conduit à former la communauté de pays connue sous le nom d'Organisation des Nations Unies. Ils affirment que le droit de vivre dans la dignité, à l'abri de la crainte et de la honte, à l'abri de l'oppression et de la violence et à l'abri du besoin sont les droits minimaux de tout être humain.

Le monde a une occasion sans précédent de permettre aux marginalisés de triompher des circonstances qui les font rester en arrière et de revendiquer la totalité de leurs droits. Les stratégies sont claires. Un plan est en place. Les ressources nécessaires peuvent être réunies. C'est maintenant qu'il faut agir.

## CHAPITRE 1

- 1 Projet objectifs du Millénaire, 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*. Rapport au Secrétaire général. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 2 Banque mondiale. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pp. 33, 35, 74 et 99. New York et Washington, D.C.: Oxford University Press et Banque mondiale.
- 3 A. Malhotra et R. Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 4 Sur la base de calculs des années de vie corrigées par le facteur invalidité. Voir: OMS. 2002. "Estimates of DALYs by Sex, Cause and OMS Mortality Sub-region: Estimates for 2001." Genève: OMS. Site Web: [www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_estimates,burden\\_estimates\\_2001,burden\\_estimates\\_2001\\_subregion&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english), visité le 9 juillet 2003. Cité dans : S. Singh et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute et UNFPA.
- 5 The Alan Guttmacher Institute. 2004. "The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health." *Issues in Brief*. Série No. 4. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- 6 Banque mondiale. 2001.
- 7 Projet objectifs du Millénaire. 2005a. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 77. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 8 Banque mondiale. 2003a. *Égalité des sexes et objectifs du Millénaire pour le développement*. Washington, D.C.: Banque mondiale; Banque mondiale 2001, p. 11; et Banque mondiale. 2003b. "Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia." Promising Approaches to Engendering Development. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 9 Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, p. 120. Rapport au Secrétaire général de l'ONU. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 10 Ibid., p. 120; et S. Shenker et E. Shields. 22 décembre 2004. "Mixed Views on UN Indigenous Decade." BBC News Online, visité le 18 avril 2005.
- 11 ONU. 2005a. *Enquête mondiale de 2004 sur le rôle des femmes dans le développement: les femmes et la migration internationale (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294)*. New York: Division de la promotion de la femme, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 12 Projet objectifs du Millénaire. 2005b.
- 13 Projet objectifs du Millénaire. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Équipe de travail sur la santé infantile et la santé maternelle. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 14 A. Starrs et P. Ten Hoop-Bender, 2004. "Dying for Life" pp. 78-81 dans: *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report; ICPD at Ten: Where are We Now*, by Countdown 2015. 2004 New York, Londres et Washington, D.C.: Family Care Internationale, Fédération internationale pour la planification familiale, et Population Action International; et T. Sein et U.M. Rafei, 2002. "No more Cradles in the Graveyards." Regional Health Forum 6 (2). New Delhi: Région de l'Asie du Sud-Est, OMS. Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 15 Projet objectifs du Millénaire. 2005c.
- 16 ONU. 2004. *Rapport mondial sur la jeunesse, 2005: Rapport du Secrétaire général (A/60/61 - E/2005/7)*, p. 1. New York: ONU.
- 17 OIT. 2004. *Global Employment Trends for Youth*. Genève: OIT.
- 18 Population Council. s.d. "Transitions to Adulthood: Married Adolescents/First-Time Parents: Child Marriage." New York: Population Council. Site Web: [www.popcouncil.org/ta/childmar.html#2](http://www.popcouncil.org/ta/childmar.html#2), visité le 1<sup>er</sup> juillet 2005.
- 19 UNFPA. 2004. *L'état de la population mondiale 2004: Le consensus du Caire, dix ans après: la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, p. 76. New York: UNFPA.
- 20 ONU. 2001. *Nous, les enfants: examen de fin de décennie du suivi du Sommet mondial pour les enfants: rapport du Secrétaire général (A/S-27/3)*. New York: ONU.
- 21 UNICEF. 2004. *The State of the World's Children 2005: Childhood under Threat*. New York: UNICEF.
- 22 UNFPA. 2005. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA.
- 23 "A Role for Men in Gender Equality Fight." 13 septembre 2004. *IPS UN Journal* 11(165): 6.
- 24 L. Heise, M. Ellsberg et M. Gottemoeller. 1999. "Ending Violence against Women." *Population Reports*. Série L. No. 11. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.
- 25 Projet objectifs du Millénaire 2005a, pp. 15 et 110.
- 26 Le chiffre représente les coûts estimatifs de la violence exercée par le partenaire. Voir: H. Waters et al. 2004. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Genève: Department of Injuries and Violence Prevention, OMS.
- 27 UNFPA. s.d. "Population Issues: Culture: India: Restoring the Sex Ratio Balance." New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/culture/case\\_studies/india\\_study.htm](http://www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm), visité le 18 juin 2005.
- 28 Département d'État des États-Unis. 2005. *Trafficking in Persons Report: June 2005*. Washington, D.C. Département d'État des États-Unis.
- 29 ONU. 2005b
- 30 ONU. 2005c. *Résumé de l'enquête économique et sociale sur la région Asie et Pacifique: 2005 (E/2005/18)*. New York: ONU.
- 31 Projet objectifs du Millénaire 2005b.
- 32 ONU 2005b, par. 8.
- 33 Projet objectifs du Millénaire. s.d. "Fast Facts. Faces of Poverty." Site Web: [www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm](http://www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm), visité le 3 juin 2005.
- 34 Projet objectifs du Millénaire. 2005b.
- 35 Alors que près de 1 000 milliards de dollars sont consacrés chaque année aux dépenses militaires, le montant total de l'aide au développement pour 2003 a été de 69 milliards de dollars. Voir: E. Skoens, C. Perdomo et P. Stalenheim. 2004. "Military Expenditure." Ch. 10 dans: *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, par le Stockholm International Peace Research Institute. 2004. Oxford: Oxford University Press. Voir aussi: Organisation de coopération et de développement économiques. 11 avril 2005. "Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge." Paris: Organisation de coopération et de développement économiques. Site Web: [www.oecd.org/document/3/0,2340,en\\_2649\\_201185\\_34700611\\_1\\_1\\_1\\_1\\_00.html](http://www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1_00.html), visité pour la dernière fois le 5 juillet 2005.
- 36 W. Maathai, 10 décembre 2004. Conférence Nobel, Fondation Nobel, Oslo, Norvège.
- 8 Ibid., encadré 3, p. 13.
- 9 Institut de statistique de l'UNESCO. 2004. *Global Education Digest 2004: Comparing Education Statistics Across the World*. Montréal, Canada: Institut de statistique de l'UNESCO. Les données se réfèrent à 2001/2002.
- 10 Sur les 104 millions d'enfants actuellement non scolarisés, on évalue la proportion de filles à 54-57 %. Voir: Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 42. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 11 ONU. 27 avril 2005. "Millennium Indicators Database." New York: Division des statistiques, Département des affaires économiques et sociales, ONU. Site Web: <http://millenniumindicators.un.org>, visité pour la dernière fois le 14 juin 2005.
- 12 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 44.
- 13 UNFPA. 2005a. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*, p. 5. New York: UNFPA.
- 14 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 5.
- 15 T. P. Schultz, 1993. "Returns to Women's Schooling." Ch. 2 dans: *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits, and Policy*, édité par E. King et M. A. Hill. 1993. A World Bank Book. Baltimore: Johns Hopkins University Press; et Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 38.
- 16 Projet objectifs du Millénaire 2005b, pp. 39, 40 et 41.
- 17 C. Grown, G. R. Gupta et R. Pande. 2005. "Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment." *The Lancet* 365(9458): 541-543.
- 18 D. Abu-Ghaida et S. Klasen. 2004. "The Costs of Missing the Millennium Development Goal on Gender Equity." *World Development* 32(7): 1075-1107.
- 19 S. Klasen, 1999. "Does Gender Inequality Reduce Growth and Development: Evidence from Cross-Country Regressions." Policy Research Report on Gender and Development. Série Working Paper, No. 7. Washington, D.C.: Banque mondiale. Se trouve aussi dans: Banque mondiale 2001, p. 11.
- 20 D. Filmer. 2004. "If You Build It, Will They Come? School Availability and School Enrollment in 21 Poor Countries." World Bank Policy Research Working Paper. No. 3340. Washington, D.C.: Banque mondiale; C. B. Lloyd et A. K. Blanc. 1996. "Children's Schooling in Sub-Saharan Africa: The Role of Fathers, Mothers, and Others." *Population and Development Review* 22(2): 265-298; et D. Thomas et al. 1996. "Parental Investments in Schooling: The Roles of Gender and Resources in Urban Brazil." RAND Labor and Population Program Working Papers. No. 96-02. Santa Monica, Californie: RAND Corporation; et Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 41.
- 21 Banque mondiale 2001; L. C. Smith et L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. Research Report. No. 111. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute; et Schultz 1993

- 22 A. Quisumbing, 1996. "Male-female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues and Empirical Evidence." *World Development*. 24(10): 1579-1595.
- 23 Banque mondiale 2001, p. 83.
- 24 Aminata Toure. 2004. "Strengthening Families Through the Implementation of ICPD Programme of Action: UNFPA's Perspective." Communication faite à la réunion tenue pour célébrer le dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille, ONU, 6 décembre 2004. Site Web: [www.unicef.org/childfamily/files/Strengthening\\_families\\_through\\_the\\_implementation\\_of\\_ICPD\\_PA.doc](http://www.unicef.org/childfamily/files/Strengthening_families_through_the_implementation_of_ICPD_PA.doc), visité pour la dernière fois le 29 juin 2005; et B. Seligman et al. 1997. *Reproductive Health and Human Capital: A Framework for Expanding Policy Dialogue*. POLICY Occasional Paper Série. No. 1. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International.
- 25 Projet objectifs du Millénaire 2005b, pp. 4, 5, 42 et 44.
- 26 Voir: Cible 4 des OMD; et Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 10.
- 27 UNFPA 2005a.
- 28 S. A. Teicher. 4 mai 2005. "Gains for Girls, but Many Still Shut Out." *The Christian Science Monitor*; B. Herz et G. B. Sperling. 2004. *What Works in Girls' Education: Evidence and Policies from the Developing World*. New York: Council on Foreign Relations; et Projet objectifs du Millénaire 2005b, pp. 48-49.
- 29 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 51; Grown, Gupta et Pande 2005; et Commission pour l'Afrique. 2005. *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*. Londres: Commission pour l'Afrique.
- 30 ONU 2005a, par. 603.
- 31 UNFPA. 2003b. *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants*. Série Population and Development Strategies. No. 10. New York: UNFPA.
- 32 D. Narayan et al. 1999. *Can Anyone Hear Us? Voices From 47 Countries*. Voices of the Poor: Volume 1. New York: Oxford University Press pour la Banque mondiale.
- 33 A. P. McCauley et al. 1994. "Opportunities for Women Through Reproductive Choice." *Population Reports*. Série M. No. 12. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
- 34 Seligman et al. 1997.
- 35 Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 36 McCauley et al. 1994.
- 37 The Alan Guttmacher Institute. 2004. "The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health." *Issues in Brief*. Série 2004. No. 4. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- 38 ONU. 2005b. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights (ESA/P/WP.193)*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 39 D. E. Bloom et al. 2002. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, CA: Rand; et N. Birdsall et al. (éd.). 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York: Oxford University Press; et S. Singh et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute et UNFPA.
- 40 D. Bloom et D. Canning. 2004. "Population, Poverty Reduction, and the Cairo Agenda." Communication préparée pour le Séminaire sur la pertinence des aspects démographiques en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, New York, 17-19 novembre 2004. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 41 A. Mason et S. H. Lee. 2004. "The Demographic Dividend and Poverty Reduction". Communication préparée pour le Séminaire sur la pertinence des aspects démographiques en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, New York, 17-19 novembre 2004. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 42 Singh et al. 2004.
- 43 Par exemple, voir: Banque mondiale. s.d. "Why Invest in Children and Youth?" Genève: OMS. Site Web: <http://Web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCY/O,contentMDK:20243901-menuPK:565261-pagePK:148956-piPK:216618-theSitePK:396445,00.htm>, visité le 28 juin 2005; UNFPA. 2005b. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA; et J. Knowles et J. Behrman. 2003. *Assessing the Economic Returns to Investing in Youth in Developing Countries*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 44 Banque mondiale 2001, p. 66.
- 45 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 87.
- 46 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 7.
- 47 Ibid., p. 7; Banque mondiale 2001, pp. 24-25; et Grown, Gupta et Pande 2005.
- 48 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 77; et Banque mondiale 2001.
- 49 ONU. 2005c. *Progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : Rapport du Secrétaire général (A/59/765)*, par. 61. New York: ONU; et ONU 2005a, par. 375.
- 50 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 87.
- 51 Banque mondiale 2001. Voir aussi: Banque mondiale. 2004. "Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia." Promising Approaches to Engendering Development. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 52 M. C. Blackden et C. Bhanu. 1999. "Gender, Growth, and Poverty Reduction: Special Program of Assistance for Africa: 1998 Status Report on Poverty in Sub-Saharan Africa." Technical Paper. No. 428. Réduction de la pauvreté et développement social, région de l'Afrique. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 53 Banque mondiale. 2003. *Égalité des sexes et objectifs du Millénaire pour le développement*. Washington, DC: Banque mondiale; Banque mondiale 2001, p. 11; et Banque mondiale 2004.
- 54 J. Bruce, C. Lloyd et A. Leonard. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*. New York: Population Council.
- 55 Banque mondiale 2001.
- 56 D'après de nombreux travaux, on peut attendre davantage des femmes qu'elles dépensent leur revenu en frais d'alimentation, d'éducation et de soins de santé qui servent le bien-être de leurs enfants comme le leur propre. Voir: Banque mondiale 2001, p. 18; Grown, Gupta et Pande 2005; et Projet objectifs du Millénaire 2005b.
- 57 Projet objectifs du Millénaire 2005b.
- 58 ONU 2005a, par. 315.
- 59 UNIFEM. 2002a. *Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals*. New York: UNIFEM.
- 60 Projet objectifs du Millénaire 2005c, p. 138.
- 61 ONU 2005a, par. 288, 294, et 295.
- 62 Banque mondiale 2001.
- 63 Voir: OIT. s.d. "C111 Discrimination (Employment and Occupation) Convention, 1958"; "C100 Equal Remuneration Convention, 1951"; "C156 Workers with Family Responsibilities Convention, 1981"; and "C183 Maternity Protection Convention, 2000." Tous ces textes sont accessibles sur le site Web de l'OIT: "Gender: Equality Between Men and Women," Site Web: [www.ilo.org/public/english/gender.htm](http://www.ilo.org/public/english/gender.htm), visité le 29 juin 2005; et ONU 2005a, par. 283.
- 64 C. Hein. 2005. *Reconciling Work and Family Responsibilities: Practical Ideas from Global Experience*. Genève: OIT; et M. O'Brien. 2004. *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame*. EOC Working Paper Série. No. 18. Manchester, Royaume-Uni: Equal Opportunities Commission.
- 65 Banque mondiale 2001, p. 24.
- 66 ONU 2005a, par. 298.
- 67 B. James. 2002. *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life*. Rapport préparé pour le Ministère néo-zélandais des affaires féminines, Wellington, Nouvelle-Zélande. Site Web: [www.mwa.govt.nz/pub/InternationalPolicies.doc](http://www.mwa.govt.nz/pub/InternationalPolicies.doc), visité pour la dernière fois le 1<sup>er</sup> juillet 2005.
- 68 Ibid.
- 69 ONU 2005a, par. 316.
- 70 James 2002.
- 71 Malhotra et Mehra 1999.
- 72 C. B. Lloyd (éd.). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- 73 ONU 2005a, par. 303.
- 74 Business for Social Responsibility. 2002. *Addressing the General and Reproductive Health of Women in Global Supply Chains*. San Francisco, Californie: Business for Social Responsibility.
- 75 J. Lovenduski et A. Karam 2002. "Women in Parliament: Making a Difference." Ch. 6 dans: *Women in Parliament: Beyond Numbers*, par International IDEA. Stockholm, Suède: International IDEA. Site Web: <http://archive.idea.int/women/par/>, visité pour la dernière fois le 11 juillet 2005.
- 76 Voir, par exemple: A. Swamy et al. 2001 "Gender and Corruption." *Journal of Development Economics* 64(1): 25-55; et Banque mondiale 2001, pp. 8, 12, et 95. Voir aussi: Projet objectifs du Millénaire 2005b.
- 77 Projet objectifs du Millénaire 2005b.
- 78 ONU 2005a, p. 348; et UNFPA. 2005a.
- 79 ONU. s.d. "Millennium Indicators Database: World and Regional Trends." New York: Division des statistiques, ONU. Site Web: [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi\\_worldreg.asp](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_worldreg.asp), visité pour la dernière fois le 7 juillet 2005. En 1990, le Conseil économique et social de l'ONU a recommandé un taux cible pour accroître la proportion des femmes dans les postes de responsabilité, qui serait d'au moins 30 % en 1995." Voir : résolution E/RES/1990/15 du Conseil économique et social, recommandation VI, par. 2.
- 80 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 109.
- 81 ONU 2005a, par. 333.
- 82 P. Vyasulu et V. Vyasulu. 2000. "Women in the Panchayati Raj: Grassroots Democracy in India." Ch. 5 dans: PNUD. 2000. *Women's Political Participation and Good Governance: 21st Century Challenges*. New York: PNUD.
- 83 ONU 2005a, par. 333 et 338.
- 84 Union interparlementaire. 2005. "Women in National Parliaments: World Classification." Situation à la date du 30 avril 2005. Site Web: [www.ipu.org/wmn-e/classif.htm](http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm), visité le 3 juillet 2005. Les données communiquées se réfèrent aux sièges des chambres basses.
- 85 ONU. 17 mars 2005. "10 Stories the World Should Hear About: Women as Peacemakers: From Victims to Re-Builders of Society." New York: ONU. Site Web: [www.un.org/events/tenstories/story.asp?storyID=700](http://www.un.org/events/tenstories/story.asp?storyID=700), visité le 29 juin 2005.
- 86 ONU 2005a, par. 731; et ONU. 2002. *Gender Mainstreaming: An Overview*. New York: Bureau de la Conseillère spéciale pour la parité entre les sexes et la promotion de la femme, ONU.
- 87 L. Waldorf. 2004. *Pathway to Equality: CEDAW, Beijing and the MDGs*. New York: UNIFEM. Voir aussi: L. Corner, s.d. "Gender-sensitive and Pro-poor Indicators of Good Governance." Article préparé pour le projet du PNUD Indicateurs de gouvernance, Centre de gouvernance d'Oslo. New York: PNUD. Site Web: [www.undp.org/oslocentre/docs05/cross/2/Gender-sensitive%20and%20Pro-poor%20Indicators%20for%20Democratic%20Governance.pdf](http://www.undp.org/oslocentre/docs05/cross/2/Gender-sensitive%20and%20Pro-poor%20Indicators%20for%20Democratic%20Governance.pdf), visité pour la dernière fois le 5 juillet 2005; et A. Neimans et A. Tortisyn. 2003. *Gender Thematic Guidance Note*. NHDR Guidance Note on Gender. No. 2. New York: PNUD.
- 88 Par exemple, voir le module de l'Enquête démographique et sanitaire (EDS) sur la condition féminine; l'Index du développement dans ses rapports avec la parité des sexes et la Mesure de l'habilitation des femmes (PNUD); et les mesures en rapport avec le développement effectuées par les commissions régionales des Nations Unies, comme l'Index parité des sexes et développement en Afrique, les efforts de l'Asie occidentale pour améliorer la mise à disposition des données, et les indicateurs permettant de suivre la proportion d'hommes et de femmes qui vivent dans la pauvreté en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les institutions des Nations Unies, dont l'UNFPA et UNIFEM, aident les pays à renforcer la collecte et l'analyse de données ventilées par sexe.
- 89 PNUD. 2003. *Millennium Development Goals: National Reports: A Look Through a Gender Lens*. New York: PNUD.
- 90 T. Valdes 2002. "Index of Fulfilled Commitments 1995-2000: A Social Watch Instrument for Women." Séminaire international: Amérique latine et Caraïbes:

- Challenges before the Millennium Development Goals, Washington, D.C., 10-11 juin 2002. Washington, D.C.: Banque interaméricaine de développement. Site Web: <http://www.iadb.org/sds/doc/SOCSES4GeneroTeresaValdes1.pdf>, visité le 22 juin 2005. Voir aussi: FLACSO Chili. "Area de Estudios de Genero, Grupo Iniciativa Mujeres." Santiago, Chili: FLACSO. Site Web: <http://www.flacso.cl/>, visité le 22 juin 2005.
- 91 ONU 2005a, par. 737. Voir aussi: ONU. 2003. *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts, and Sources* (ST/ESA/STAT/SER.F/95). New York: Groupe des Nations Unies pour le développement, ONU.
- 92 ONU 2002.
- 93 ONU 2003.
- 94 C. Grown et G. R. Gupta. 2004. "An Agenda for Engendering: Équipe de travail du Projet objectifs du Millénaire sur l'éducation et l'égalité des sexes." Dans: *Seeking Accountability on Women's Human Rights: Women Debate the Millennium Development Goals*, par la Coalition internationale de femmes pour la justice économique. 2004. New York: Coalition internationale de femmes pour la justice économique.
- 95 ONU. 2001. "Aide-Mémoire: Réunion régionale destinée à examiner une évaluation des besoins concernant les mécanismes nationaux au service de l'égalité des sexes dans les pays africains." Addis-Abeba, Éthiopie: Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 96 ONU 2005a, par. 725. Voir aussi: Ministère norvégien des affaires étrangères. 2002. "Strategies for Gender Equality: Is Mainstreaming a Dead End?" Rapport d'une consultation informelle des responsables de la parité des sexes dans les organisations multilatérales de développement. Oslo, Norvège, novembre 2002.
- 97 ONU 2005a, par. 724, 726, et 736; et PNUD. 2003. "From Recovery to Transition: Women, the Untapped Resource." *Essentials*. No. 11. New York: Bureau de l'évaluation, PNUD.
- 98 Projet objectifs du Millénaire 2005b.
- 99 ONU 2005a, par. 703.
- 100 Centre des femmes arabes (formation et recherche). s.d. Session de formation sur "Gender Institutionalization through Planning and Budgeting," Tunis, décembre 2003. Site Web: [www.cawtar.org.tn](http://www.cawtar.org.tn), visité le 22 mai 2005. Voir aussi: PNUD, Gouvernement tunisien et AGFUND. 2002. "Support to the Center for Arab Women's Training and Research: CAWTAR" (RAB/02/001/A/01/31). Document de projet. New York: PNUD.
- 101 R. Sharp. 2003. *Budgeting for Equity: Gender Budget Initiatives within a Framework of Performance Oriented Budgeting*. UNIFEM: New York; et D. Elson 2005. "Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW: Report Highlights and Key Conclusions." New York: UNIFEM. Site Web: [www.gender-budgets.org/en/ev-72845-2011-DO\\_TOPIC.html](http://www.gender-budgets.org/en/ev-72845-2011-DO_TOPIC.html), visité le 22 mai 2005.
- 102 ONU. 2005d. *Fonds de développement des Nations Unies pour la femme: Mise en oeuvre du cadre de financement pluriannuel, 2004* (DP/2005/24). New York: ONU.
- 103 Projet objectifs du Millénaire 2005b, pp. 25, 149, et 150.
- 104 UNIFEM. 2005. *Gender Responsive Budgets: Program Results (2001-2004)*. Brochure. New York: UNIFEM.
- 105 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 147.
- 106 ONU 2005a, par. 690.
- 107 UNIFEM 2005; et UNIFEM, mai-juin 2004. "Gender Budgets: Tracking Gender Equality." *Currents*. Bulletin électronique. Site Web: <http://www.unifem.org/news/currents/currents200406.html>, visité le 3 juillet 2005.
- 108 ONU. 2005d; et UNIFEM mai-juin 2004.
- 109 ONU. 2000. Résolution adoptée par l'Assemblée générale: S-23/3 : *Nouvelles mesures et initiatives destinées à mettre en oeuvre la Déclaration et le Programme d'action de Beijing* (A/RES/S-23/3). New York: ONU.

## CHAPITRE 3

- 1 Il existe sept grandes conventions internationales relatives aux droits de l'homme: le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966); le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966); la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965); la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979); la Convention relative aux droits de l'enfant (1989); la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984); et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990). Les années indiquées sont celles de l'adoption d'une convention, non de son entrée en vigueur.
- 2 Parmi les divers protocoles pertinents adoptés, l'un présente un intérêt particulier dans le contexte des droits des femmes: c'est le Protocole facultatif se rapportant à la CEDAW entré en vigueur en 2000. Voir: ONU. 1999a. *Résolution adoptée par l'Assemblée générale: 54/4: Protocole facultatif se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (A/RES/54/4). New York: ONU.
- 3 PNUD. 2000. *Rapport sur le développement humain 2000: Droits humains et développement humain*. New York: Oxford University Press.
- 4 Ibid.
- 5 ONU. 2005a. *Dans une liberté plus grande: développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous: Rapport du Secrétaire général* (A/59/2005). New York: ONU; et Projet objectifs du Millénaire. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. Rapport au Secrétaire général de l'ONU. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 6 ONU. 2002a. "Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies." Genève: Haut Commissariat aux droits de l'homme, ONU. Site Web: [www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc](http://www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc), visité pour la dernière fois le 30 juin 2005.
- 7 Ibid.
- 8 Ibid, pp. 1 et 5.
- 9 Projet objectifs du Millénaire 2005a.
- 10 ONU 2002a.
- 11 Ibid.
- 12 ONU 2005a.
- 13 ONU. 2005b. *Droits économiques, sociaux et culturels: projet de résolution: 2005: Droits humains et extrême pauvreté* (E/CN.4/2005/L18). New York: ONU.
- 14 ONU. 2005c. *Droits économiques, sociaux et culturels. Droits humains et extrême pauvreté. Rapport de l'expert indépendant sur la question des droits humains et de l'extrême pauvreté: Arjun Sengupta* (E/CN.4/2005/49). New York: ONU.
- 15 ONU. 2005d. *Examen de la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing et des documents issus de la session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée "Les femmes en l'an 2000: égalité des sexes, développement et paix pour le XXIe siècle": Rapport du Secrétaire général* (E/CN.6/2005/2), par. 374. New York: ONU.
- 16 Ibid., par. 468.
- 17 R. Boland. 2004. "Legal Progress in Implementing the ICPD Programme of Action." Déclaration faite à la Conférence internationale de parlementaires sur la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD, Strasbourg, France, 18-19 octobre 2004. Site Web: [www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc](http://www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc), visité pour la dernière fois le 5 juillet 2005.
- 18 ONU 2005d, par. 383 et 386.
- 19 Ibid., par. 382.
- 20 Banque mondiale. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, p. 4. New York et Washington, D.C.: Oxford University Press et Banque mondiale.
- 21 Equality Now. 2005. "Words and Deeds. Holding Governments Accountable in the Beijing + 10 Review Process." *Women's Action 16.8: Mise à jour: mai 2005*. New York: Equality Now. Site Web: [www.equalitynow.org/english/wan/beijing10/beijing10\\_en.pdf](http://www.equalitynow.org/english/wan/beijing10/beijing10_en.pdf), visité pour la dernière fois le 11 juillet 2005.
- 22 ONU 2005d, par. 231 et 397.
- 23 Ibid., par. 394 et 401; et Banque mondiale 2001.
- 24 ONU 2005d, par. 70 et 232.
- 25 UNIFEM. 2003. *Not a Minute More: Ending Violence against Women*. New York: UNIFEM.
- 26 La CIPD et la Conférence de Beijing ont formulé le consensus international sur la base des fondements établis par les instruments et normes internationaux préexistants relatifs aux droits de l'homme. Aucune de ces deux conférences des Nations Unies n'a proclamé de nouveaux droits humains.
- 27 Equality Now 2005.
- 28 Organisation des États américains. 2003. "Third Biennial Report on Fulfillment of Resolution AG/RES. 1456 (XXVII-O/97L) "Promotion of the Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women, "Convention of Belem do Para" (AG/RES. 1942 [XXXIII-O/03]). Washington, D.C.: Organisation des États américains.
- 29 Union africaine. 2003. "Protocole relatif à la Charte africaine sur les droits humains concernant les droits des femmes en Afrique." Adopté par la deuxième session ordinaire de l'Assemblée de l'Union, Maputo, Mozambique, 11 juillet 2003. Addis-Abeba, Éthiopie: Union africaine. Site Web: [www.africa-union.org/Official\\_documents/Treaties%20Conventions%20Protocols/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf](http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties%20Conventions%20Protocols/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf), visité le 5 juillet 2005.
- 30 International Center for Research on Women. 2004. *To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Note d'information. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 31 UNFPA. 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.
- 32 Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 144. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 33 Projet objectifs du Millénaire 2005a, encadré 1.3, p. 8.
- 34 ONU. 1995. *Population et développement*, vol. 1: *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement: Le Caire: 5-13 septembre 1994*, Principe 2. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 35 Défini dans: ONU.1966. "Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et politiques: Adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'accession par la résolution 2000A (XXI) de l'Assemblée générale en date du 16 décembre", article 12.1. Genève: Haut Commissariat aux droits de l'homme. Site Web: [www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ceschr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm), visité pour la dernière fois le 11 juillet 2005; il a trouvé un écho dans divers autres traités relatifs aux droits de l'homme.
- 36 OMS. 1948. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946)*, Préambule. Genève: OMS.
- 37 ONU. s.d. "Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et politiques: Adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'accession par la résolution 2000A(XXI) de l'Assemblée générale en date du 16 décembre", article 12. New York: ONU; et ONU. 2005e. *Economic, Social and Cultural Rights: Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt* (E/CN.4/2005/51), par. 46. New York: ONU.
- 38 Haut Commissariat aux droits de l'homme et ONUSIDA. 1998. *VIH/sida et droits humains: Directives internationales: Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits humains, Genève, 23-25 septembre 1996* (HR/PUB/98/1). New York et Genève: ONU. Ces directives peuvent être consultées à: [http://www.UNAIDS.org/en/in-focus/hiv\\_aids\\_human\\_rights/international\\_guidelines.asp](http://www.UNAIDS.org/en/in-focus/hiv_aids_human_rights/international_guidelines.asp), visité le 5 juillet 2005.
- 39 ONU. 2005f. *Progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Rapport du Secrétaire général* (A/59/765), par. 15 et 54. New York: ONU.
- 40 ONU 2005d, par. 544.
- 41 ONU 1995, par. 7.3.
- 42 Voir, par exemple, Recommandation générale 24 sur les femmes et la santé de la CEDAW (1999); Commentaire général 14 sur le droit à la santé de la ICESCR (2000); Commentaire général 3 sur le VIH/sida et les droits de l'enfant (2003) et Commentaire général 4 de la CRC sur la santé et le développement de l'enfant (2003). Noter aussi que les organes créés par traité, comme le Comité de la CEDAW, publient des recommandations à l'intention des États parties soumettant des rapports qui portent souvent sur les problèmes de santé en matière de procréation. Voir aussi les rapports des rapporteurs spéciaux sur le droit à la santé et sur la violence contre les femmes, entre autres documents. Ce

- matériel est accessible sur le site Web du Haut Commissariat aux droits de l'homme: [www.unhcr.org/](http://www.unhcr.org/), visité pour la dernière fois le 12 juillet 2005.
- 43 UNFPA. 2004a. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action: 1994-2004*. New York: UNFPA.
- 44 Boland 2004.
- 45 Ibid.; R. Boland, avril 2005. Communications personnelles; et Center for Reproductive Rights. 2005. "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights." Document d'information. New York: Center for Reproductive Rights.
- 46 Center for Reproductive Rights. 2003. "The Slovak Government's Response to Reproductive Rights Violations against Romani Women: Analysis and Recommendations." New York: Center for Reproductive Rights; et République du Pérou. 2000. "Résolution No 03-DP-2000 du 28 janvier 2000, de l'ombudsman." Lima, République du Pérou.
- 47 Center for Reproductive Rights 2005.
- 48 Conférence internationale des parlementaires de 2002 sur la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD (IPCI/ICPD), Ottawa, Canada, 21-22 novembre 2002. Voir: *Rapport de la première Conférence internationale de parlementaires sur la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD*. Site Web: [www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/ottawa/documents/ottawareport.pdf](http://www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/ottawa/documents/ottawareport.pdf); visité le 5 juillet 2005; et Conférence internationale des parlementaires de 2004 sur la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD, Strasbourg, France, 18-19 octobre 2004. Voir: "Déclaration d'engagement de Strasbourg." Site Web: [www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/comm.doc](http://www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/comm.doc), visité le 5 juillet 2005.
- 49 A. Kols, 2003l. "A Rights-Based Approach to Reproductive Health." *Outlook* 20(4): 1-8. Seattle, Washington: PATH.
- 50 La Charte de la FIFP sur les droits en matière de sexualité et de procréation est fondée sur 12 droits, qui prennent leur source dans les instruments internationaux relatifs aux droits humains et dans les droits additionnels impliqués par ceux-ci. Voir: Fédération internationale pour la planification familiale. 1996. *The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres: FIFP. Site Web: <http://content.ippf.org/output/ORG/files/6385.pdf>, visité pour la dernière fois le 8 juillet 2005.
- 51 Articles 2 f), g) et 5 a) de la CEDAW et article 24.3 de la CRC. Dans: ONU. 1999b. *Intégration des droits humains des femmes et de la perspective de parité des sexes: Violence contre les femmes: Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Mme Radhika Coomaraswamy: En application de la résolution 1997/44 de la Commission des droits de l'homme: Additif, politiques et pratiques qui ont un impact sur les droits des femmes en matière de procréation et contribuent à la violence contre les femmes, la causent ou la constituent* (E/CN.4/1999/68/Add.4). New York: ONU. Voir aussi: ONU. 1993. 48/104: *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes* (A/RES/48/104), article 4. New York: ONU.
- 52 ONU. 2003. *Intégration des droits humains des femmes et de la perspective de parité des sexes: violence à l'égard des femmes* (E/CN.4/2003/75). New York: ONU.
- 53 UNFPA. 2004b. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. New York: UNFPA; et PNUD. 2004. *Human Development Report: Cultural liberty in today's diverse world*. New York: PNUD
- 54 UNFPA 2004b; et UNFPA. 2004c. *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes*. New York: UNFPA.
- 55 UNFPA. 24 juin 1998. "Une table ronde sur la santé en matière de procréation met l'accent sur la violence à l'égard des femmes, y compris la MGF." Communiqué de presse. New York: UNFPA.
- 56 ONU. 2003a. *United Nations Common Country Assessment for the Islamic Republic of Iran*. Téhéran: Équipe de pays des Nations Unies en Iran, ONU; ONU. 2003b. *Population and Development: Selected Issues*. (ST/ESCAP/2288). Série Asian Population Studies. No. 161. New York: Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, ONU; ONU. s.d. "Views and Policies Concerning Population Growth and Fertility Among Governments in Intermediate-Fertility Countries." New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU; et A. H. Mehryar, 2001. *Proceedings of the First International Workshop on Integrated Approach to Reproductive Health and Family Planning in the Islamic Republic of Iran*. Téhéran: UNFPA and the Institute for Research on Planning & Development.
- 57 A. Dungus, 2000. "L'autre révolution de l'Iran." *Populi* 27(2): 8-13.
- 58 UNFPA 2004b.
- 59 ONU. s.d. "Disabilities." Genève: Haut Commissariat aux droits de l'homme, ONU. Site Web: [www.ohchr.org/english/issues/disability/index.htm](http://www.ohchr.org/english/issues/disability/index.htm), visité le 21 juin 2005.
- 60 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p.120; et ONU. 2002b. *Rapport du Haut Commissaire aux droits de l'homme au Conseil économique et social* (E/2002/68). New York: ONU; et S. Shenker et E. Shields. 22 décembre 2004. "Mixed Views on UN Indigenous Decade." BBC News Online, visité le 18 avril 2005.
- 61 ONU. 2005g. *2004 Etude mondiale sur le rôle des femmes dans le développement, 2004: Les femmes et la migration internationale* (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294). New York: Division de la promotion de la femme, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 62 G. Hall et H. Patrinos (éd.). A paraître. "Indigenous People, Poverty, and Human Development in Latin America: 1994-2004." Washington, D.C.: Banque mondiale et Palgrave/MacMillan; et ONU. 2004a. *Rapport du Secrétaire général sur l'examen préliminaire, par le Coordonnateur de la Décennie internationale des populations autochtones du monde, des activités du système des Nations Unies en relation avec la décennie* (E/2004/82). New York: ONU.
- 63 G. Quinn et T. Degener., 2002. *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1). New York et Genève: ONU. Voir aussi: Recommandation générale No 18 de la CEDAW. Site Web: [www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom18](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom18), visité pour la dernière fois le 1<sup>er</sup> juillet 2005.
- 64 UNIFEM. 2004. "Securing Indigenous Women's Rights and Participation." *At-a-Glance*. New York, UNIFEM. Site Web: [www.unifem.org/filesconfirmed/2/](http://www.unifem.org/filesconfirmed/2/)
- 355\_at\_a\_glance\_indigenous\_women.pdf, visité pour la dernière fois le 5 juillet 2005.
- 65 Voir par. 31, entre autres, dans: ONU 2004. *Groupes et individus spécifiques, travailleurs migrants. Rapport de la Rapporteuse spéciale, Mme Gabriela Rodríguez Pizarro, présenté en application de la résolution 2003/46 de la Commission des droits de l'homme* (E/CN.4/2004/76). New York: ONU.
- 66 Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990), entrée en vigueur en 2003. Des efforts sont actuellement en cours pour rédiger une convention internationale sur les droits des personnes handicapées. Voir: ONU. s.d. "Projet d'article 12: À l'abri de la violence et des sévices." New York: ONU. Site Web: [www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahwcgreport12.htm](http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahwcgreport12.htm), visité pour la dernière fois le 6 juillet 2005. Voir aussi: la Convention concernant la protection et l'intégration des populations autochtones et autres populations tribales et semi-tribales et des pays indépendants, entrée en vigueur en 1991 (OIT. s.d. "C107 Indigénous and Tribal Populations Convention." Site Web: [www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C107](http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C107), visité pour la dernière fois le 6 juillet 2005).
- 67 Par exemple, le Programme d'action mondial des Nations Unies concernant les personnes handicapées (1982) et la Déclaration de la Conférence de Beijing sur les femmes autochtones (1995). La Déclaration et le Programme d'action de Durban de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance (2001) ont également abordé la question des droits des populations autochtones. Pour ce dernier document, voir le site Web: [www.un.org/WCAR/durban.pdf](http://www.un.org/WCAR/durban.pdf), visité pour la dernière fois le 13 juillet 2005.
- 68 Voir les rapports des Rapporteurs spéciaux sur les populations autochtones; sur le trafic des personnes, surtout des femmes et des enfants; sur les migrants; et sur les handicapés. Voir aussi le Représentant du Secrétaire général sur les droits humains des personnes déplacées dans leur propre pays; le Commentaire général No 5 de l'ICESCR sur les personnes handicapées; et la Recommandation générale No 18 de la CEDAW sur les femmes handicapées, entre autres documents.
- 69 ONU. 2002c. *Principes et directives recommandés sur les droits humains et le trafic des humains* (E/2002/68/Add.1). New York: ONU. Voir aussi les Règles standard sur l'égalisation des chances pour les personnes handicapées, citées dans: ONU. 2003c. *Groupes et individus spécifiques: autres groupes et individus vulnérables. Rapport du Haut Commissaire aux droits de l'homme sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des recommandations figurant dans l'étude sur les droits humains des personnes handicapées* (E/CN.4/2003/88). New York: ONU.
- 70 La Convention interaméricaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes handicapées a été adoptée en 1999, et un projet de déclaration sur les droits des populations autochtones est actuellement préparé par l'Organisation des États américains. La Commission africaine des droits humains a institué un groupe de travail sur les populations autochtones. Les organes créés par les traités internationaux relatifs aux droits humains et les rapporteurs spéciaux ont promulgué des recommandations sur les droits des populations autochtones à la nourriture, à la santé, au logement et à la terre, et sur les droits des femmes et enfants autochtones, aussi bien que sur les droits égaux des personnes handicapées à la non-discrimination. (Sur ce dernier
- point, des forums régionaux sur les droits des populations autochtones sont cités dans: ONU 2005d, par. 579.). Voir aussi: ONU. 2004a. *Rapport du Secrétaire général sur l'examen préliminaire, par le Coordonnateur de la Décennie internationale des populations autochtones du monde, des activités du système des Nations Unies en relation avec la décennie* (E/2004/82). New York: ONU; et ONU. 2003c.
- 71 ONU 2005d, par. 579.
- 72 Ibid., par. 580 et 582.
- 73 Ibid., par. 524.
- 74 UNIFEM. 2005. "Rapport à la quarante-cinquième session du Comité consultatif". New York: UNIFEM; et ONU. 2005h. *Fonds de développement des Nations Unies pour la femme: mise en oeuvre du cadre de financement pluriannuel: 2004* (DP/2005/24). New York: ONU.
- 75 ONU. 2004b.
- 76 ONU. s.d. "Convention sur les populations autochtones et tribales, 1989 (No 169): Adoptée le 27 juin 1989 par la Conférence générale de l'Organisation internationale du travail à sa soixante-seizième session." Genève: Haut Commissariat aux droits de l'homme. Site Web: [www.ohchr.org/english/law/indigenous.htm](http://www.ohchr.org/english/law/indigenous.htm), visité le 5 juillet 2005.
- 77 ONU 2004a.
- 78 ONU. s.d. "Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles: adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/158, en date du 18 décembre 1990." New York: ONU. Site Web: [www.ohchr.org/english/law/pdf/cmw.pdf](http://www.ohchr.org/english/law/pdf/cmw.pdf), visité pour la dernière fois le 8 juillet 2005.
- 79 ONU. 2000. *Résolution adoptée par l'Assemblée générale: 55/2: Déclaration du Millénaire* (A/RES/55.2), par. 25. New York: ONU.

## CHAPITRE 4

- 1 M. A. Koblinsky (éd.). 2003. *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*. Série Human Development Network Health, Nutrition, and Population. Washington, D.C.: Banque mondiale; et UNFPA. 2004a. *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*. New York: UNFPA. Dans les années 90, le Zimbabwe a aussi réalisé des progrès dans la réduction de la mortalité maternelle.
- 2 Projet objectifs du Millénaire. 2005a. *Combating AIDS in the Developing World*, pp. 22 et 32. New York: Groupe de travail sur le VIH/sida, Équipe de travail sur le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et l'accès aux médicaments essentiels, Projet objectifs du Millénaire. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 3 ONU. 1995. *Population et développement*, vol. 1: *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement: Le Caire: 5-13 septembre 1994*, par. 7.6. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 4 Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, pp. 13 et 20. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 5 UNFPA et Université d'Aberdeen. 2005. *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*. New York: UNFPA; et Projet objectifs du Millénaire. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Équipe de

- travail sur la santé infantile et la santé maternelle. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 6 La relation exacte entre les niveaux de morbidité maternelle et ceux de mortalité maternelle varie selon les contextes ; les données s'y rapportant sont limitées, même par groupes d'âge. Les évaluations de la morbidité maternelle au niveau mondial et par an vont de 8 millions, qui paraît un chiffre trop bas, à plus de 20 millions. Voir, par exemple: Projet objectifs du Millénaire 2005c; et, pour une référence sur le chiffre de 15 millions: UNFPA et Université d'Aberdeen 2005, p. 26.
- 7 UNFPA 2004a.
- 8 OMS, UNICEF et UNFPA. 2004. *La mortalité maternelle en 2000: évaluations établies par l'OMS, l'UNICEF et UNFPA*. Genève: Département de la santé et de la recherche en matière de procréation, OMS; et OMS. 2005. *World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Genève: OMS.
- 9 UNFPA et Université d'Aberdeen 2005.
- 10 OMS, UNICEF et UNFPA 2004. Basé sur les évaluations des décès maternels en 2000. Voir: D. A. Caro, S. F. Murray et P. Putney. 2004. "Evaluation of the Averting Maternal Death and Disability Program. "A Grant from the Bill and Melinda Gates Foundation To the Columbia University Mailman School of Public Health." Silver Spring, Maryland: Cultural Practice.
- 11 Projet objectifs du Millénaire. 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 6. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes, Projet objectifs du Millénaire. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 12 Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 13 Ibid.
- 14 S. Singh et al. 2004. *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Washington D.C. et New York: The Alan Guttmacher Institute et UNFPA.
- 15 OMS. 2004a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, 4e édition. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- 16 Ibid.
- 17 OMS 2004a.
- 18 EngenderHealth. 2003. *Taking Postabortion Care Services Where They are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal: FRONTIERS Final Report*. Washington D.C.: Frontiers in Reproductive Health Program, Population Council.
- 19 19 Voir: ONU 1995, par. 8.25 : "L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressés sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils
- empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseils, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés."
- 20 UNFPA et OMS. 2000. *From Abortion to Contraception: Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States*, 3e édition. Copenhague: Danemark" OMS.
- 21 A. Popov, 1999. "Family Planning and Induced Abortion in Post-Soviet Russia of the Early 1990s: Unmet Needs in Information Supply. Dans: *Russia's Demographic "Crisis"*, édité par J. Da Vanzo, 1999. Santa Monica, Californie: RAND. Cité dans: ONU. 2004a. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health (ST/ESA/SER)*, par la Division de la population (ONU). New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 22 ONU 2004a.
- 23 D. Roth et M. Mbizvo. 2001. "Promoting Safe Motherhood in the Community: The Case for Strategies That Include Men." *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 10-21.
- 24 F. Nuwaha et B. Amooti-Kaguna. 1999. "Predictors of Home Deliveries in Rakai District, Uganda." *African Journal of Reproductive Health* 3(2): 79-86.
- 25 L. C. Varkey et al. 2004. "Involving Men in Maternity Care in India." *FRONTIERS Final Report*. Washington, D.C.: Frontiers in Reproductive Health Program, the Population Council.
- 26 Li, Jianghong. 2004. "Gender Inequality, Family Planning, and Maternal and Child Care in a Rural Chinese County." *Social Science and Medicine* 59(4): 695-708.
- 27 A. Cholil, M. B. Iskandar et R. Sciortino. 1998. *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Jakarta, Indonésie: Ministère du rôle des femmes et Fondation Ford.
- 28 Le ratio de mortalité maternelle semble avoir augmenté dans certains pays où le VIH/sida et le paludisme progressent. Voir: Projet objectifs du Millénaire 2005c; et Banque mondiale. 2003. *Egalité des sexes et objectifs du Millénaire pour le développement*. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 29 Caro, Murray et Putney 2004.
- 30 UNFPA. 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.
- 31 UNFPA. 2004b. *Into Good Hands: Progress Reports from the Field*, p. 6. New York: UNFPA.
- 32 UNFPA 2004a.
- 33 UNFPA. 2004c. "The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal." Éditorial. New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/news/news/news.cfm?ID=389&Language=1](http://www.unfpa.org/news/news/news.cfm?ID=389&Language=1), visité le 17 janvier 2005; et UNFPA 2004b, p. 6.
- 34 UNFPA 2004b, p. 15.
- 35 UNFPA 2005.
- 36 S. London, 2004. "Midwife Care is as Safe as Physician-Led Care for Nepalese Women with Low-Risk Pregnancies." *International Family Planning Perspectives*.30(1): 47-48.
- 37 M. Koblinsky et al. 2000. *Issues in Programming for Safe Motherhood*. Arlington, Virginie: MotherCare, John Snow, Inc. p.43.
- 38 UNFPA 2004c; et UNFPA 2004b.
- 39 K. Annan, 29 décembre 2002. "In Africa, AIDS has a Woman's Face." *The New York Times/International Herald Tribune*. Site Web: [www.un.org/News/Press/docs/2002/20021229.aids.html](http://www.un.org/News/Press/docs/2002/20021229.aids.html), visité pour la dernière fois le 20 avril 2005.
- 40 Projet objectifs du Millénaire. 2005a.
- 41 Ibid., p.2; et ONUSIDA, UNFPA, et UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. New York et Genève: ONUSIDA, UNFPA, et UNIFEM.
- 42 ONUSIDA, UNFPA et UNIFEM 2004.
- 43 ONUSIDA. 2004a. "Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge." Genève: ONUSIDA.
- 44 Ibid.
- 45 Basé sur le Projet du Futures Group pour l'Agence pour International Development des Etats-Unis et ONUSIDA. Cité dans: Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 23.
- 46 ONUSIDA. 2004b. "A UNAIDS Initiative: The Global Coalition on Women and AIDS." Genève: ONUSIDA. Site Web: [womenandaids.unaids.org/](http://womenandaids.unaids.org/), visité le 23 juin 2005.
- 47 International Community of Women Living with HIV/AIDS. 2004. *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers*. Londres: International Community of Women Living with HIV/AIDS; et J. Ogden et L. Nyblade. 2005. *Common at Its Core: HIV-Related Stigma Across Contexts*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 48 International Community of Women Living with HIV/AIDS 2004.
- 49 M. Bianco, 2003. "The Balance of 20 Years Fight against HIV/AIDS in Argentina." *Sexual Health Exchange* 2003/1. Amsterdam: Royal Tropical Institute. Site Web: [www.kit.nl/ils/exchange\\_content/assets/images/Exchange\\_2003-1\\_eng.pdf](http://www.kit.nl/ils/exchange_content/assets/images/Exchange_2003-1_eng.pdf), visité pour la dernière fois le 12 mai 2005; et Ipas. 2003. "Bill of Rights Launched to Commemorate International Women's Day." Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas. Site Web: [www.ipas.org/english/press\\_room/2003/releases/03072003.asp](http://www.ipas.org/english/press_room/2003/releases/03072003.asp), visité le 12 mai 2005.
- 50 International Relief Teams. s.d. "Mothers 2 Mothers 2 Be<sup>SM</sup>". San Diego, Californie: International Relief Teams. Site Web: [www.irteams.org/programs/M2M2B.htm](http://www.irteams.org/programs/M2M2B.htm), visité pour la dernière fois le 22 avril 2005.
- 51 Agency for International Development des Etats-Unis, ONUSIDA, OMS, UNICEF et le POLICY Project. 2004. *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care, and Support in Low and Middle Income Countries in 2003*. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group.
- 52 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 43.
- 53 L'Initiative MTCT (=transmission mère-enfant)-Plus de l'Ecole de santé publique Mailman, à l'Université Columbia, appuie la prestation aux femmes séropositives, à leurs partenaires et enfants des soins spécialisés identifiés dans les programmes
- de MTCT. Cette initiative a annoncé l'octroi de subventions de plus de 9 millions de dollars à 12 hôpitaux, centres de santé et dispensaires répartis entre huit pays africains et la Thaïlande pour le traitement et les services d'appui tels que délivrance de conseils, éducation et présence externe dans les communautés, médicaments anti-rétroviraux et autres médicaments pour les complications du sida, enfin pour la formation et d'autres formes d'assistance technique.
- 54 ONU. 2005a. *Progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Rapport du Secrétaire général (A/59/765)*, par. 14. New York: ONU.
- 55 OMS et ONUSIDA. 2004. "Ensuring Equitable Access to Antiretroviral Treatment for Women: OMS/ONUSIDA Policy Statement," p. 6. Genève: OMS. Site Web: <http://www.OMS.int/gender/violence/en/equtableaccess.pdf>, visité le 1<sup>er</sup> janvier 2005.
- 56 Ogden et Nyblade 2005; et International Community of Women Living with HIV/AIDS.
- 57 OMS et ONUSIDA 2004, p. 5.
- 58 I. Nieuwboer, 2003. *Once you know you can never not know again: The effect of a digital guide in Persuading students to go for VCT*. Tilbourg: Tilburg University Press, p. 10.
- 59 Ogden et Nyblade 2005.
- 60 T. Painter et al. 2004. "Women's Reasons for Not Participating in Follow Up Visits Before Starting Short Course Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Qualitative Interview Study." *British Medical Journal* 329(7465): 543.
- 61 UNFPA 2005.
- 62 UNFPA. 2004d. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*. New York: UNFPA.
- 63 UNFPA 2005.
- 64 UNFPA. 2004e. *L'état de la population mondiale 2004: Le consensus du Caire, dix ans après: la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*. New York: UNFPA.
- 65 UNFPA 2004d.
- 66 Global HIV Prevention Working Group. 2003. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*. Menlo Park, Californie: Kaiser Family Foundation et Fondation Bill & Melinda Gates.
- 67 Singh et al. 2004.
- 68 J. Hobcraft, 2003. "Towards a Conceptual Framework on Population, Reproductive Health, Gender and Poverty Reduction," p. 135. Ch. 7 dans: *Population et pauvreté: réaliser l'équité, l'égalité et la viabilité à long terme*, UNFPA. 2003. Série Population and Development Strategies. No 8. New York: UNFPA.
- 69 ONU. 2005b. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights (ESA/P/WP.193)*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 70 Ibid., tableau II.1.
- 71 UNFPA. 2002. *L'état de la population mondiale 2002: Population, pauvreté et potentialités*, p.22-23. New York: UNFPA; et S. Bernstein et E. White. 2005. "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs: and Vice Versa: Shared Visions and Common Goals." Chapitre 12 dans: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of*

- the Millennium Development Goals: New York: 17-19 November 2004 (ESA/P/WP.192), par la Division de la population (ONU). New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 72 ONU. 2004b. *World Fertility Report: 2003* (ESA/P/WP.189). New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU. Site Web: [www.un.org/esa/population/publications/worldfertility/World\\_Fertility\\_Report.htm](http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility/World_Fertility_Report.htm), visité pour la dernière fois le 23 février 2005.
- 73 Voir: Indicateurs retenus, dans l'annexe du présent rapport; et ONU 2005b.
- 74 Une analyse au niveau mondial qui repose sur des données de l'année 2000 a établi qu'environ 105 millions de femmes mariées et 8 millions de femmes non mariées avaient exprimé dans les pays en développement un besoin non satisfait de planification familiale, ce qui signifie qu'elles souhaitaient retarder la prochaine naissance ou éviter de nouvelles naissances. Quand on ajoute les femmes utilisant des méthodes traditionnelles de planification familiale - par exemple, abstinence périodique ou retrait -, ce chiffre atteint 201 millions. Ces femmes courent le risque de grossesses non désirées parce que les méthodes traditionnelles de planification familiale sont beaucoup moins efficaces que les méthodes modernes comme la stérilisation, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins, les pilules et les contraceptifs injectables. Voir: Singh et al. 2004. Voir aussi: C. F. Westoff, 2001. *Unmet Need at the End of the Century*. DHS Comparative Reports. No. 1. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- 75 B. Barnett et J. Stein. 1998. *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*, pp. 9-11, 15 et 83. Research Triangle Park, Caroline du Nord: Family Health International.
- 76 Westoff 2001.
- 77 S. Becker, 1999. "Measuring Unmet Need: Wives, Husbands or Couples?" *International Family Planning Perspectives* 25(4): 172-180.
- 78 L. Ashford, 2001. "Securing Future supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention," pp. 2-3. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 79 C. Haub, 2002. "Family Planning Worldwide 2002." Résumé analytique. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 80 S. J. Nass et J. F. Strauss, éd. 2004. *New Frontiers in Contraceptive Research: A Blueprint for Action*, pp. 20-23. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 81 S. Agha, 2001. "Patterns of Use of the Female Condom After One Year of Mass Marketing." *AIDS Education and Prevention* 13(1): 55-64.
- population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 4 Ibid.
- 5 C. B. Lloyd (éd.). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: The National Academies Press; et UNFPA. 2005a. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA.
- 6 Lloyd 2005.
- 7 BBC News. 20 juin 2002. "Human Smuggling Eclipses Drugs Trade." Site Web: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>, visité le 7 mai 2005.
- 8 Lloyd 2005.
- 9 Ibid.
- 10 Population Council. 2005. *Population Briefs: Reports on Population Council Research* 11(1). New York: Population Council.
- 11 S. Bernstein et E. White. 2005. "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs: and Vice Versa: Shared Visions and Common Goals." Chapitre 12 dans: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals: New York: 17-19 November 2004* (ESA/P/WP.192), ONU. 2005b. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 12 UNESCO. 2004. *EFA Global Monitoring Report 2005: Education for All, the Quality Imperative*. Paris, France: UNESCO.
- 13 Lloyd 2005; et C. Grown, G. R. Gupta et R. Pande. 2005. "Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment." *The Lancet* 365(9458): 541-543.
- 14 UNFPA 2005a, p. 59.
- 15 ONU 2004, p. 5.
- 16 ONU. 2005c. *Examen de la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing et des documents issus de la session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée "Les femmes en l'an 2000: égalité des sexes, développement et paix pour le XXI<sup>e</sup> siècle": Rapport du Secrétaire général (E/CN.6/2005/2)*, par. 496. New York: ONU; et ONU 2004, par. 18.
- 17 UNFPA. 2005b. *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*. New York: UNFPA.
- 18 Groupe de travail ad hoc sur les jeunes et les OMD, 2005. *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: April 2005*. Site Web: <http://tig.phpwebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf>, visité pour la dernière fois le 27 juin 2005.
- 19 Fédération internationale pour la planification familiale. 2003. *Youth Participation: Youth in Decision Making Processes*. IPPF/WHO Spotlight on Youth. No. 7. Informational Sheet. New York: Région de l'hémisphère occidentale, Fédération internationale pour la planification familiale.
- 20 UNFPA. 2003a. *UNFPA and Young People: Imagine*. New York: UNFPA; et UNFPA. 2005c. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.
- 21 UNFPA 2005b.
- 22 Ibid.
- 23 Le projet fait partie d'un programme portant sur plusieurs pays et bénéficiant d'une subvention de l'Union européenne.
- 24 UNFPA. 2 mai 2005. "Deux jeunes laotiens enseignent à leurs pairs à protéger leur santé" Éditorial. New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=609&Language=1](http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=609&Language=1), visité le 6 juillet 2005; et UNFPA 2005b..
- 25 UNFPA 2005b.
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 UNFPA 2005a; et ONU 2005a.
- 29 UNFPA 2005a.
- 30 Ibid., p. 16.
- 31 ONU. 2005d. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), pp. vii et 1. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 32 UNFPA 2005a.
- 33 Ibid., p. 44.
- 34 R. Cincotta, R. Engelman et D. Anastasian. 2003. *The Security Demographic: Population and Civil Conflict after the Cold War*. Washington, D.C.: Population Action International. Cité dans: UNFPA 2005a, p. 46. Voir aussi: H. Urdal, 2004. *The Devil in the Demographics: The Effect of Youth Bulges on Domestic Armed Conflict, 1950-2000*. Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction. No. 14. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 35 UNFPA 2005a.
- 36 Banque mondiale, s.d. "Why Invest in Children and Youth?" Site Web: <http://Web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCY/O,contentMDK:20243901-menuPK:565261-pagePK:148956-piPK:216618-theSitePK:396445,00.htm>, visité le 28 juin 2005.
- 37 Voir, par exemple, le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW); le Comité des droits économiques, sociaux et culturels; et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé. On peut les trouver à: Haut Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'homme, s.d. "Human Rights Bodies: Mechanisms for the protection and the promotion of Human Rights." Site Web: [www.ohchr.org/english/bodies/](http://www.ohchr.org/english/bodies/), visité pour la dernière fois le 7 juillet 2005.
- 38 Center for Reproductive Rights 2005. "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights." Document d'information. New York: Center for Reproductive Rights.
- 39 La loi de la République kirghize sur les droits en matière de procréation, récemment adoptée, a été la première de son genre dans les pays de la Communauté d'États indépendants. Voir: UNFPA. 2003b. *Preventing HIV Infection: Promoting Reproductive Health*. New York: UNFPA. Voir aussi: OMS, s.d. "Law [of 2001] on Reproductive Rights of the Kyrgyz Republic." *International Digest of Health Legislation* 54. Genève: OMS. Site Web: <http://www3.who.int/idhl/001Kyrg.pdf>, visité le 3 mars 2005.
- 40 Center for Reproductive Rights 2005.
- 41 Assemblée nationale du Panama. s.d. "Que Garantiza la Salud y la Educacion de la Adolescente Embarazada." Loi No 29 du 13 juin 2002. Site Web: [http://www.asamblea.gob.pa/NORMAS/2000/2002/2002\\_522\\_1581.PDF](http://www.asamblea.gob.pa/NORMAS/2000/2002/2002_522_1581.PDF), visité le 3 mars 2005.
- 42 Center for Reproductive Rights 2005.
- 43 ONU. s.d. "Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages." Genève: Haut Commissariat aux droits de l'homme, ONU. Site Web: [www.ohchr.org/english/law/convention.htm](http://www.ohchr.org/english/law/convention.htm), visité pour la dernière fois le 21 juin 2005.
- 44 Center for Reproductive Rights 2005.
- 45 UNFPA. s.d. "Intermediate Report to the European Commission, Sexual and Reproductive Health Programme 2003-2006: April 2003-2004" (EC/ACP/UNFPA). New York: UNFPA.
- 46 Pour un complément d'information sur le Laos et les initiatives soutenues par l'UNFPA, voir: UNFPA 2 mai 2005.
- 47 Lloyd 2005.
- 48 UNFPA 2005b.
- 49 UNFPA. 2005d. "Y-Peer at a Glance." Ensemble d'informations (Briefing Package). New York: UNFPA.
- 50 UNFPA. s.d. "Strategic Partnership with the Arab Scout Organization for Youth Reproductive Health." Site Web: [http://www.cstamman.org/jo/news/01\\_news.htm](http://www.cstamman.org/jo/news/01_news.htm), visité pour la dernière fois le 21 juin 2005.
- 51 Lloyd 2005.
- 52 UNFPA. 2004. *L'état de la population mondiale 2004: Le consensus du Caire, dix ans après: la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, p. 76. New York: UNFPA.
- 53 UNFPA. 2003c. *L'état de la population mondiale 2003: Un milliard à ne pas oublier: investir dans la santé et les droits des adolescents*. New York: UNFPA. Cité dans: *Projet objectifs du Millénaire 2005a*.
- 54 *Projet objectifs du Millénaire 2005a*, p. 58.
- 55 Banque mondiale. 2004. "Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries." Washington, D.C.: Banque mondiale. Site Web: [www1.worldbank.org/prem/poverty/health/data/poort2.htm](http://www1.worldbank.org/prem/poverty/health/data/poort2.htm), visité pour la dernière fois le 12 juillet 2005; et M. Rani et E. Lule. 2004. "Exploring the Socioeconomic Dimensions of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis." *International Family Planning Perspectives* 30(3): 112.
- 56 C. B. Lloyd (éd.). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- 57 ONU. 2001a. *Nous, les enfants: examen de fin de décennie du suivi de la Conférence mondiale pour les enfants: Rapport du Secrétaire général (A/S-27/3)*. New York: ONU.
- 58 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*, p. 11. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italie: UNICEF. Centre de recherches Innocenti.
- 59 M. de Bruyn et S. Packer. 2004. *Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care*. Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas.
- 60 UNFPA 2003a.
- 61 S. Holschneider, 1998. *Investing in Young Lives: The Role of Reproductive Health: Why Invest in Young People?* Washington, D.C.:

## CHAPITRE 5

- 1 ONU. 2004. *Rapport mondial sur la jeunesse, 2005: Rapport du Secrétaire général (A/60/61 - E/2005/7)*, p. 1. New York: ONU.
- 2 Ibid.
- 3 ONU. 2005a. "World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1)." Tableau électronique. New York: Division de la



- Banque mondiale. Cité dans: de Bruyn et Packer 2004, p. 10; et Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Équipe de travail sur la santé infantile et la santé maternelle. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 62 A. Raufu, 2002. "Unsafe Abortions Cause 20,000 Deaths a Year in Nigeria." *British Medical Journal* 325(7371): 988. Cité dans: de Bruyn et Packer 2004, p. 10.
- 63 de Bruyn et Packer 2004, p. 11.
- 64 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 3.
- 65 Équipe de travail interinstitutions d'ONUSIDA sur les jeunes. 2004. *At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions*. New York: ONUSIDA. Site Web: [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/316\\_filename\\_UNFPA\\_Crossroads.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/316_filename_UNFPA_Crossroads.pdf), visité le 24 février 2005.
- 66 ONUSIDA. 2004. *Rapport de 2004 sur l'épidémie mondiale du sida*. Genève: ONUSIDA.
- 67 Équipe de travail interinstitutions d'ONUSIDA sur les jeunes 2004.
- 68 Ibid., p. 48.
- 69 UNFPA 2003a.
- 70 ONU. 2005e. *Progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Rapport du Secrétaire général (A/59/765)*, par. 8. New York: ONU.
- 71 Équipe de travail interinstitutions d'ONUSIDA sur les jeunes 2004.
- 72 ONUSIDA 2004.
- 73 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute. Basé sur les enquêtes démographiques et sanitaires conduites dans 39 pays en développement entre 1996 et 2003. Voir aussi: The Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- 74 Équipe de travail interinstitutions d'ONUSIDA sur les jeunes 2004.
- 75 ONU 2005e.
- 76 ONU. 2001b. *Résolution adoptée par l'Assemblée générale: S-26/2: Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (A/RES/S-26/2)*, par. 47 et 53. New York: ONU.
- 77 Voir: Global Youth Coalition on HIV/AIDS Site Web: [www.youthaidcoalition.org](http://www.youthaidcoalition.org), visité pour la dernière fois le 11 mai 2005.
- 78 UNFPA. 2004. *Global Youth Partners: Preventing HIV*. Brochure. New York: UNFPA; et UNFPA. s.d. "Global Youth Partners: Advocating for Increased Access by Young People to Information, Education and Services in the Area of HIV Prevention." New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/hiv/gyp/index.htm](http://www.unfpa.org/hiv/gyp/index.htm), visité le 9 juillet 2005.
- 79 Population Council et UNFPA. 2002. *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. Rapport sur un atelier de l'UNFPA organisé en collaboration avec le Population Council, New York, 1er-3 mai 2002. New York: Population Council.
- 80 Fundación Puntos de Encuentro. 2002. *Nous sommes différents, nous sommes égaux: Un projet visant à promouvoir les droits des jeunes: Résultats et notes sur l'impact*. 2001-2002. Managua: Nicaragua: Fundación Puntos de Encuentro.
- 81 UNFPA 2005c.
- 82 UNFPA. 2005e. *The Livelihoods Approach to Adolescent Programming: Expanding the Response to Adolescent Sexual and Reproductive Health: What, Why, How*. New York: UNFPA.
- 83 UNFPA 2005c.
- 84 UNFPA. s.d. "Case Studies: Reaching Out: Reaching the 'Busy Generation' in Mozambique." New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/adolescents/casestudies/reachingout.htm](http://www.unfpa.org/adolescents/casestudies/reachingout.htm), visité le 13 juillet 2005.
- 85 UNESCO. s.d. "Breaking the Poverty Cycle of Women: Empowering Adolescent Girls to Become Agents of Social Transformation in South Asia." Projet en relation avec des thèmes pansectoriels. Paris: UNESCO.
- 86 UNICEF 2001.
- 87 Par référence aux filles âgées de 10 à 19 ans dans les pays en développement, Chine non comprise, qui se marieront très probablement avant leur dix-huitième anniversaire. Voir: J. Bruce et S. Clark. 2004. *The Implications of Early Marriage for HIV/AIDS Policy*. Exposé basé sur le document d'information préparé pour la Consultation technique sur les adolescentes mariées de l'OMS/UNFPA/Population Council, Genève, 9-12 décembre, 2003. New York: Population Council.
- 88 Lloyd 2005; et Population Council et UNFPA 2002
- 89 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 57; et Lloyd 2005.
- 90 Population Council et UNFPA 2002; et UNFPA 2003a.
- 91 UNICEF 2001.
- 92 Grown, Gupta et Pande 2005.
- 93 S. Jejeebhoy, 1996. "Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India." ICRW Working Paper. No. 3. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Cité dans: B. Mensch, J. Bruce et M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, p. 46. New York: Population Council.
- 94 S. Clark, 2004. "Early Marriage and HIV Risks in sub-Saharan Africa." *Studies in Family Planning* 35(3): 149-160; et Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 95 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 35.
- 96 L'Organisation internationale du Travail (OIT) entend par "travail décent" un travail qui remplit les conditions requises de liberté, équité, sécurité et dignité. Voir: OIT. 1999. *Rapport du Directeur général: Travail décent*. Rapport de la Conférence internationale du Travail. Genève: OIT. Site Web: [www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/87/rep-i.htm](http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/87/rep-i.htm), visité pour la dernière fois le 12 mai 2005.
- 97 OIT. 2004a. *Improving Prospects for Young Women and Men in the World of Work: A Guide to Youth Employment*. Genève: OIT; et OIT. 2004b. *Global Employment Trends for Youth*. Genève: OIT.
- 98 Lloyd 2005.
- 99 OIT. 2004b. *Global Employment Trends for Youth*. Genève: OIT.
- 100 OIT. 2002a. "Conférence internationale du travail: 90e session, 2002: Rapport VI. Le travail décent et l'économie informelle." Genève: OIT. Site Web: [s/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf](http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/standard), visité pour la dernière fois le 6 juillet 2005; et OIT 2004b.
- 101 Ibid.
- 102 OIT. 1973. "R146 Minimum Age Recommendation, 1973." Genève: OIT. Site Web: [www.ilo.org/public/english/standards/ipe/pub/law/ilc/r1461973/#0](http://www.ilo.org/public/english/standards/ipe/pub/law/ilc/r1461973/#0), visité pour la dernière fois le 13 mai 2005.
- 103 BIT. 2003. *Guide Book II: Time-Bound Programmes for Eliminating the Worst Forms of Child Labour: An Introduction*. Genève: BIT; et BIT. 2002b. *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour*. Genève: Programme international pour l'élimination du travail des enfants (IPEC), Informations statistiques, et Programme de suivi sur le travail des enfants (SIMPOC), Bureau international du travail, BIT.
- 104 UNFPA 2005e.
- 105 BIT. 2002c. *Report of the Director-General: A Future without Child Labour: Global Report under the Follow-up to the OIT Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: International Labour Conference: 90th Session 2002*. Genève: Bureau international du travail, BIT.
- 106 BIT. 2005. "Report of the Director-General: A Global Alliance Against Forced Labour: Global Report under the Follow-up to the OIT Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: 2005." Rapport I(B). Conférence internationale du travail, 93e session. Genève: BIT. Site Web: [www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD\\_BLOB?Var\\_DocumentID=5059](http://www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD_BLOB?Var_DocumentID=5059), visité pour la dernière fois le 7 juillet 2005.
- 107 UNICEF. 11 juin 2004. "Children Used as Domestic Servants: One of the Most Hidden Forms of Child Labour." Sydney, Australie: UNICEF. Site Web: [www.unicef.org.au/mediaCentre-Detail.asp?ReleaseID=534](http://www.unicef.org.au/mediaCentre-Detail.asp?ReleaseID=534), visité le 13 janvier 2005.
- 108 Groupe de travail ad hoc sur les jeunes et les OMD, 2005.
- YORK: Division des politiques sociales et du développement social, Département des affaires sociales et économiques, ONU.
- 5 United States Department of Health and Human Services. 1993. *Survey on Child Health*. Washington, D.C.: National Center for Health Statistics, United States Department of Health and Human Services; Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPALC et UNFPA. 2005a. "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua." Projet de texte; ONU. 2002; et UNICEF. 1997. *Role of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge About Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women*. New York: UNICEF.
- 6 ONU. 2002.
- 7 G. Baker et al. 2003. "Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations." Texte final. Document préparé pour la Banque mondiale; et ONU. 2002.
- 8 UNFPA. s.d. "It Takes 2: Partnering with Men in Reproductive & Sexual Health", p. 15. Programme Advisory Note. New York: UNFPA. Voir aussi une étude au Nicaragua: Organisation panaméricaine de la santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Coopération allemande-GTZ, Ministère de la santé. 2003. "Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Versión Resumen del Informe Final." Managua, Nicaragua.
- 9 UNFPA. 2000. *Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health*. Document technique. No 3. New York: UNFPA; et UNFPA. s.d.
- 10 UNFPA 2000; et T. Scalway, 2001. *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*. Londres: Panos et ONUSIDA.
- 11 UNFPA 2000.
- 12 Banque mondiale. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pp. 9 et 77. New York et Washington, D.C.: Oxford University Press et Banque mondiale.
- 13 Banque mondiale. s.d. "Latin America and the Caribbean: Crime and Violence Prevention." Washington, D.C.: Groupe de la Banque mondiale. Site Web: [http://InWeb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid/65A4BF38D10247D85256CFD007A5D62?](http://InWeb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid/65A4BF38D10247D85256CFD007A5D62?Document%20visité%20pour%20la%20dernière%20fois%20le%2016%20mai%202005) Document visité pour la dernière fois le 16 mai 2005.
- 14 A. Ajuwon, 2003. "Research in Sexual Coercion among Young Persons: The Experiences and Lessons Learned from Ibadan, Nigeria." Communication faite à Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, Inde, 22-25 septembre 2003; C. Caceres. "The Complexity of Young People's Experiences of Sexual Coercion: Lessons Learned from Studies in Peru." Communication faite à Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, Inde, 22-25 septembre 2003; R. Jewkes. "Non-consensual Sex among South African Youth: Prevalence of Coerced Sex and Discourses of Control and Desire." Communication faite à Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, Inde, 22-25 septembre 2003; et J. W. Wilkinson, L. S. Bearup et T. Soprach. "Youth Gang-rape in Phom

- Penh." Communication faite à Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, Inde, 22-25 septembre 2003. Tous ces textes sont cités dans: Population Council, OMS et YouthNet. 2004. *Sexual Coercion: Young Men's Experience as Victims and Perpetrators*. New Delhi: Population Council.
- 15 M. E. Greene et A. E. Biddlecom. 2000. "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles." *Population and Development Review* 26(1): 81-115; et J. Jacobson, 2000. "Transforming Family Planning Programmes: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda." *Reproductive Health Matters* 8(15): 21-32.
- 16 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute. Sur la base des Enquêtes démographiques et sanitaires conduites dans 39 pays en développement entre 1996 et 2003.
- 17 Les données ne comprennent pas tous les groupes dans toutes les régions, laissant en dehors certains groupes clés comme les garçons de moins de 15 ans, les hommes célibataires et les détenus, le personnel militaire, les migrants ou les réfugiés, dont beaucoup sont sexuellement actifs.
- 18 The Alan Guttmacher Institute 2003.
- 19 The Alan Guttmacher Institute. 2004. *Risk and Protection: Youth and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, p. 34. New York et Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute.
- 20 The Alan Guttmacher Institute 2004, appendice, tableau 5, p. 36.
- 21 The Alan Guttmacher Institute 2004, appendice, tableau 4, p. 35.
- 22 ONU. 2005a. *Examen de la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing et des documents issus de la session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée "Les femmes en l'an 2000: égalité des sexes, développement et paix pour le XXIe siècle": Rapport du Secrétaire général (E/CN.6/2005/2)*, par. 658. New York: ONU.
- 23 T. Chattopadhyay, 2004. *Role of Men and Boys in Promoting Gender Equality: An Advocacy Brief*. Bangkok: UNESCO; PLANetWIRE Clips. 13 avril 2005. "Saudi Clerics Rule Against Forced Marriage," et G. Barker, 2002. "Institute PROMUNDO: Engaging Young Men in Gender-Based Violence Prevention and Sexual and Reproductive Health Promotion: Rio de Janeiro, Brazil." Communication faite à l'atelier d'Oxfam, Gender Is Everyone's Business: Programming with Men to Achieve Gender Equality, Oxford, Royaume-Uni, 10-12 juin 2002. Site Web: [www.oxfam.org.uk/what\\_we\\_do/issues/gender/gem/downloads/Promcase.pdf](http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/gem/downloads/Promcase.pdf), visité pour la dernière fois le 5 mai 2005.
- 24 UNFPA. 2005b. "Conférence régionale des organisations africaines de foi islamique, Abuja, Nigéria, 14-18 mars 2005." Rapport de la Conférence. New York: UNFPA.
- 25 M. E. Greene, 2002. "Involving Men in Reproductive Health: Implications for Reproductive Health and Rights." Pp. 129-138 dans: *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, édité par E. Murphy et A. Hendrix-Jenkins. Washington, D.C.: PATH. Site Web: [www.path.org/publications/pub.php?id=516](http://www.path.org/publications/pub.php?id=516), visité pour la dernière fois le 22 juin 2005.
- 26 I. Ndong et al. 1999. "Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services." *International Family Planning Perspectives* 25(Supplément): S53-S55; G. Bergstrom, 1999. "Men's Voices, Men's Choices: How Can Men Gain From Improved Gender Equality?" Un séminaire régional Suède/Afrique, Lusaka, Zambie, 11-13 janvier 1999. Stockholm, Suède: Ministère des affaires étrangères; A. Johansson et al. 1998. "Husbands' Involvement in Abortion in Vietnam." *Studies in Family Planning* 29(4): 400-413; A. M. Basu, 1996. "Women's Education, Marriage and Fertility: Do Men Really Not Matter?" Série Population and Development Program Working Paper. No. 96.03. Ithaca, New York: Cornell University; Carlos Laudari, 1998. "Gender Equity in Reproductive and Sexual Health." Communication présentée à l'Atelier thématique FAO/OMS/UNFPA sur la participation des hommes aux programmes de santé en matière de sexualité et de procréation, Rome, 9-13 novembre 1998; T. H. Hull, 1999. "Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?" Communication présentée à la réunion psychosociale précédant la réunion annuelle de la Population Association of America, New York, New York, 23-24 mars 1999; S. Hawkes, 1998. "Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh." *Sexual Health Exchange* 3: 14-15; et M. Collumbien et S. Hawkes. 2000. "Missing Men's Messages: Does the Reproductive Health Approach Respond to Men's Sexual Health Needs?" *Culture, Health and Sexuality* 2(2): 135-150.
- 27 UNFPA 2000. Le thème de la "honte" chez les hommes (s'ils recherchent des préservatifs, des services, débattent de problèmes de santé en matière de procréation, partagent les responsabilités domestiques) a été l'une des conclusions saillantes d'une étude menée au Nicaragua. Voir: Organisation panaméricaine de la santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Coopération allemande-GTZ, Ministère de la santé, 2003.
- 28 W. Cates Jr., 1996. "The Dual Goals of Reproductive Health." *Network* 16(3); E. Loiza, 1998. "Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience." Communication préparée pour le séminaire, "Men, Family Formation and Reproduction," Comité de la parité des sexes et de la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (IUSSP) et Centre d'étude de la population (CENEP), Buenos Aires, Argentine 13-15 mai. Liège, Belgique: Union internationale pour l'étude scientifique de la population; et P. Lamptey et al. 1978. "An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana." *Studies in Family Planning* 9(8): 222-226; B. M. Fapohunda et N. Rutenberg, 1998. "Enhancing the Role of Men in Family Planning and Reproductive Health." Étude non publiée.
- 29 UNFPA 2000; et C. Nzioka, 2001. "Perspectives of Adolescent Boys on the Risks of Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: Kenya." *Reproductive Health Matters* 9(17): 108-117.
- 30 UNFPA 2000.
- 31 Scalway 2001.
- 32 A. Blanc, 2001. "The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence." *Studies in Family Planning* 32(3): 189-213.
- 33 B. De Keijzer, 2004. "Masculinities: Resistance and Change." Pp. 28-49 dans: *Gender Equality and Men: Learning from Practice*, édité par S. Ruxton. 2004. Oxford: Oxfam GB.
- 34 UNFPA. 2004. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*, p. 12. New York: UNFPA.
- 35 M. Sayages, 13 juin 2003. "Africa's Men Meet Challenge of Fighting HIV/AIDS." Reuters AlertNet. Site Web: [www.alertnet.org/thefacts/reliefresources/aidsfeature.htm](http://www.alertnet.org/thefacts/reliefresources/aidsfeature.htm), visité pour la dernière fois le 9 juillet 2005.
- 36 ONU 2005a, par. 388; et "A Role for Men in Gender Equality." 13 septembre 2004. *IPS UN Journal* 11(165): 6.
- 37 Population Council. 2000. "Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement." *Quality/Calidad/Qualité*, No. 10. New York: Population Council.
- 38 K. Siegfried, 3 mars 2005. "Changing Men's Attitudes to Reduce AIDS in Africa." *The Christian Science Monitor*.
- 39 ONU. 2004. "The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality." Groupe II de la quarante-huitième session de la Commission de la condition de la femme, New York, 2 mars 2004. New York: Division de la promotion de la femme, ONU.
- 40 Scalway 2001.
- 41 S. Raju et A. Leonard (éd.). 2000. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, p. 57. New Delhi: Population Council; S. Laack, 1995. "Thoughts about Male Involvement: Swedish Experiences." Communication présentée à la Conférence sur la sexualité des jeunes, Arusha, Tanzanie, 13-18 août 1995; et S. Laack et al. 1997. *Report on the RFSU Young Men's Clinic*. Stockholm, Suède: Association suédoise pour l'éducation sexuelle.
- 42 E. Grant et al. 2003. "Seizing the Day: Right Time, Right Place, Right Message for Adolescent Reproductive and Sexual Health (Kenya)." Communication présentée à la Conférence on Reaching Men to Improve the Reproductive Health of All, Interagency Gender Working Group, Agency for International Development des Etats-Unis, Washington D.C., septembre 2003.
- 43 Organisation panaméricaine de la santé. 2003. "Improving the Lives of Adolescent Girls and Boys By Involving Adolescent Boys: A New Approach to Health Promotion and Prevention Through Soccer." Washington, D.C.: Organisation panaméricaine de la santé.
- 44 Population Council. 2003. "My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality." 2003. *Quality/Calidad/Qualité*. No. 14. New York: Population Council.
- 45 A. Mishra, 2003. "Enlightening Adolescent Boys in India on Gender and Reproductive and Sexual Health." Communication faite à la Conférence on Reaching Men to Improve the Reproductive Health of All, Interagency Gender Working Group, Agency for International Development des Etats-Unis, Washington D.C., septembre 2003.
- 46 G. Barker et al. 2004. "How Do We Know if Men Have Changed: Promoting and Measuring Attitude Change with Young Men: Lessons Learned from Program H in Latin America," Pp. 147-161 dans: *Gender Equality and Men: Learning from Practice*, édité par S. Ruxton. 2004. Oxford: Oxfam GB.
- 47 UNFPA. 2003a. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons from Nine Countries*. Rapport technique. New York: UNFPA
- 48 Ibid.
- 49 UNFPA. 2003b. *Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del VIH/SIDA y Equidad de Género en Fuerzas Armadas en América Latina, Estudios de Caso de Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú*. Bogota, Colombie: UNFPA.
- 50 Pathfinder International. 1998. "Reaching Young Men with Reproductive Health Programs." Watertown, Massachusetts: Pathfinder International. Site Web: [www.pathfind.org/p/pubs/focus/IN%20FOCUS/ReachingYoungMen.doc](http://www.pathfind.org/p/pubs/focus/IN%20FOCUS/ReachingYoungMen.doc), visité le 25 mars 2005.
- 51 U. Rob et al. 2004. "Integration of Reproductive Health Services for Men in Health and Family Welfare Centers in Bangladesh." FRONTIERS, rapport final. Washington, D.C.: Population Council.
- 52 ONU 2005a, par. 193, 239, 406, et 571; et ONU. 2005b. *Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Rapport du Secrétaire général (A/59/765)*, par. 63b. New York: ONU.

## CHAPITRE 7

- 1 Projet objectifs du Millénaire. 2005a. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 2 L. Heise, M. Ellsberg et M. Gottemoeller. 1999. "Ending Violence against Women." *Population Reports*. Série L. No. 11. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.
- 3 Projet objectifs du Millénaire 2005a, pp. 15 et 110.
- 4 Heise, Ellsberg et Gottemoeller 1999.
- 5 E. Krug et al. (éd.). 2002. *World Report on Violence and Health*. Genève: OMS.
- 6 Ibid.
- 7 A. R. Morrison et M. B. Orlando. 1999. "Social and Economic Costs of Domestic Violence: Chile and Nicaragua." Ch. 3 dans: A. Morrison et L. Biehl (éd.). 1999. *Too Close to Home: Domestic Violence in Latin America*. Washington, D.C.: Banque inter-américaine de développement. Cité dans: Projet objectifs du Millénaire 2005a.
- 8 International Center for Research on Women. 2000. *A Summary Report for a Multi-Site Household Survey*. Domestic Violence in India. No. 3. Washington, D.C. International Center for Research on Women. Cité dans: Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 115.
- 9 Gouvernement australien. 2004. *The Cost of Domestic Violence to the Australian Economy: Part I*. Rapport préparé par Access Economics Pty. Office of Women, Commonwealth of Australia; et J. Phillips et M. Park. 6 décembre 2004. "Measuring Violence against Women: A Review of the Literature and Statistics." Canberra, Australie: Parlement australien. Online E-Brief. Site Web: [www.aph.gov.au/library/intguide/SP/ViolenceAgainstWomen.htm](http://www.aph.gov.au/library/intguide/SP/ViolenceAgainstWomen.htm), visité pour la dernière fois le 27 juin 2005.
- 10 H. Waters et al. 2004. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Genève: Department of Injuries and Violence Prevention, OMS.
- 11 Projet objectifs du Millénaire. 2005a, p. 119.

- 12 Heise, Ellsberg et Gottemoeller 1999. Cité dans: *Projet objectifs du Millénaire* 2005a, p. 113. Une autre évaluation, basée sur les constatations tirées de 48 enquêtes démographiques, a situé ce chiffre entre 16 et 50 %. Voir: Krug et al. 2002
- 13 Krug et al. 2002.
- 14 P. Solano et M. Velzeboer. 2003. "Componentes clave para leyes y políticas contra la violencia contra las mujeres," p. 13. *Projet de document de travail*. Washington, D.C.: Organisation panaméricaine de la santé.
- 15 Krug et al. 2002.
- 16 Nouvelles de la BBC. 20 juin 2002. "Human Smuggling Eclipses Drugs Trade." Site Web: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>, visité le 7 mai 2005.
- 17 Département d'État des États-Unis. 2005. *Trafficking in Persons Report: Juin 2005*. Washington, D.C.: Département d'État des États-Unis.
- 18 Département d'État des États-Unis. 2004. *Trafficking in Persons Report: Juin 2004*. Publication No. 1150. Washington, D.C.: Département d'État des États-Unis.
- 19 J. Martens, 2004. "Seduced, Imported, Sold: Trafficking in Women and Children in Africa." Communication préparée pour la septième Conférence régionale sur les femmes (Beijing +10), Addis-Abeba, 12-14 octobre 2004. Addis-Abeba, Éthiopie: Commission économique pour l'Afrique; et F. Miko, 2004. "Trafficking in Persons: The U.S. and International Response. Congressional Research Service." CRS Report for Congress. Washington, D.C.: Congressional Research Service, the Library of Congress.
- 20 ONU. 2002. "Protocole visant à prévenir, éliminer et punir le trafic des personnes, notamment des femmes et des enfants, complétant la Convention contre la criminalité internationale organisée: adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'accession par la résolution 55/25 de l'Assemblée générale, du 15 novembre 2000." Genève: Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Site Web: [www.ohchr.org/english/law/protocoltraff.htm](http://www.ohchr.org/english/law/protocoltraff.htm), visité pour la dernière fois le 11 juillet 2005.
- 21 Conseil de l'Europe. s.d. "Action against Trafficking in Human Beings: News." Site Web: [www.coe.int/T/E/Human\\_rights/trafficking](http://www.coe.int/T/E/Human_rights/trafficking), visité le 26 mai 2005.
- 22 R. Boland, 2004. "Legal Progress in Implementing the ICPD Programme of Action." Déclaration faite à la Conférence internationale des parlementaires, 2004, sur la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD, Strasbourg, France, 18-19 octobre 2004. Site Web: [www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc](http://www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc), visité pour la dernière fois le 5 juillet 2005; et R. Boland, avril 2005. Communications personnelles.
- 23 UNFPA. 2003. *UNFPA and Young People: Imagine*. New York: UNFPA
- 24 Krug et al. 2002.
- 25 *Projet objectifs du Millénaire*. 2005a, p. 114.
- 26 S. Jejeebhoy, 1996. "Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India." ICRW Working Paper. No. 3. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Cité dans: B. Mensch, J. Bruce et M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, p. 46. New York: Population Council.
- 27 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*, p. 11. Innocenti Digest. No. 7.
- Florence, Italie: UNICEF. Centre de recherches Innocenti.
- 28 W. Im-em, K. Archvanitkul et C. Kanchanachitra. 2004. "Sexual Coercion among Women in Thailand: Results from the OMS multi-country study on women's health and life experiences." Communication présentée à la Réunion annuelle de la Population Association of America, Boston, Massachusetts, 3-5 août 2004.
- 29 Population Council. 2004a. *The Adverse Health and Social Outcomes of Sexual Coercion: Experiences of Young Women in Developing Countries*. New York: Population Council; S. J. Jejeebhoy et S. Bott. 2003. *Non-consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries*. South and East Asia Regional Working Paper. No. 16. New Delhi: Population Council. Voir aussi: Im-em, Archvanitkul et Kanchanachitra 2004.
- 30 M. de Bruyn et S. Packer. 2004. *Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care*. Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas.
- 31 Amnesty International. 2004. *It's in Our Hands: Stop Violence against Women*. Londres: Amnesty International.
- 32 Krug et al. 2002.
- 33 M. A. Amoakohene, 2004. "Violence Against Women in Ghana: A Look at Women's Perceptions and Review of Policy and Social Responses." *Social Science and Medicine*. 59(2004): 2373-2385. V. Manh Loi, V. Tuan Huy, N. Huu Minh et C. Clement. 1999. "Gender Based Violence: The Case of Vietnam." Washington, DC: Banque mondiale; C. Garcia-Moreno, 2002. "Violence against Women: Consolidating a Public Health Agenda." Pp. 111-142 dans *Engendering International Health: The Challenge of Equity*, édité par G. Sen, A. George et P. Ostlin. 2002. Cambridge, Massachusetts: MIT Press; et M. Koenig et al. 2003. "Domestic Violence in Rural Uganda: Evidence From a Community-based Study." *Bulletin of the World Health Organization* 81(1): 53-60.
- 34 Population Council. 2004b. *Sexual Coercion: Young Men's Experiences as Victims and Perpetrators*. New York: Population Council.
- 35 Solano et Velzeboer 2003.
- 36 Comme il a été reconnu, par exemple, dans la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, article 4 f), et dans le Programme d'action de Beijing, par. 124 g). Voir: ONU. 1993. 48/104: *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (A/RES/48/104)*, Article 4. New York ONU; et ONU. 1996. *Déclaration et Programme d'action de Beijing: Quatrième Conférence mondiale sur les femmes: Beijing, Chine: 4-15 septembre 1995*. New York: Département de l'information, ONU.
- 37 D. Luciano, S. Esim et N. Duvvury. 2003. "How to Make the Law Work: Budgetary Implications of Domestic Violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean." Communication présentée à "Women Working to Make a Difference," Septième Conférence internationale sur Women's Policy Research, Washington, D.C., 22-24 juin 2003.
- 38 *Projet objectifs du Millénaire*. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, p. 13. Rapport au Secrétaire général. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 39 OMS. s.d. "Schools and Youth Health: Resources and Tools for Advocacy." Genève: OMS. Site Web: [www.who.int/school\\_youth\\_health/resources/en/](http://www.who.int/school_youth_health/resources/en/), visité pour la dernière fois le 10 juillet 2005; UNESCO. 2004. "Making the Case for Violence Prevention through Schools." *FRESH Tools for Effective School Health*, 1e édition. Genève: UNESCO; et S. Larraín, J. Vega et I. Delgado. 1997. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. Santiago: UNICEF. Cité dans: *Projet objectifs du Millénaire*. 2005a, p. 119.
- 40 *Projet objectifs du Millénaire*. 2005a, p. 119.
- 41 C. Watts et S. Mayhew. 2004. "Reproductive Health Services and Intimate Partner Violence: Shaping a Programmatic Response in Sub-Saharan Africa." *International Family Planning Perspectives* 30(4): 207-213; et *Projet objectifs du Millénaire*. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Équipe de travail sur la santé infantile et la santé maternelle. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 42 de Bruyn et Packer 2004.
- 43 *Projet objectifs du Millénaire* 2005a, p. 111.
- 44 Coalition mondiale sur les femmes et le sida. OMS. s.d. *Violence against Women: Critical Intersections: Intimate Partner Violence and HIV/AIDS*. Série Bulletins d'information. No 1. Genève: OMS.
- 45 Human Rights Watch. 2002. *The War within the War: Sexual Violence against Women and Girls in the Eastern Congo*. New York: Human Rights Watch.
- 46 OMS. 2000. "Female Genital Mutilation." Résumé analytique. No. 241. Genève: OMS. Site Web: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en), visité le 3 mars 2005.
- 47 Heise, Ellsberg et Gottemoeller 1999.
- 48 B. R. Ganatra, K. J. Coyaji et V. N. Rao. 1996. *Community cum Hospital Based Case-Control Study on Maternal Mortality: A Final Report*. Pune, Inde: KEM Hospital Research Centre. Des études ont identifié partout dans le monde des raisons analogues pour lesquelles les femmes enceintes sont victimes de violences; ce sont notamment la désobéissance au mari, l'expression de soupçons d'infidélité, le refus de rapports sexuels, ou l'incapacité de prendre dûment soin des enfants ou du ménage. Selon un rapport du Population Council, au niveau mondial, une femme sur quatre est victime de sévices physiques ou sexuels durant la grossesse, généralement du fait de son partenaire. See: S. J. Jejeebhoy, 1998. "Association between Wife-beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India." *Studies in Family Planning* 29(3): 300-308; L. Visaria, 1999. "Violence Against Women in India: Evidence from Rural Gujarat." Pp. 14-25 dans: *Domestic Violence in India: A Summary Report of Three Studies*, par l'International Center for Research on Women. 1999. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; et Heise, Ellsberg et Gottemoeller 1999.
- 49 *Projet objectifs du Millénaire*. 2005a, p. 16.
- 50 *Projet objectifs du Millénaire* 2005c.
- 51 T. W. Leung et al. 2002. "A Comparison of the Prevalence of Domestic Violence Between Patients Seeking Termination of Pregnancy and Other Gynecology Patients." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(1): 47-54. Une étude de contrôle conduite en 1999 dans un hôpital de Hong-Kong sur 501 femmes (dont 245 cherchaient un avortement et 256 étaient au service d'ob/gyn pour d'autres raisons) a établi que "dans le groupe des femmes cherchant un avortement, 27,3 % avaient subi des sévices dans le cours de leur vie, contre 8,2 % parmi les autres patientes du service d'ob/gyn". L'étude a également établi que "parmi celles qui avaient subi des sévices récemment, 27 % (9 sur 33) ont admis que leur décision de mettre fin à la grossesse avait été dictée en partie par leur expérience des sévices".
- 52 D. Kaye, 2001. "Domestic Violence Among Women Seeking Post-abortion Care." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(3): 323-325. Une étude menée en 2000 sur 311 femmes à la recherche de soins d'après avortement à un hôpital national d'aiguillage en Ouganda a constaté que 70 de ces femmes (23,2 %) avaient eu des avortements provoqués et 28 de ce dernier groupe (40 %) avaient indiqué que "des problèmes liés à la violence domestique étaient la principale raison d'avoir un avortement provoqué".
- 53 Watts et Mayhew 2004.
- 54 ONU 1996, par. 106 q).
- 55 Krug et al. 2002.
- 56 S. Bott et al. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. New York: FIPF/Région de l'hémisphère occidental.
- 57 UNFPA et AIDOS. 2003. *Addressing Violence against Women: Piloting and Programming: Rome, Italy, 15-19 september 2003*. New York et Rome: UNFPA et AIDOS.
- 58 *Projet objectifs du Millénaire*. 2005a, p. 40; et Campagne mondiale pour l'éducation. 2005. "Girls Can't Wait: Why Girls' Education Matters, and How to Make It Happen Now: Briefing Paper for the UN Beijing + 10 Review and Appraisal." Bruxelles, Belgique: Campagne mondiale pour l'éducation.
- 59 UNFPA. 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.
- 60 ONU-HABITAT (Programme des Nations Unies pour les établissements humains). 2001. *Cities in a Globalizing World: Global Report on Human Settlements 2001*. Londres: Earthscan.
- 61 *Projet objectifs du Millénaire*. 2005a, p. 76.
- 62 UNFPA 2005, Area 6.
- 63 L'Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes du *Projet objectifs du Millénaire* a vu dans les droits des femmes en matière de propriété et de succession et dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes deux de sept priorités stratégiques nécessaires pour instaurer l'égalité des sexes.
- 64 ONU. 2005. *Examen de la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing et des documents issus de la session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée "Les femmes en l'an 2000: égalité des sexes, développement et paix pour le XXIe siècle": Rapport du Secrétaire général (E/CN.6/2005/2)*, par. 214 New York: ONU.
- 65 Center for Reproductive Rights. 2005. "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights." Document d'information. New York: Center for Reproductive Rights.
- 66 ONU 2005, par. 207, 208 et 211.
- 67 U. Bendre et T. Khorakiwala, 2004. "Assessment of Family Counselling Centers in Madhya Pradesh." Rapport présenté à l'UNFPA.
- 68 UNFPA, 13 mars 2003. « The Santa Maria/Sal Commitment : By African Women Ministers and Parliamentarians

- on Gender and VIH/AIDS: Reinforcing National Action." Éditorial. New York: UNFPA.
- 69 UNFPA 2005, p. 6.
- 70 ONU. 2005, par. 223.
- 71 Projet objectifs du Millénaire. 2005d. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, p. 68. Rapport au Secrétaire général de l'ONU. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 72 UNFPA 2005, p. 6.
- 73 C. Garcia-Moreno, 2003. "Responding to Violence against Women: OMS's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence." *Health and Human Rights: An International Journal* 6(2): 112-127.
- 74 The White Ribbon Campaign. s.d. "Men Working to end Men's Violence Against Women." Toronto, Canada: White Ribbon Campaign. Site Web: [www.whiteribbon.ca/about\\_us/](http://www.whiteribbon.ca/about_us/), visité pour la dernière fois le 5 mai 2005.
- 75 B. Crossette, 2004. "Priorities Across Borders: For Many Women, Violence Shuts Out Hope." Centre des médias, Fondation pour les Nations Unies. Voir site Web: [www.stopvaw.org/October\\_2004.html#25Oct200424](http://www.stopvaw.org/October_2004.html#25Oct200424), visité le 9 juillet 2005.
- 76 P. Ramos-Jimenez, 1996. "Philippine Strategies to Combat Domestic Violence Against Women." Équipe de travail sur les sciences sociales et la santé en matière de procréation. Manille, Philippines: Centre de recherche sur le développement social et Université De La Salle.
- 77 Gouvernement royal du Cambodge. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005*, p. 10. Phnom Penh: Ministère des affaires féminines, Gouvernement royal du Cambodge; et "A Role for Men in Gender Equality." 13 septembre 2004. *IPS UN Journal* 11(165): 6.
- 78 ONU 2005, par. 234.
- 79 Sur la base d'une fixation des coûts d'interventions qui englobent la formation et les campagnes de prise de conscience, diverses actions visant à lutter contre la violence à l'égard des femmes, et la création de capacités au Ministère des affaires féminines. Voir: Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 36.
- 80 H. Waters et al. 2004.
- 81 ONU. 2000. *Résolution adoptée par l'Assemblée générale: 55/2: Déclaration du Millénaire (A/RES/55/2)*, par. 12. New York: ONU.
- CHAPITRE 8**
- 1 ONU. 2005a. *Dans une liberté plus grande: développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous: Rapport du Secrétaire général (A/59/2005)*. New York: ONU.
- 2 La catastrophe du séisme et du tsunami survenue le 26 décembre 2004 a anéanti plus de 280 000 vies et dévasté des zones littorales et des communautés autour de l'océan Indien. Voir: ONU. 2005b. *Résumé de l'enquête économique et sociale sur l'Asie et le Pacifique, 2005 (E/2005/18)*. New York: ONU; et Agency for International Development des États-Unis. 2005. "Indian Ocean: Earthquake and Tsunamis." Agency for International Development des États-Unis. Fact Sheet No. 36. Washington, D.C.: Office of US Foreign Disaster Assistance, Bureau for Democracy, Conflict, and Humanitarian Assistance, Agency for International Development
- des États-Unis. Site Web: [www.usaid.gov/our\\_work/humanitarian\\_assistance/disaster\\_assistance/countries/indian\\_ocean/fy2005/indianocean\\_et\\_fs36\\_02-22-2005.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/disaster_assistance/countries/indian_ocean/fy2005/indianocean_et_fs36_02-22-2005.pdf), visité le 25 mars 2005.
- 3 Projet objectifs du Millénaire. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Ch. 12. Rapport au Secrétaire général. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 4 Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Health, Dignity and Development: What Will it Take?* Équipe de travail sur l'eau et l'assainissement. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 5 D. Smith, 2001. "Trends and Causes of Armed Conflict". Dans: *Berghof Handbook for Conflict Transformation: Trends and Causes of Armed Conflicts*, édité par D. Bloomfield, M. Fischer, et A. Schmerlze. Berlin, Allemagne: Centre de recherche Berghof pour une gestion constructive des conflits; et R. Dwan et M. Gustavsson. 2004. "Major Armed Conflicts." Ch. 3 dans: *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, par l'Institut international de recherche sur la paix de Stockholm (SIPRI). 2004. Oxford: Oxford University Press.
- 6 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004. *Women's Commission Fact Sheet*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Site Web: [www.womenscommission.org/pdf/fctst.pdf](http://www.womenscommission.org/pdf/fctst.pdf), visité le 25 mars 2005.
- 7 ONU 2005a, par. 114.
- 8 ONU. 2005c. *Examen de la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing et des documents issus de la session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée "Les femmes en l'an 2000: égalité des sexes, développement et paix pour le XXIe siècle": Rapport du Secrétaire général (E/CN.6/2005/2)*, par. 76. New York: ONU.
- 9 Projet objectifs du Millénaire. 2005c. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 10 ONU. 2000. *Résolution 1325 (2000) du Conseil de sécurité: adoptée par le Conseil de sécurité à sa 4213e séance, le 31 octobre 2000 (S/RES/1325 [2000])*. New York: ONU.
- 11 Article 7.1 du Statut de Rome. Cité dans: *Reproductive Rights are Human Rights*, par le Center for Reproductive Rights. 2005. New York: Center for Reproductive Rights; et ONU. 2003a. *Intégration des droits humains des femmes et perspective sexospécifique: la violence à l'égard des femmes (E/CN.4/2003/75)*. New York: ONU.
- 12 ONU 2003a.
- 13 ONU 2005c, par. 248.
- 14 ONU. 2004a. *Un monde plus sûr: Notre responsabilité commune: Rapport du Groupe de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement nommé par le Secrétaire général (A/59/565)*, par. 238. New York: ONU.
- 15 ONU 2005a, par. 114.
- 16 Ces engagements sont pris dans les résolutions 1261 (1999), 1314 (2000), 1379 (2001) et 1460 (2003) du Conseil de sécurité.
- 17 ONU. 2005a.
- 18 ONU. 2004b. *Groupes et individus spécifiques: exodes de masse et personnes déplacées. Rapport du Représentant du Secrétaire général, Walter Kälin, sur les droits humains des personnes déplacées dans leur propre pays, remis en application de la résolution 2004/55 de la Commission des droits de l'homme (E/CN.4/2005/84)*. New York: ONU.
- 19 Au niveau mondial, 25 millions de personnes sont déplacées dans leur propre pays, et 11 à 12 millions d'autres sont des réfugiés. Voir: ONU 2005a, p. 4.
- 20 Voir: Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. s.d. "Procédures spéciales de la Commission des droits de l'homme: Représentant du Secrétaire général pour les personnes déplacées dans leur propre pays." Genève: Haut Commissariat aux droits de l'homme. Site Web: [www.unhcr.ch/html/menu2/7/7/interdisp/](http://www.unhcr.ch/html/menu2/7/7/interdisp/), visité le 9 juillet 2005.
- 21 Les Principes directeurs sur le déplacement interne réaffirment les droits humains et le droit humanitaire qui s'appliquent aux personnes déplacées dans leur propre pays et en dressent la liste. Voir: ONU. 1998a. *Rapport du Représentant du Secrétaire général, M. Francis M. Deng, remis en application de la résolution 1997/39 de la Commission: Additif: Principes directeurs sur le déplacement interne (E/CN.4/1998/53/Add.2)*. New York: ONU.
- 22 ONU 2004b.
- 23 ONU, par. 209 et 210.
- 24 S. N. Anderlini, 2004. *Negotiating the Transition to Democracy and Reforming the Security Sector: Vital Contributions of South African Women*. Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.
- 25 UNIFEM. 2005a. Rapport à la cinquante-cinquième session du Comité consultatif. New York: UNIFEM.
- 26 UNFPA. 2004a. *Dépêches*. No. 62.
- 27 J. Mertus, 2004. "Women's Participation in the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia (ICTY): Transitional Justice for Bosnia and Herzegovina." Policy Commission Case Study. Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.
- 28 S. N. Anderlini, C. P. Conaway et L. Kays. 2004. "Transitional Justice and Reconciliation." In: *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*, par International Alert et Women Waging Peace. 2004. Washington et Londres: Hunt Alternatives Fund et International Alert. Site Web: [http://www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/Transitional\\_Justice.pdf](http://www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/Transitional_Justice.pdf). Visité le 25 mars 2005.
- 29 UNIFEM. 2005b. "Women, War, Peace, and Justice." New York: UNIFEM. Site Web: [www.womenwarpeace.org/issues/justice/justice.htm](http://www.womenwarpeace.org/issues/justice/justice.htm), visité le 25 mars 2005.
- 30 UNFPA. 2004b. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.
- 31 ONU. s.d. "The UN Works for Women: Rescued from Horror." New York: ONU. Site Web: [www.un.org/works/women/women5.html](http://www.un.org/works/women/women5.html), visité le 9 juillet 2005.
- 32 Les chiffres sont 67 % au Rwanda et 64 % au Cambodge. Pour le Rwanda, voir: UNFPA. 2004c; et pour le Cambodge, voir: Gouvernement royal du Cambodge. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministère des affaires féminines, Gouvernement royal du Cambodge.
- 33 Réseaux mondiaux d'information sur l'éducation. s.d. "Child Soldier Projects: The Case of Liberia." Site Web: [www.ginie.org/ginie-crisis-links/](http://www.ginie.org/ginie-crisis-links/)
- childsoldiers/liberia1.html, visité le 9 juin 2005.
- 34 D. Mazurana et K. Carlson. 2004. *From Combat to Community: Women and Girls of Sierra Leone*. Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.
- 35 Save the Children. 2005. *Forgotten Casualties of War: Girls in Armed Conflict*. Londres: Save the Children.
- 36 Mazurana et Carlson 2004.
- 37 Save the Children 2005.
- 38 B. Verhey, 2003. *Going Home: Demobilising and Reintegrating Child Soldiers in the Democratic Republic of Congo*. Londres: Save the Children; et UNIFEM. 2004. *Getting It Right, Doing It Right: Gender and Disarmament, Demobilization, and Reintegration*. New York: UNIFEM.
- 39 UNICEF. 2005. *Factsheet: Child Soldiers*. New York: UNICEF. Site Web: [www.unicef.org/protection/childsoldiers.pdf](http://www.unicef.org/protection/childsoldiers.pdf), visité le 25 mars 2005.
- 40 K. Chubb, 2001. *Between Anger and Hope: South Africa's Youth and the TRC*. Witwatersrand: Witwatersrand University Press.
- 41 C. Clark, 2003. "Juvenile Justice and Child Soldiering: Trends, Challenges, and Dilemmas." *Child Soldier Newsletter* 7: 6-8. Site Web: [www.child-soldiers.org/document\\_get.php?id=681](http://www.child-soldiers.org/document_get.php?id=681), visité le 25 mars 2005.
- 42 République de Sierra Leone. 2003. *Sierra Leone National Youth Policy*. Freetown: République de Sierra Leone. Site Web: [www.statehouse-sl.org/policies/youth.html](http://www.statehouse-sl.org/policies/youth.html), visité le 25 mars 2005.
- 43 Banque mondiale. 2005a. *Youth for Good Governance Distance Learning Program*. Washington, DC: Banque mondiale. Site Web: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35958/overview.pdf>, visité le 25 mars 2005; et Banque mondiale. 2005b. "Module IX: The Role of Youth: The Significance of Coalition-Building." *Youth for Good Governance Distance Learning Program*. Washington, DC: Banque mondiale. 6. Site Web: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35976/mod09.pdf>, visité le 25 mars 2005.
- 44 "Congo: Children's Parliament Launched by Government and UNICEF." 30 septembre 2005. *IRINNews*. Site Web: [http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=36903&SelectRegion=Great\\_Lake](http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=36903&SelectRegion=Great_Lake), visité le 25 mars 2005.
- 45 Save the Children 2005; et UNESCO. 2004. *EFA Global Monitoring Report 2003/4*. Paris: UNESCO.
- 46 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2002. *Precious Resources: Participatory Research Study with Adolescents and Youth in Sierra Leone: April-July 2002*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Site Web: [www.womenscommission.org/reports/sl/index.shtml](http://www.womenscommission.org/reports/sl/index.shtml), visité le 25 mars 2005.
- 47 Réseau interorganisations pour l'éducation dans les situations d'urgence. 2004. *Normes minimales pour l'éducation dans les situations d'urgence, les crises chroniques et la première phase de la reconstruction*. Paris: Réseau interorganisations pour l'éducation dans les situations d'urgence. Site Web: [www.inesite.org/standards/MSEE\\_report.pdf](http://www.inesite.org/standards/MSEE_report.pdf), visité le 25 mars 2005.
- 48 M. Sommers, 2002. *Children, Education, and War: Reaching Education for All (EFA) Objectives in Countries Affected by Conflict*. Washington, D.C.: Banque mondiale. Site Web: [102](http://www-wds.worldbank.org/ser-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

- vlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/10/12/000094946\_02091704130527/Rendered/PDF/multi0page.pdf, visité le 25 mars 2005.
- 49 Mazurana et Carlson 2004.
- 50 UNFPA. 2004d. "Santé en matière de procréation pour les communautés en crise." Ch. 10 dans: *L'état de la population mondiale 2004: le consensus du Caire, dix ans après: la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, UNFPA. 2004e. New York: UNFPA.
- 51 New Sudan Centre for Statistics and Evaluation and UNICEF. 2004. "Towards a Baseline: Best Estimates of Social Indicators for Southern Sudan." Étude de la série NSCSE. No 1.
- 52 ONU. 1999. *La santé en matière de procréation dans les situations de réfugiés: Manuel de terrain interorganisations*. Genève: Haut Commissariat aux réfugiés. Site Web: [www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/iafm\\_menu.htm](http://www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/iafm_menu.htm), visité le 25 mars 2005.
- 53 Les ressources du RHRC figurent au site Web du Reproductive Health Response in Conflict Consortium: [www.rhrc.org](http://www.rhrc.org), visité pour la dernière fois le 13 juillet 2005. Les organisations membres sont les suivantes: American Refugee Committee, CARE, Heilbrunn Department of Population and Family Health à l'École de santé publique Mailman de l'Université Columbia, International Rescue Committee, JSI Research and Training Institute, Marie Stopes International, et Women's Commission for Refugee Women and Children.
- 54 UNFPA. 2003. "Les femmes irakiennes reçoivent de l'UNFPA des services et fournitures d'urgence dans le domaine de la santé en matière de procréation." *Dépêches*. No 57.
- 55 UNFPA. 14 janvier 2005. "L'UNFPA envoie des fournitures propres à garantir l'accouchement sans danger et à répondre aux besoins des femmes dans les pays frappés par le tsunami." Communiqué de presse. New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/news/news.cfm?id=546](http://www.unfpa.org/news/news.cfm?id=546), visité le 25 mars 2005.
- 56 UNFPA. 2004f. *Into Good Hands: Progress Reports from the Field*. New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/378\\_filename\\_hands\\_en.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/378_filename_hands_en.pdf), visité le 25 mars 2005.
- 57 UNFPA. 3 mai 2002. "Le Fonds des Nations Unies pour la population cherche 3,6 millions de dollars pour une aide d'urgence dans le territoire palestinien occupé: protéger les femmes enceintes est une priorité absolue." Communiqué de presse. New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/news/news.cfm?id=80&Language=1](http://www.unfpa.org/news/news.cfm?id=80&Language=1), visité le 9 juillet 2005.
- 58 ONU. 1998b. *Report of the Special Rapporteur on Systematic Rape, Sexual Slavery and Slavery-like Practices During Armed Conflict* (E/CN.4/Sub.2/1998/13). New York: ONU; et Human Rights Watch. 2000a. *Federal Republic of Yugoslavia: Kosovo: Rape as a Weapon of "Ethnic Cleansing"*. Site Web: [www.hrw.org/reports/2000/frj/index.htm#TopOfPage](http://www.hrw.org/reports/2000/frj/index.htm#TopOfPage), visité le 12 avril 2005.
- 59 Projet objectifs du Millénaire 2005d; ONU. 2005d. *Intégration des droits humains des femmes et de la perspective sexospécifique: violence à l'égard des femmes: intersections de la violence à l'égard des femmes et du VIH/sida: Rapport du Rapporteur spécial sur la violence à l'égard des femmes, ses causes et conséquences, Yakin Ertürk* (E/CN.4/2005/72). New York: ONU;
- et A. Adrian-Paul, 2004. "HIV/AIDS." *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*. Washington, D.C., et Londres: Hunt Alternatives Fund et International Alert. Site Web: [www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/HIV\\_AIDS.pdf](http://www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/HIV_AIDS.pdf), visité le 25 mars 2005.
- 60 Human Rights Watch. 2003. *We'll Kill You If You Cry: Sexual Violence in the Sierra Leone Conflict*, p. 3. New York: Human Rights Watch.
- 61 Adrian-Paul 2004.
- 62 Human Rights Watch. 2000b. "Tanzania: Violence against Women Refugees." New York: Human Rights Watch. Site Web: [www.hrw.org/english/docs/2000/09/26/tanzan676.htm](http://www.hrw.org/english/docs/2000/09/26/tanzan676.htm), visité le 12 avril 2005.
- 63 UNFPA. 2004g. "Forms of Gender-based Violence and Their Consequences." Site Web: Interactive Population Center. New York: UNFPA. Site Web: [www.unfpa.org/intercenter/violence/index.htm](http://www.unfpa.org/intercenter/violence/index.htm), visité le 12 avril 2005.
- 64 S. Puri, s.d. "Challenging Gender-based Violence Across Genders." New York: International Rescue Committee. Voir site Web: [www.theirc.org/index.cfm/wwwID/578](http://www.theirc.org/index.cfm/wwwID/578), visité le 2 mars 2005.
- 65 Reproductive Health Response in Conflict Consortium. 2005. "Gender-based Violence." New York: Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Site Web: [www.rhrc.org/rhr\\_basics/gbv/](http://www.rhrc.org/rhr_basics/gbv/), visité le 25 mars 2005.
- 66 UNFPA. 2004b.
- 67 ONU. 2002. *Enquêtes sur l'exploitation sexuelle des réfugiés par le personnel des services d'assistance en Afrique de l'Ouest: Note du Secrétaire général* (A/57/465). Voir aussi: UN News Centre, 29 avril 2005. "UN Probes Allegations of Sex Exploitation by Peacekeepers in Liberia." Site Web: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=14131&Cr=Liberia&Cr1=#>, visité le 14 juin 2005.
- 68 ONU. 2003. *Secretary-General's Bulletin: Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse* (ST/SGB/2003/13). New York: ONU.
- 69 E. Wax, 13 novembre 2003. "Cycle of War is Spreading AIDS and Fear in Africa." *The Washington Post*.
- 70 ONUSIDA. 2005a. "HIV/AIDS and Uniformed Services." Genève: ONUSIDA. Site Web: [www.onusida.org/EN/in+focus/hiv\\_aids\\_security+and+humanitarian+response/hiv\\_aids+and+uniformed+services.asp](http://www.onusida.org/EN/in+focus/hiv_aids_security+and+humanitarian+response/hiv_aids+and+uniformed+services.asp), visité le 25 mars 2005.
- 71 Reproductive Health Response in Conflict Consortium. 2004a. *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings*. New York: Reproductive Health in Conflict Consortium; Reproductive Health Response in Conflict Consortium. 2004b. *HIV/AIDS Prevention and Control: A Short Course for Humanitarian Workers: Facilitator's Manual*. New York: Reproductive Health in Conflict Consortium; et ONU. 2004c. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. New York: Équipe de travail du Comité permanent interinstitutions sur le VIH/sida dans les situations d'urgence, ONU.
- 72 UNFPA. 2001. *Reproductive Health for Communities in Crisis: UNFPA Emergency Response*. New York: UNFPA.
- 73 UNIFEM. s.d. "Women, War, Peace and HIV/AIDS." New York: site Web d'UNIFEM: [www.womenwarpeace.org/issues/hiv/hiv.htm](http://www.womenwarpeace.org/issues/hiv/hiv.htm),
- visité pour la dernière fois le 13 juillet 2005; ONUSIDA. 2005b. "First Quarterly Report 2005." Bureau d'ONUSIDA sur le sida, la sécurité et la réponse humanitaire (SHR). Copenhague: ONUSIDA. Site Web: [www.UNAIDS.org/html/pub/topics/security/shr-2005quarter1\\_en\\_pdf.pdf](http://www.UNAIDS.org/html/pub/topics/security/shr-2005quarter1_en_pdf.pdf), visité le 13 juillet 2005.
- 74 ONU. 2003b. *Fonds des Nations Unies pour la population: Rapport de la Directrice exécutive pour 2002: Rapports demandés par le Conseil d'administration* (DP/FPA/2003/4 [Part III]). New York: United Nations.
- 75 ONUSIDA. 2004. *On the Front Line: A Review of Policies and Programmes to Address HIV/AIDS Among Peacekeepers and Uniformed Services*. New York: ONUSIDA.
- 76 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2005. *Children and Adolescents Project*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Site Web: [www.womenscommission.org/projects/children/index.shtml](http://www.womenscommission.org/projects/children/index.shtml), visité le 25 mars 2005.
- 77 N. Nyitambe, M. Schilperoord et R. Ondeko. 2004. "Lessons from a Sexual Reproductive Health Initiative for Tanzanian Adolescents." *Forced Migration Review* 19: 9-10. Site Web: [www.fmreview.org/FMRpdfs/FMR19/FMR19full.pdf](http://www.fmreview.org/FMRpdfs/FMR19/FMR19full.pdf), visité le 25 mars 2005.
- 78 UNFPA. 2004c.
- 79 Population Council et UNFPA. 2002. *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. Rapport sur un atelier de l'UNFPA en collaboration avec le Population Council, New York, 1er-3 mai 2002. New York: Population Council.

## CHAPITRE 9

- 1 ONU. 2005a. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193). New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 2 Groupe de travail ad hoc sur la jeunesse et les OMD. 2005. *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: April 2005*. Site Web: <http://tig.phpWebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf>, visité pour la dernière fois le 27 juin 2005.
- 3 La rentabilité de la santé en matière de procréation, notamment de la planification familiale, est établie depuis le début des années 90. Le Rapport sur la santé dans le monde 1993 de la Banque mondiale, sur le thème "Investir dans la santé", a identifié une "combinaison sanitaire essentielle", définie en fonction des services qui offriraient les plus grands bénéfices avec des ressources limitées. La combinaison recommandée incluait les composantes clés des services de santé en matière de procréation. En 2001, la Commission Macroéconomie et santé a reconnu l'importance de la santé en matière de procréation pour le développement économique, notamment celle de la planification familiale. Voir: S. Singh et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, p. 12. New York: The Alan Guttmacher Institute et UNFPA. L'élargissement de l'accès aux services de santé en matière de procréation a été reconnu comme un "gain rapide" par le Projet objectifs du Millénaire. Les gains rapides sont des actions qui peuvent s'avérer rentables dans un délai de trois ans au plus.
- 4 Outre les diverses réunions régionales et mondiales tenues depuis 2002 pour commémorer la CIPD et la Conférence de Beijing, il faut signaler en 2005 d'autres réunions de haut niveau et d'autres accords qui affirment les liens entre la santé en matière de procréation et les OMD: résolution 57.12 de l'Assemblée mondiale de la santé, trente-huitième session de la Commission de la population et du développement (résolution E/CN.9/2005/L.5), et "Appel de Stockholm à l'action: investir dans la santé et les droits en matière de procréation en tant que priorité pour le développement." (voir site Web: [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/418\\_filename\\_stockholm-call-to-action.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/418_filename_stockholm-call-to-action.pdf), visité pour la dernière fois le 13 juillet 2005); ONU. 2005b. *Projet présenté par le Président de la Commission du développement social sur la base de consultations officielles: Déclaration faite à l'occasion du dixième anniversaire du Sommet mondial pour le développement social* (E/CN.5/2005/L.2). New York: ONU. Voir aussi les résolutions adoptées en 2005 par la Commission de la population et du développement sur la santé en matière de procréation et les OMD, ainsi que sur le VIH/sida.
- 5 UNFPA. 24 février 2005. "Population et santé en matière de procréation: clés de la réalisation des OMD." Déclaration de Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA, à l'Agence canadienne de développement international. New York: UNFPA.
- 6 Pour une liste complète des composantes de la santé en matière de procréation, voir: ONU. 1995. *Population et développement*, vol. 1: *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement: Le Caire: 5-13 septembre 1994*, par. 7.6. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 7 Projet objectifs du Millénaire. 2005a. *Combating AIDS in the Developing World*, p. 89. New York: Groupe de travail sur le VIH/sida, Équipe de travail sur le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et l'accès aux médicaments essentiels, Projet objectifs du Millénaire. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 8 Singh et al. 2004, p. 18. Voir aussi: Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. Encadré 5.5, p. 82. Rapport au Secrétaire général. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 9 UNFPA. 2004a. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*. New York: UNFPA.
- 10 Sur la base de projets pilotes exécutés en Côte d'Ivoire et en Inde. Voir: UNFPA et le Bureau régional pour l'Asie du Sud de la Fédération internationale pour la planification familiale. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. New York et Londres: UNFPA et Fédération internationale pour la planification familiale.
- 11 Par exemple, "New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health" 2004 (disponible à: [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/321\\_filename\\_New%20York%20Call%20to%20Commitment.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/321_filename_New%20York%20Call%20to%20Commitment.pdf), visité pour la dernière fois le 11 juillet 2005); "Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children" (disponible à: [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/333\\_filename\\_glion\\_cal\\_to\\_action.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/333_filename_glion_cal_to_action.pdf), visité pour la dernière fois le 11 juillet

- 2005); et Commission de la population et du développement, trente-huitième session, tenue en 2005.
- 12 Voir, par exemple: Projet objectifs du Millénaire 2005b; et Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 89.
- 13 Projet objectifs du Millénaire 2005b; et Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 7.
- 14 Projet objectifs du Millénaire. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Équipe de travail sur la santé infantile et la santé maternelle. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 15 Ibid.
- 16 Des études conduites au Kenya et au Zimbabwe ont établi que l'introduction de redevances d'usager entraînait une chute de 50 et 30 %, respectivement, dans l'utilisation des services de santé maternelle. Cité dans: Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 17 On trouvera diverses références à ces problèmes dans: Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 109; et Projet objectifs du Millénaire. 2005c.
- 18 ONU. 2003a. *Human Security Now: Protecting and Empowering People*, p. 17. New York: Commission de la sécurité humaine, ONU.
- 19 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 96.
- 20 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 103.
- 21 Ibid.
- 22 UNFPA et Université d'Aberdeen. 2005. *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*, p. 23. New York: UNFPA; et Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 23 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 96.
- 24 UNFPA et Université d'Aberdeen 2005, p. 23.
- 25 Selon l'évaluation de la Joint Learning Initiative, 2004. Cité dans: Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 101.
- 26 Projet objectifs du Millénaire 2005a, p. 96.
- 27 Projet objectifs du Millénaire 2005b, pp. 80 et 257.
- 28 Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 29 L. P. Freedman, 2001. "Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(1): 51-60.
- 30 ONU. 2002. "Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies." Genève: Haut Commissariat aux droits de l'homme, ONU. Site Web: [www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc](http://www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc), visité pour la dernière fois le 30 juin 2005.
- 31 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 118.
- 32 A. Whitehead, 2003. "Failing Women, Sustaining Poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers." Rapport pour le UK Gender and Development Network. Londres: UK Gender and Development Network et Christian Aid.
- 33 UNFPA. 2004b. Examen des PRSP de 2003. New York: Service de la population et du développement. Division de l'appui technique, UNFPA.
- 34 Whitehead. 2003. Voir aussi: Z. Randriamaro, 2002. "The NEPAD, Gender and the Poverty Trap: The NEPAD and the Challenges of Financing for Development in Africa from a Gender Perspective." Communication présentée à la Conférence sur l'Afrique et les défis du nouveau Millénaire en matière de développement, Accra, Ghana 23-26 avril 2002.
- Mowbray, Afrique du Sud: Alternative Information and Development Center.
- 35 Banque mondiale, 2002. *Gender in the PSRPs: A Stocktaking*. Washington, D.C.: Réseau de la Banque mondiale pour la réduction de la pauvreté et la gestion économique, Banque mondiale. Cité dans: Whitehead 2003.
- 36 Sur la base des PRSP publiés en 2003. Cité dans: UNFPA. 2005a. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA.
- 37 UNFPA. 2003. "Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers." New York: Service de la population et du développement. Division de l'appui technique UNFPA. Cité dans: UNFPA 2005a.
- 38 UNFPA 2004.
- 39 Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 118.
- 40 Ibid., p. 54.
- 41 Projet objectifs du Millénaire. 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 149. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 42 Projet objectifs du Millénaire. 2005e. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. Rapport au Secrétaire général. Londres et Sterling, Virginie: Earthscan.
- 43 UNFPA 2005a, p. 58.
- 44 UNFPA. 2005b. *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*, p. 14. New York: UNFPA.
- 45 Gouvernement royal du Cambodge. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministère des affaires féminines, Gouvernement royal du Cambodge.
- 46 En 2003, le total mondial des dépenses militaires s'est élevé à 956 milliards de dollars. (Voir: Institut international de recherches sur la paix de Stockholm (SIPRI). 2004. *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*. Oxford: Oxford University Press.) Le chiffre de 950 milliards de dollars est donné dans: T. Deen, 10 septembre 2004. "Battling Poverty or Wars?" IPS News Agency. Site Web: [www.ipsnews.net/new\\_notas.asp?idnews=25433](http://www.ipsnews.net/new_notas.asp?idnews=25433), visité le 9 juillet 2005.
- 47 Selon l'annexe statistique des OMD, le montant total de l'aide publique au développement pour tous les pays en développement a été en 2003 de 69 milliards de dollars et en 2002 de 58 milliards. Les données préliminaires en provenance de l'Organisation de coopération et de développement économiques, publiées en avril 2005, indiquent pour 2004 un montant total de l'aide publique au développement de 78,6 milliards de dollars, en dollars des États-Unis courants, ce qui marquerait un nouveau record. Voir: Organisation de coopération et de développement économiques. 11 avril 2005. "Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge." Paris: Organisation de coopération et de développement économiques. Site Web: [www.oecd.org/document/3/0,2340,en\\_2649\\_201185\\_34700611\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1,00.html), visité pour la dernière fois le 5 juillet 2005.
- 48 Projet objectifs du Millénaire. 2005b, p. 250.
- 49 La Facilité de financement internationale a l'intention de réunir dès que possible une grande partie de l'aide destinée à la réalisation des OMD par la vente d'obligations sur les marchés financiers. Voir: S. Suri, 23 mai 2005. "Divisions in G-8 May Deepen over Africa." *IPS UN Journal* 13(93); "Brown and Chirac Propose New Ideas to Finance the Global Fund." *Global Fund Observer Newsletter*. Site Web: [www.aidspan.org/gfo/archives/newsletter/GFO-Issue-39.pdf](http://www.aidspan.org/gfo/archives/newsletter/GFO-Issue-39.pdf), visité le 7 février 2005.
- 50 "EU Debate Adds Fuel to Aid." 17 février 2005. *IPS UN Journal* 13(28); et Projet objectifs du Millénaire. 2005b p. 256.
- 51 Les données sont pour 2003. Voir: Commission pour l'Afrique. 2005. *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*, p. 50. Londres: Commission pour l'Afrique. Voir aussi Indicateur 15 de: ONU. 2003b. "Annexe: Objectifs du Millénaire pour le développement: Cibles et indicateurs." *Mise en oeuvre de la Déclaration du Millénaire: Rapport du Secrétaire général (A/58/323)*. New York: ONU.
- 52 Commission pour l'Afrique 2005. L'Organisation de l'Unité africaine avait adopté l'objectif d'affecter 15 % du produit intérieur brut à la santé: "Déclaration sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses", par. 26. Sommet africain de 2001 sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, Abuja, Nigéria, 26-27 avril 2001.
- 53 Projet objectifs du Millénaire. 2005e, p. 17.
- 54 Ibid., encadré 1, p. 5.
- 55 Organisation de coopération et de développement économiques. 11 avril 2005. Voir aussi: Deen, 10 septembre 2004.
- 56 S. Bianchi, 14 avril 2005. "EU Proposes More Aid to Developing Nations. Belgium, France, Finland, Ireland, Spain and the United Kingdom have Set Timetables by or before 2015." *IPS UN Journal* 13(66).
- 57 Les États membres de l'Union européenne se sont engagés à accroître leurs dépenses et ont fixé des cibles intérimaires: 0,51 % du produit national brut d'ici à 2010 pour les 15 États membres de l'UE les plus anciens et 0,17 % pour les nouveaux membres. Voir: Bianchi 14 avril 2005.
- 58 C. Dugger, 5 juin 2005. "U.S. Challenged to Increase Aid to Africa." *The New York Times*; et S. Bianchi, 24 mai 2005. "EU to Increase Aid." InterPress Service News Agency. Site Web: [http://ipsnews.net/new\\_notas.asp?idnews=28801](http://ipsnews.net/new_notas.asp?idnews=28801), visité le 9 juillet 2005.
- 59 Les rapports sur les dépenses des pays en développement comprennent tous les fonds dépensés pour s'attaquer au VIH/sida, outre la série d'activités préventives qui servent à évaluer les besoins. Une grande partie du total se compose des montants affectés par un petit nombre de très grands pays.
- 60 ONU. 2005c. *Flux de ressources financières devant concourir à l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (E/CN.9/2005/5)*, p. 16. New York: ONU
- 61 ONU 2005c.
- 62 ONU 2002, pp. 53 et 60.
- 63 PNUD. 2003. *Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A Compact among Nations to End Human Poverty*. New York: PNUD.
- 64 Voir aussi le Pacte mondial de 2000, qui invite les entreprises internationales à respecter les 10 principes directeurs de base fondés sur les droits humains, les droits des travailleurs, la protection de l'environnement et la lutte contre la corruption, dans: Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 142.
- 65 Banque mondiale. s.d. "Governance and Anti-corruption." Washington, D.C.: Banque mondiale. Site Web: [www.worldbank.org/wbi/governance/](http://www.worldbank.org/wbi/governance/), visité pour la dernière fois le 27 juin 2005.
- 66 Projet objectifs du Millénaire 2005b, pp. 99 et 201; et K. Stapp, 7 mars 2005. "One Step Forward, Two Steps Back?" *IPS UN Journal* 13(39).
- 67 Projet objectifs du Millénaire 2005c.
- 68 ONU. 2005d. *Progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Rapport du Secrétaire général (A/59/765)*, par. 41. New York: ONU.
- 69 Projet objectifs du Millénaire 2005a.
- 70 J. D. Sachs et J. W. McArthur. 2005. "The Millennium Project: A Plan for Meeting the Millennium Development Goals." *The Lancet* 365(9456): 347-353; et Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 133.
- 71 Projet objectifs du Millénaire 2005b.
- 72 OIT. 2001. *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*. Genève: OIT.
- 73 ONU. 2005e. *Dans une liberté plus grande : développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous: Rapport du Secrétaire général (A/59/2005)*, par. 8. New York: ONU.
- 74 Projet objectifs du Millénaire. s.d. "Fast Facts. Faces of Poverty." Site Web: [www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm](http://www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm), visité le 3 juin 2005.

## Sources des citations hors texte

### CHAPITRE 1

- p. 1: Projet objectifs du Millénaire. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, Encadré 1.1 p. 59. Rapport au Secrétaire général.

### CHAPITRE 2

- p. 9: Message à la Cinquième Conférence de la région Asie-Pacifique sur la population, Conférence régionale sur la CIPD+10, Bangkok, 11-17 décembre 2002.
- p. 15: ONU. 2005a. *Examen de la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing et des documents issus de la session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée "Les femmes en l'an 2000: égalité entre les sexes, développement et paix pour le XXIe siècle"* : Rapport du Secrétaire général (E/CN.6/2005/2), par. 354.
- p. 17: "Déclaration sur l'égalité des sexes en Afrique." Troisième session ordinaire, Chefs d'État et de gouvernement des Etats membres de l'Union africaine, Addis Abeba, Ethiopie, 6-8 juillet 2004.

### CHAPITRE 3

- p. 21: ONU. 28 février 2005. "Empowerment of Women : the Most Effective Development Tool" (SG/SM/9738). Communiqué de presse concernant l'adresse à la Commission de la condition de la femme, 2005.
- p. 23: ONU. 2000. *Résolution adoptée par l'Assemblée générale: 55/2: Déclaration du Millénaire* (A/RES/55.2), par. 1.6.
- p. 25: ONU. 1995. *Population et développement*, vol. 1: *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement: Le Caire: 5-13 septembre 1994*, par. 7.3.
- p. 27: "Demographics, HIV/AIDS and Reproductive Health: Implications for the Achievement of the MDGs." Déclaration prononcée à l'Overseas Development Institute, Londres, 2 février 2005.

### CHAPITRE 4

- p. 33: Projet objectifs du Millénaire. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Encadré 5.5, p. 82. Rapport au Secrétaire général.
- p. 34: Déclaration du Dr. Nafis Sadik, Secrétaire générale de la Conférence internationale sur la population et le développement, septembre 1994.
- p. 37: Quatorzième Conférence internationale sur le sida, Barcelone, juillet 2002.
- p. 41: Projet objectifs du Millénaire. 2005c. *Combating AIDS in the Developing World*, p. 54. Groupe de travail sur le VIH/sida, Équipe de travail sur le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, et l'accès aux médicaments essentiels.

### CHAPITRE 5

- p. 55: UNFPA. 2004. "Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents." Vidéo.

### CHAPITRE 6

- p. 57: ONU 1995, par. 4.24.
- p. 60: Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPALC et UNFPA. 2005. "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua." A l'état de projet.
- p. 61: Population Council. 2003. "My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality." *Quality/Calidad/Qualité*. No. 14.

### CHAPITRE 7

- p. 65: ONU. 2005b. *Dans une liberté plus grande : développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous: Rapport du Secrétaire général* (A/59/2005), par. 15.
- p. 66: "Uphold My Reproductive Rights: To be Born, To be Safe and To Choose with Dignity." New Delhi: Ministère de la santé et de la protection familiale, Commission nationale des droits humains, Gouvernement de l'Inde et UNFPA.
- p. 67: UNICEF. 2001. *Young People Speaking Out*.
- p. 69: A. S. Erulkar et al. 2004. *The Experience of Adolescence in Rural Amhara Region, Ethiopia*, p. 19. New York et Accra, Ghana: Population Council, UNICEF, Ministère de la jeunesse, des sports et de la culture, et UNFPA.

### CHAPITRE 8

- p. 75: "Women, War and Peace: Mobilising for Peace and Security in the 21st Century." Conférence Dag Hammarskjöld 2004, Uppsala, Suède, 22 septembre 2004
- p. 76: Déclaration du Royaume-Uni sur le thème "Les femmes, la paix et la sécurité", à la réunion publique sur la résolution 1325 du Conseil de sécurité, 28 octobre 2004.
- p. 81: E. Rehn et E. Johnson Sirleaf. 2002. *Progress of the World's Women 2002*, vol. 1: *Women War Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peacekeeping*, p. 54. New York: UNIFEM.

### CHAPITRE 9

- p. 85: ONU 2005b, par. 40.
- p. 89: Projet objectifs du Millénaire 2005b, p. 78.
- p. 91: Projet objectifs du Millénaire. 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 30. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes.

## Sources des encadrés

### CHAPITRE 1

- 2 UNFPA. 2003. *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants*. Série Population and Development Strategies. No. 10; UNFPA. 2005. "Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health et Rights." Document d'information pour la Table ronde de Stockholm; Projet objectifs du Millénaire. 2005. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Encadré 5.5, p. 82. Rapport au Secrétaire général de l'ONU; Banque mondiale. 2003a. *Gender Equality and the Millennium Development Goals*; et Projet objectifs du Millénaire. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*.

### CHAPITRE 2

- 3 ONU. 2003. *Human Security Now: Protecting and Empowering People*; M. I. Middleberg, 2003. *Promoting Reproductive Security in Developing Countries*. New York: Kluwer Academic/Plenum; et Projet objectifs du Millénaire. s.d. "Fast Facts: Faces of Poverty." Site Web: [www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm](http://www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm), visité le 3 juin 2005.
- 5 J. Bruce, C. Lloyd et A. Leonard. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*, pp. 13 et 15. New York: Population Council; Projet objectifs du Millénaire. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pp. 11, 13 et 89. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes; A. R. Diaz-Munoz et E. Jelin. 2003. "Major Trends Affecting Families: South America in Perspective." Préparé pour le Département des affaires économiques et sociales, Division de la politique sociale; UNFPA. s.d. "The Older Years." Site Web: [www.unfpa.org/intercenter/cycle/older.htm](http://www.unfpa.org/intercenter/cycle/older.htm), visité pour la dernière fois le 9 mai 2005; et Banque mondiale. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources and Voice*, pp. 25 et 66.

### CHAPITRE 3

- 6 U. Jonsson, 2003. *Human Rights Approach to Development Programming*. Nairobi: UNICEF.
- 8 V. A. Cruz et A. E. Badilla. 2005. *VIH/SIDA y Derechos Humanos: de las limitaciones a los desafíos. Análisis comparativo del marco jurídico de los países centroamericanos sobre VIH/SIDA.. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, ONUSIDA, UNFPA, Organización Internacional del Trabajo*.
- 9 Adapté de : UNFPA. 2004. *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes*.

### CHAPITRE 4

- 12 A. Starrs. et P. Ten Hoop-Bender. 2004. "Dying for Life." Pp. 78-81 dans: *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now*, par Countdown 2015. 2004. New York, Londres et Washington, D.C.: Family Care International, Fédération internationale pour la planification familiale et Population Action International; D. A. Caro, S. F. Murray et P. Putney. 2004. "Evaluation of the Averting Maternal Death

- and Disability Program." A Grant from the Bill and Melinda Gates Foundation to the Columbia University Mailman School of Public Health." Silver Spring, Maryland: Cultural Practice; J. Bruce et al. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*. New York: Population Council; Banque mondiale. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources and Voice*; OMS, UNICEF et UNFPA. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by OMS, UNICEF and UNFPA*; UNFPA. 2004. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*; Population Services International. 2004. *Giving Families More Room to Breathe: Voluntary Birth Spacing Provides Health, Economic and Social Benefits*. Washington, D.C.: Population Services International; et S. O. Rutstein, 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl. 1): S7-S24. L'intervalle recommandé d'espace des naissances est en cours de révision à l'Organisation mondiale de la santé, en juin 2005, sur la base de récentes recherches.
- 13 ONUSIDA, UNFPA et UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*; ONUSIDA dans: UNFPA. 2002. "Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention." *HIV Prevention Now: Programme Briefs*. No. 4; ONUSIDA. 2004. "Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge." Genève: ONUSIDA; ONUSIDA et OMS. 2004. *AIDS Epidemic Update: December 2004* (ONUSIDA/O4.45E); N. Luke et K. Kurtz. 2002. *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*. Washington, D.C.: Population Services International et International Center for Research on Women; A Mother's Promise Campaign. 2003. *A Mother's Promise the World Must Keep: The 10th Anniversary of the Cairo Consensus*. Washington, D.C.: Communications Consortium Media Center; ONUSIDA. 2001. *UNAIDS Resource Packet on Gender and AIDS*. Cité dans: "Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention," par l'UNFPA. 2002. *HIV Prevention Now: Programme Briefs*. No. 4; ONUSIDA. 1999. *Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes* (ONUSIDA/O4.99.16E). ONUSIDA Best Practice Collection. Key Material; UNIFEM. 2002. "Women's Human Rights: Gender and HIV/AIDS;" S. Sternberg, 23 février 2005. "In India, Sex Trade Fuels HIV's Spread: Women Trapped as Male-dominated Economy Booms." *USA Today*; International Community of Women Living with HIV/AIDS. 2004. *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers*; et Projet objectifs du Millénaire. 2005. *Combating AIDS in the Developing World*, p. 54. Équipe de travail sur le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et l'accès aux médicaments essentiels; Commission des droits de l'homme. 2005. *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women* (E/CN.4/2005/72), par.33; et A. K. Blanc. et al. 1996. *Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda*. Calverton, Maryland: Macro International Inc. et ISAE Makerere University.
- 15 C. Boender et al. 2004. *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating A*

*Gender Focus into Programs Makes a Difference to Outcomes*. Interagency Gender Working Group Task Force Report. Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group; N. Yinger, 1998. *Unmet Need for Family Planning: Reflecting Women's Perceptions*, pp. 9, 14 et 17. ICRW Research Report. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. V. M. Zlider et al. 2003. "New Survey Findings: The Reproductive Revolution Continues." *Population Reports*. Série M. No 17. Baltimore, Maryland: the INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; et B. Barnett et J. Stein, 1998. *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*, p. 101. Research Triangle Park, Caroline du Nord: Family Health International; et J. Stanback et K. A. Twum-Baah. 2001. "Why do Family Planning Providers Restrict Access to Services: An Examination in Ghana." *International Family Planning Perspectives* 27(1): 37-41.

## CHAPITRE 5

- 19 Family Care International. 2005. *A Better Future for Rural Girls: Manager's Briefing Kit*.
- 22 "The Executive Summary of the Lancet Neonatal Survival Series." Site Web: [www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NEONATAL/The\\_Lancet/Executive\\_Summary.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NEONATAL/The_Lancet/Executive_Summary.pdf), visité pour la dernière fois le 18 juillet 2005; Countdown 2015. 2004. *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now?* New York, Londres et Washington, D.C.: Family Care International, Fédération internationale pour la planification familiale et Population Action International; ONU. 2001. *Nous les enfants: Examen de fin de décennie du suivi du Sommet mondial pour les enfants: Rapport du Secrétaire général (A/S-27/3)*; *Projet objectifs du Millénaire*. 2005. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*, p. 76. Équipe de travail sur la santé infantile et la santé maternelle et Action Canada pour la population et le développement. 2004. *Why Invest in Sexual and Reproductive Health and Rights?* Site Web: [www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/SRResources/articleID/123](http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/SRResources/articleID/123), visité pour la dernière fois le 18 juillet 2005.
- 24 N. Luke, 2005. "Confronting the 'Sugar Daddy' Stereotype: Age and Economic Asymmetries and Risky Sexual Behavior in Urban Kenya." *International Family Planning Perspectives* 31(1): 6-14; N. Luke et K. M. Kurtz, 2002. *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*. Washington, D.C.: Population Services International et International Center for Research on Women; et D. W. Fitzgerald et al. 2000. "Economic Hardship and Sexually Transmitted Diseases in Haiti's Rural Artibonite Valley." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 62(4): 496-501.

## CHAPITRE 6

- 26 Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPALC et UNFPA. 2005a. "Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica." *Projet de résumé*; et "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua." *Projet*

*d'étude*. L'accent est également mis sur l'éducation dans le contexte de la paternité et de l'égalité des sexes dans: CEPALC. 2002. *Paternidad Responsable en el Istmo centroamericano (LC/MEX/L.475/Rev.1)*.

- 27 M. E. Greene et al. A paraître. "Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development." Article préparé pour le *Projet objectifs du Millénaire*; Gouvernement du Cambodge. 2003. "Policy on Women, the Girl Child and STI/HIV/AIDS." Phnom Penh: Ministère des affaires féminines et des anciens combattants; G. Baker et al. 2003. "Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations." *Projet final*. Document préparé pour la Banque mondiale; B. James, 2002. *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life*. Rapport préparé pour le Ministère néo-zélandais des affaires féminines, Wellington, Nouvelle-Zélande; CEPALC. 2002. *Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*; République socialiste du Viet Nam. 2002. "The Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy." Hanoi; Ministère de la santé; République du Botswana. 1994. "Botswana Family Planning General Policy Guidelines and Services Standards." Gaborone: Santé maternelle et infantile/Planification familiale, Département des soins de santé primaires, Ministère de la santé; F. Deven et P. Moss. 2002. "Leave Arrangements for Parents: Overview and Future Outlook." *Community, Work and Family* 5(3): 237-255; et M. O'Brien, 2004. *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame*. Série EOC Working Paper. No. 18. Manchester, Royaume-Uni: Equal Opportunities Commission. Pour la Jamaïque, voir [www.moc.gov.jm/youth/YouthPolicy.pdf](http://www.moc.gov.jm/youth/YouthPolicy.pdf), visité le 28 avril 2005. Pour le Costa Rica, voir: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/naci.htm>, visité le 18 septembre 2004.
- 28 ONU. 1993. 48/104: *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (A/RES/48/104)*; et ONU. 1996. *Déclaration et Programme d'action de Beijing: Quatrième Conférence mondiale sur les femmes: Beijing, Chine: 4-15 septembre 1995 (DPI/1766/Wom)*, par. 114-116.
- 29 UNFPA. 2001. *Workshop Report: Integrating Socio-Cultural Research into Population and Reproductive Health Programmes*. Katmandou, Népal: CST pour l'Asie du Sud et de l'Ouest UNFPA; UNFPA et Department of Women and Child Development, Gouvernement de l'Etat d'Haryana, Inde. 2003. *Jagriti: Rural Women Transforming their Lives*. New Delhi: UNFPA; UNFPA. 2004. *China: Sex Ratio: Facts and Figures*. Brochure; UNFPA, Office of the Registrar General and Census Commissioner et Ministère de la santé et du bien-être familial, Gouvernement de l'Inde. 2003. *Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India*. Brochure; UNFPA. 2003. "The Missing Girls of India." *Dépêches*. No. 59; UNFPA. 1999. *Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority*; UNICEF. s.d. "China: The Children: Protection." Site Web: [www.unicef.org/china/children\\_1142.html](http://www.unicef.org/china/children_1142.html), visité le 14 juillet 2005; UNFPA. s.d. "Population Issues: India: Restoring the Sex Ratio Balance." Site Web: [www.unfpa.org/culture/case\\_studies/india\\_study.htm](http://www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm), visité le 18 juin 2005; et UNFPA. 2003. *UNFPA Global Population Policy Update*. Issue 1.
- 31 La campagne a été coordonnée par le PNUD et UNIFEM, en collaboration avec le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, le Haut Commissariat des Nations Unies aux réfugiés, l'UNICEF, l'UNFPA, ONUSIDA et la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Voir sites Web: [www.undp.org.rclac/gender](http://www.undp.org.rclac/gender) et [www.paho.org](http://www.paho.org). Le Symposium 2001: Gender Violence, Health and Rights in the Americas, 4-7 juin 2001, a été copatronné par l'Organisation panaméricaine de la santé, l'OMS; UNIFEM; l'UNFPA; le PNUD; l'UNICEF; l'Inter-American Commission of Women de l'Organisation des Etats américains; le Réseau féministe de l'Amérique latine et des Caraïbes contre la violence familiale et sexuelle (ISIS International); le Réseau de la santé féminine de l'Amérique latine et des Caraïbes; et le Centre de recherches sur la santé féminine, centre collaborant avec l'OMS et situé au Canada. Site Web: [www.paho.org/english/hdp/hdw/Symposium2001FinalReport.pdf](http://www.paho.org/english/hdp/hdw/Symposium2001FinalReport.pdf), visité pour la dernière fois le 19 juillet 2005.

## CHAPITRE 8

- 33 *Projet objectifs du Millénaire*. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Équipe de travail sur l'éducation et l'égalité des sexes; UNIFEM, Banque mondiale, Banque asiatique de développement, PNUD et Department for International Development du Royaume-Uni. 2004. "A Fair Share for Women: Cambodia Gender Assessment." Phnom Penh; L. McGrew 2004. *Good Governance from the Ground Up: Women's Roles in Post-Conflict Cambodia*. Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund; et Gouvernement royal du Cambodge. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministère des affaires féminines.
- 34 E. Powley et S. N. Anderlini. 2004. "Democracy and Governance," p. 38." Pp. 36-47 dans: *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*, par International Alert et Women Working Peace. 2004. Washington, D.C. et Londres: Hunt Alternatives Fund et International Alert; Union interparlementaire. 2005. "Women in National Parliaments: World Classification." Situation au 30 avril 2005. Site Web: [www.ipu.org/wmn-e/classif.htm](http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm), visité le 3 juillet 2005; et E. Powley, 2003. "Strengthening Governance: The Role of Women in Rwanda's Transition." Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.

## CHAPITRE 9

- 38 C.Boender et al. 2004. *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating a Gender focus into Programs Makes a Difference to Reproductive Health Outcomes*.



	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
<b>Total mondial</b>	<b>55</b>	<b>63,7 / 68,2</b>						<b>56</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	
<b>Régions développées (*)</b>	<b>8</b>	<b>72,2 / 79,6</b>						<b>26</b>	<b>69</b>	<b>55</b>	
<b>Régions en développement (+)</b>	<b>60</b>	<b>62,3 / 65,8</b>						<b>61</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	
<b>Pays les moins avancés (#)</b>	<b>94</b>	<b>50,8 / 52,7</b>						<b>119</b>			
<b>AFRIQUE (1)</b>	<b>91</b>	<b>48,8 / 50,3</b>						<b>109</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	
<b>AFRIQUE ORIENTALE</b>	89	46,1 / 47,0						108	22	17	
Burundi	102	43,5 / 45,5	1 000	86 / 69	66 / 70	13 / 9	33 / 48	50	16	10	5,2 / 6,8
Érythrée	61	52,8 / 56,6	630	70 / 57	90 / 82	34 / 22		93	8	5	2,3 / 3,0
Éthiopie	95	47,1 / 49,0	850	79 / 61	63 / 60	28 / 16	51 / 66	89	8	6	3,8 / 5,0
Kenya	65	49,5 / 47,8	1 000	95 / 90	61 / 57	34 / 32	22 / 30	96	39	32	4,6 / 8,9
Madagascar	75	54,5 / 57,0	550	122 / 117	52 / 53	15 / 14	24 / 35	122	27	17	1,4 / 1,9
Malawi	107	40,6 / 40,1	1 800	143 / 137	50 / 38	38 / 29	25 / 46	157	31	26	12,4 / 16,0
Maurice (2)	14	69,2 / 76,0	24	103 / 104	98 / 100	81 / 81	12 / 19	32	75	49	
Mozambique	96	41,3 / 42,3	1 000	114 / 93	53 / 45	19 / 13	38 / 69	102	6	5	10,6 / 13,8
Ouganda	79	48,8 / 50,0	880	142 / 140	63 / 64	22 / 18	21 / 41	207	23	18	3,7 / 4,9
République-Unie de Tanzanie	104	45,9 / 46,6	1 500	99 / 95	86 / 90	6 / 5	23 / 38	108	25	17	7,6 / 9,9
Rwanda	114	42,5 / 45,7	1 400	122 / 122	45 / 48	18 / 15	30 / 41	47	13	4	4,4 / 5,7
Somalie	120	46,3 / 48,7	1 100					69			
Zambie	92	38,7 / 37,7	750	85 / 79	83 / 78	31 / 25	24 / 40	128	34	23	14,1 / 18,9
Zimbabwe	61	37,9 / 36,6	1 100	94 / 92		38 / 35	6 / 14	91	54	50	21,0 / 28,4
<b>AFRIQUE CENTRALE (3)</b>	<b>113</b>	<b>42,9 / 45,0</b>						<b>184</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	
Angola	134	39,9 / 42,8	1 700	80 / 69		21 / 17	18 / 46	141	6	5	3,4 / 4,4
Cameroun	93	45,4 / 46,6	730	116 / 99	64 / 64	34 / 29	23 / 40	112	19	7	6,0 / 7,9
Gabon	54	53,4 / 54,5	420	133 / 132	68 / 71	49 / 42		105	33	12	7,1 / 9,1
République centrafricaine	96	38,7 / 40,2	1 100	78 / 53	24 / 22	17 / 7	35 / 67	124	28	7	11,9 / 15,1
République dém. du Congo (4)	115	42,9 / 44,9	990	52 / 47	59 / 50	24 / 13	20 / 48	226	31	4	3,7 / 4,8
République du Congo	70	51,4 / 54,0	510	83 / 78	65 / 67	37 / 27	11 / 23	145			4,3 / 5,6
Tchad	114	42,9 / 45,1	1 100	95 / 61	67 / 51	22 / 7	59 / 87	192	8	2	4,2 / 5,4
<b>AFRIQUE DU NORD (5)</b>	<b>41</b>	<b>65,8 / 69,7</b>						<b>32</b>	<b>49</b>	<b>43</b>	
Algérie	34	70,3 / 73,0	140	113 / 105	97 / 98	77 / 83	21 / 40	8	64	50	0,1 / <0,1
Égypte	33	68,2 / 72,7	84	100 / 95	96 / 100	88 / 82	33 / 56	42	60	57	0,1 / <0,1
Jamahiriya arabe libyenne	18	72,0 / 76,6	97	114 / 114		102 / 108	9 / 29	8	45	26	
Maroc	35	68,1 / 72,5	220	115 / 104	82 / 80	49 / 41	37 / 62	24	50	42	
Soudan	69	55,2 / 58,0	590	65 / 56	81 / 88	39 / 32	31 / 50	51	10	7	1,9 / 2,6
Tunisie	21	71,6 / 75,8	120	113 / 109	96 / 97	75 / 81	17 / 35	7	63	53	<0,1 / <0,1
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>42</b>	<b>44,6 / 46,0</b>						<b>64</b>	<b>53</b>	<b>51</b>	
Afrique du Sud	41	45,7 / 47,4	230	108 / 104	65 / 64	85 / 91	16 / 19	66	56	55	18,1 / 23,5
Botswana	47	35,5 / 34,9	100	103 / 103	85 / 91	71 / 75	24 / 19	75	40	39	31,7 / 43,1
Lesotho	63	34,6 / 36,2	550	126 / 127	66 / 81	30 / 39	26 / 10	37	30	30	25,4 / 32,4
Namibie	40	47,2 / 47,2	300	105 / 106	92 / 93	59 / 66	13 / 17	52	29	26	18,4 / 24,2
Swaziland	68	31,6 / 31,3	370	102 / 94	77 / 69	45 / 46	20 / 22	36	28	26	35,7 / 41,7
<b>AFRIQUE DE L'OUEST (6)</b>	<b>111</b>	<b>46,4 / 47,3</b>						<b>141</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	
Bénin	101	54,0 / 55,6	850	127 / 92	70 / 66	38 / 17	54 / 77	128	19	7	1,7 / 2,1
Burkina Faso	119	47,6 / 49,1	1 000	53 / 39	65 / 68	14 / 9	82 / 92	158	14	9	3,6 / 4,8
Côte d'Ivoire	116	45,4 / 46,9	690	86 / 69	73 / 65	30 / 16	40 / 62	120	15	7	6,0 / 8,1
Gambie	72	55,2 / 58,0	540	86 / 84		41 / 28		118	10	9	1,0 / 1,3

## Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
Ghana	59	56,9 / 57,8	540	87 / 79	62 / 65	47 / 38	37 / 54	63	25	19	2,6 / 3,5
Guinée	101	53,7 / 54,2	740	92 / 71	64 / 48	33 / 15		189	6	4	2,7 / 3,7
Guinée-Bissau	115	43,7 / 46,5	1 100	84 / 56	41 / 34	23 / 13		193	8	4	
Libéria	137	41,6 / 43,3	760	122 / 89		40 / 28	28 / 61	223	6	6	5,1 / 6,7
Mali	130	47,8 / 49,1	1 200	66 / 51	78 / 71	25 / 14	73 / 88	199	8	6	1,6 / 2,2
Mauritanie	92	51,9 / 55,1	1 000	89 / 87	61 / 60	25 / 20	41 / 57	98	8	5	0,6 / 0,7
Niger	149	44,8 / 44,9	1 600	51 / 36	71 / 67	8 / 6	80 / 91	258	14	4	1,0 / 1,4
Nigéria	111	43,6 / 43,9	800	132 / 107	64 / 67	40 / 33	26 / 41	140	13	8	4,6 / 6,2
Sénégal	80	55,1 / 57,6	690	83 / 77	83 / 77	23 / 16	49 / 71	81	11	8	0,7 / 0,9
Sierra Leone	162	39,9 / 42,7	2 000	93 / 65		31 / 22	60 / 80	176	4	4	
Togo	90	53,2 / 56,8	570	132 / 110	73 / 64	51 / 22	32 / 62	97	26	9	3,6 / 4,7
<b>ASIE</b>	<b>51</b>	<b>66,1 / 70,0</b>						<b>43</b>	<b>64</b>	<b>59</b>	
<b>ASIE ORIENTALE (7)</b>	<b>30</b>	<b>71,1 / 75,4</b>						<b>5</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	
Chine	33	70,3 / 73,9	56	115 / 115	100 / 98	71 / 69	5 / 14	5	84	83	0,2 / 0,1
Hong Kong, Chine (8)	4	78,9 / 84,9		107 / 106	100 / 99	79 / 81		5	86	80	0,1 / 0,1
Japon	3	78,7 / 85,8	10 <sup>a</sup>	100 / 101	100 / 100	102 / 102		4	56	51	<0,1 / <0,1
Mongolie	55	62,9 / 66,9	110	100 / 102		78 / 90	2 / 3	53	67	54	<0,1 / <0,1
République de Corée	4	73,8 / 81,2	20	106 / 105	100 / 100	90 / 91		4	81	67	0,1 / <0,1
République populaire démocratique de Corée	43	60,9 / 66,8	67					2	62	53	
<b>ASIE DU SUD-EST</b>	<b>37</b>	<b>65,9 / 70,4</b>						<b>40</b>	<b>60</b>	<b>51</b>	
Cambodge	91	53,4 / 60,5	450	130 / 117	60 / 62	31 / 20	15 / 36	47	24	19	3,7 / 1,6
Indonésie	38	65,8 / 69,5	230	113 / 111	88 / 90	61 / 60	8 / 17	54	60	57	0,2 / <0,1
Malaisie	10	71,4 / 76,0	41	93 / 93	87 / 87	67 / 74	8 / 15	18	55	30	0,7 / 0,1
Myanmar	71	58,1 / 63,9	360	92 / 92	64 / 66	40 / 38	6 / 14	19	37	33	1,6 / 0,7
Philippines	26	68,8 / 73,1	200	113 / 112	72 / 80	80 / 88	8 / 7	36	49	33	<0,1 / <0,1
République dém. pop. Lao	84	54,3 / 56,8	650	124 / 108	64 / 65	50 / 37	23 / 39	88	32	29	0,1 / <0,1
Singapour	3	77,1 / 80,9	30	106 / 102	100 / 100	71 / 66	3 / 11	6	62	53	0,4 / 0,1
Thaïlande	18	67,3 / 74,3	44	99 / 95	92 / 96	77 / 77	5 / 10	48	72	70	2,0 / 1,1
Viet Nam	28	69,1 / 73,1	130	105 / 97	87 / 87	75 / 70	6 / 13	19	79	57	0,7 / 0,3
<b>ASIE DU SUD</b>	<b>65</b>	<b>62,4 / 65,4</b>						<b>72</b>	<b>48</b>	<b>41</b>	
Afghanistan	145	46,6 / 47,1	1 900	120 / 63		24 / -		123	5	4	
Bangladesh	54	62,8 / 64,6	380	94 / 98	49 / 59	45 / 50	50 / 69	120	58	47	
Bhoutan	52	62,6 / 65,0	420		89 / 93			33	19	19	
Inde	64	62,4 / 65,7	540	113 / 106	60 / 64	59 / 47	27 / 52	72	48	43	1,2 / 0,6
Iran (République islamique d')	31	69,5 / 72,6	76	93 / 90	94 / 94	80 / 75	17 / 30	20	73	56	0,1 / <0,1
Népal	60	62,0 / 62,9	740	126 / 112	63 / 67	50 / 39	37 / 65	113	39	35	0,1 / <0,1
Pakistan	75	63,6 / 64,0	500	80 / 57		26 / 19	38 / 65	69	28	20	0,2 / <0,1
Sri Lanka	16	72,0 / 77,3	92	111 / 110	98 / 99	84 / 89	8 / 11	19	70	50	0,0 / <0,1
<b>ASIE OCCIDENTALE</b>	<b>45</b>	<b>66,5 / 70,7</b>						<b>43</b>	<b>47</b>	<b>28</b>	
Arabie saoudite	21	70,5 / 74,4	23	68 / 65	92 / 91	70 / 63	13 / 31	33	32	29	
Émirats arabes unis	8	76,8 / 81,4	54	98 / 95	93 / 93	78 / 80	24 / 19	20	28	24	
Iraq	88	58,4 / 61,5	250	120 / 100	67 / 63	50 / 35		40	14	10	
Israël	5	78,0 / 82,1	17	112 / 112	86 / 85	94 / 92	2 / 4	15	68	52	
Jordanie	21	70,4 / 73,5	41	99 / 100	97 / 98	85 / 87	5 / 15	26	56	41	
Koweït	10	75,5 / 79,8	5	93 / 94		87 / 92	15 / 19	24	50	41	
Liban	21	70,3 / 74,7	150	106 / 102	90 / 94	76 / 83		26	61	37	0,2 / 0,0

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
Oman	15	73,2 / 76,2	87	82 / 80	98 / 98	82 / 79	18 / 35	46	24	18	0,2 / 0,1
République arabe syrienne	17	71,9 / 75,6	160	118 / 112	91 / 92	50 / 46	9 / 26	33	40	28	<0,1 / <0,1
Territoire palestinien occupé	19	71,3 / 74,4	100	99 / 99		85 / 91	4 / 13	85			
Turquie (10)	39	66,9 / 71,5	70	95 / 88	98 / 97	90 / 67	4 / 19	41	64	38	
Yémen	64	60,2 / 62,9	570	98 / 68	80 / 71	65 / 29	31 / 72	92	21	10	
<b>ÉTATS ARABES (11)</b>	<b>48</b>	<b>65,8 / 69,2</b>	<b>252</b>	<b>99 / 89</b>	<b>87 / 88</b>	<b>67 / 60</b>	<b>25 / 47</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>0,43 / 0,55</b>
<b>EUROPE</b>	<b>9</b>	<b>69,9 / 78,2</b>						<b>19</b>	<b>67</b>	<b>49</b>	
<b>EUROPE ORIENTALE</b>	14	62,5 / 73,7						27	61	35	
Bulgarie	13	69,3 / 75,9	32	101 / 99	91 / 90	100 / 97	1 / 2	44	42	26	
Hongrie	8	69,1 / 77,2	16	101 / 100	77 / 98	106 / 106	1 / 1	21	77	68	
Pologne	8	70,7 / 78,7	13	100 / 99	89 / 96	91 / 87		15	49	19	
République tchèque	5	72,6 / 79,0	9	103 / 101	97 / 98	96 / 98		12	72	63	0,1 / <0,1
Roumanie	17	68,2 / 75,3	49	100 / 98		84 / 85	2 / 4	34	64	30	
Slovaquie	7	70,5 / 78,3	3	102 / 100		91 / 92	0 / 0	20	74	41	
<b>EUROPE SEPTENTRIONALE (12)</b>	<b>5</b>	<b>75,6 / 80,8</b>						<b>20</b>	<b>79</b>	<b>75</b>	
Danemark	5	75,1 / 79,7	5	104 / 104	100 / 100	126 / 132		7	78	72	0,3 / 0,1
Estonie	9	66,2 / 77,4	63	103 / 99	98 / 99	95 / 98	0 / 0	24	70	56	1,4 / 0,7
Finlande	4	75,5 / 82,0	6	102 / 102	100 / 100	122 / 135		10	77	75	0,1 / <0,1
Irlande	5	75,5 / 80,7	5	106 / 106	98 / 100	102 / 112		14			0,2 / 0,1
Lettonie	10	66,4 / 77,3	42	95 / 93		95 / 95	0 / 0	18	48	39	0,8 / 0,4
Lituanie	9	67,2 / 78,2	13	99 / 98		103 / 102	0 / 0	21	47	31	0,1 / 0,0
Norvège	4	77,3 / 82,2	16	101 / 101	100 / 99	113 / 116		10	74	69	0,1 / 0,0
Royaume-Uni	5	76,3 / 80,9	13	100 / 100		159 / 199		26	84	81	0,2 / 0,0
Suède	3	78,2 / 82,7	2	109 / 112	100 / 100	127 / 151		7	78	72	0,1 / 0,0
<b>EUROPE MÉRIDIONALE (13)</b>	<b>7</b>	<b>75,5 / 81,9</b>						<b>12</b>	<b>68</b>	<b>46</b>	
Albanie	24	71,3 / 77,0	55	105 / 102		81 / 81	1 / 2	16	75	8	
Bosnie-Herzégovine	13	71,7 / 77,1	31				2 / 9	23	48	16	
Croatie	7	71,8 / 78,8	8	97 / 96		89 / 91	1 / 3	15			
Espagne	4	76,2 / 83,5	4	109 / 107		114 / 121		10	81	67	1,0 / 0,3
Grèce	6	75,8 / 81,1	9	101 / 101	100 / 100	98 / 97	6 / 12	9			0,3 / 0,1
Italie	5	77,2 / 83,3	5	102 / 101	96 / 97	100 / 99		7	60	39	0,7 / 0,3
Macedoine (ex-République yougoslave de)	15	71,6 / 76,6	23	96 / 97		86 / 84	2 / 6	24			
Portugal	5	74,2 / 80,8	5	118 / 112		108 / 118		19	66	33	0,7 / 0,2
Serbie et Monténégro	12	71,3 / 76,0	11	98 / 98		88 / 89	1 / 6	24	58	33	0,3 / 0,1
Slovénie	5	73,0 / 80,3	17	108 / 107		110 / 109	0 / 0	6	74	59	
<b>EUROPE OCCIDENTALE (14)</b>	<b>4</b>	<b>76,1 / 82,3</b>						<b>9</b>	<b>74</b>	<b>71</b>	
Allemagne	4	76,0 / 81,8	8	100 / 99		101 / 99		10	75	72	0,2 / 0,0
Autriche	5	76,4 / 82,1	4	103 / 103		102 / 98		13	51	47	0,4 / 0,1
Belgique	4	76,1 / 82,3	10	106 / 105	90 / 92	153 / 169		8	78	74	0,3 / 0,1
France	4	76,2 / 83,2	17	105 / 104	98 / 98	108 / 110		8	75	69	0,6 / 0,2
Pays-Bas	4	75,9 / 81,3	16	109 / 107	100 / 100	123 / 121		5	79	76	0,4 / 0,1
Suisse	4	77,9 / 83,5	7	108 / 107		101 / 95		5	82	78	0,5 / 0,2
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>	<b>24</b>	<b>69,0 / 75,5</b>						<b>78</b>	<b>71</b>	<b>62</b>	
<b>CARAÏBES (15)</b>	<b>32</b>	<b>65,8 / 70,4</b>						<b>65</b>	<b>62</b>	<b>58</b>	
Cuba	5	76,1 / 79,7	33	100 / 96	98 / 98	94 / 92	3 / 3	50	73	72	0,1 / <0,1
Haïti	59	51,7 / 53,1	680	49 / 46		21 / 20	46 / 50	61	27	21	4,8 / 6,4

## Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M/F
Jamaïque	15	69,2 / 72,6	87	100 / 100	88 / 93	83 / 85	16 / 9	78	66	63	1,2 / 1,2
Porto Rico	10	72,1 / 80,8	25				6 / 6	55	78	68	
République dominicaine	32	64,6 / 71,6	150	123 / 126	56 / 75	53 / 65	12 / 13	91	70	66	2,5 / 0,9
Trinité-et-Tobago	13	67,3 / 72,8	160	101 / 99	67 / 76	79 / 86	1 / 2	36	38	33	3,2 / 3,2
<b>AMÉRIQUE CENTRALE</b>	22	71,6 / 76,7						77	64	55	
Costa Rica	10	76,1 / 80,9	43	109 / 107	90 / 93	64 / 69	4 / 4	75	80		0,8 / 0,4
El Salvador	24	68,2 / 74,3	150	116 / 109	67 / 71	59 / 59	18 / 23	84	67		0,9 / 0,5
Guatemala	35	64,1 / 71,5	240	110 / 102	67 / 64	44 / 41	25 / 37	111	43	34	1,3 / 1,0
Honduras	30	66,4 / 70,5	110	105 / 107			20 / 20	98	62	51	1,7 / 2,0
Mexique	19	73,1 / 78,0	83	111 / 110	92 / 94	76 / 83	8 / 11	67	68	60	0,3 / 0,2
Nicaragua	28	67,9 / 72,7	230	109 / 108	63 / 67	56 / 66	23 / 23	119	69	66	0,3 / 0,1
Panama	19	72,6 / 77,8	160	114 / 110	89 / 91	68 / 73	8 / 9	86	58	54	1,1 / 0,8
<b>AMÉRIQUE DU SUD (16)</b>	24	68,5 / 75,6						80	75	65	
Argentine	14	71,1 / 78,6	82	120 / 119	91 / 93	97 / 103	3 / 3	59			1,1 / 0,3
Bolivie	51	62,6 / 66,8	420	116 / 115	85 / 84	88 / 85	7 / 20	81	53	27	0,1 / 0,1
Brésil	25	67,3 / 75,1	260	151 / 143		105 / 115	12 / 11	90	77	70	0,8 / 0,5
Chili	8	75,1 / 81,2	31	99 / 97	100 / 98	91 / 92	4 / 4	61			0,4 / 0,2
Colombie	24	69,8 / 75,8	130	111 / 110	66 / 73	67 / 74	6 / 5	77	77	64	1,0 / 0,5
Équateur	23	71,7 / 77,6	130	117 / 117	74 / 75	59 / 60	8 / 10	84	66	50	0,4 / 0,2
Paraguay	36	69,1 / 73,7	170	112 / 108	68 / 71	64 / 66	7 / 10	64	73	61	0,7 / 0,3
Pérou	31	68,0 / 73,2	410	119 / 118	85 / 83	93 / 87	7 / 18	53	69	50	0,7 / 0,4
Uruguay	13	72,1 / 79,4	27	110 / 108	91 / 95	99 / 112	3 / 2	70			0,4 / 0,2
Venezuela	17	70,4 / 76,3	96	105 / 103	82 / 87	65 / 75	7 / 7	91	49	38	0,9 / 0,5
<b>AMÉRIQUE DU NORD (17)</b>	7	75,2 / 80,5						47	76	71	
Canada	5	77,8 / 82,7	6	101 / 102	95 / 99	106 / 105		14	75	73	0,5 / 0,2
États-Unis d'Amérique	7	74,9 / 80,3	17	98 / 98		94 / 94		50	76	71	1,0 / 0,3
<b>OCÉANIE</b>	27	72,4 / 76,7						29	62	57	
<b>AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE</b>	5	77,9 / 82,9						17	76	72	
Australie (18)	5	78,0 / 83,1	8	104 / 104	99 / 100	156 / 152		15	76	72	0,2 / <0,1
Mélanésie (19)	59	57,9 / 59,6						54			
Nouvelle-Zélande	5	77,2 / 81,6	7	102 / 101	91 / 93	109 / 116		24	75	72	0,1 / <0,1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	67	55,6 / 56,8	300	77 / 69	52 / 50	27 / 21	37 / 49	58	26	20	0,8 / 0,4
<b>PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (20)</b>											
Arménie	30	68,2 / 74,9	55	100 / 97		86 / 88	0 / 1	30	61	22	0,1 / 0,1
Azerbaïdjan	74	63,5 / 70,8	94	94 / 91		84 / 81	1 / 2	31	55	12	
Bélarus	15	62,8 / 74,3	35	103 / 101		90 / 92	0 / 1	27	50	42	
Fédération de Russie	16	58,9 / 72,0	67	118 / 118		91 / 96	0 / 1	29	73	53	1,5 / 0,8
Géorgie	40	66,8 / 74,5	32	91 / 90		80 / 80		33	41	20	0,3 / 0,1
Kazakhstan	60	58,2 / 69,4	210	102 / 101		92 / 92	0 / 1	29	66	53	0,2 / 0,1
Kirghizistan	53	63,1 / 71,5	110	102 / 100		92 / 92	1 / 2	33	60	49	0,1 / <0,1
Ouzbékistan	57	63,6 / 70,1	24	103 / 102		97 / 94	0 / 1	36	68	63	0,1 / 0,1
République de Moldova	24	64,9 / 72,1	36	86 / 86		72 / 75	3 / 5	31	62	43	
Tadjikistan	87	61,3 / 66,7	100	114 / 108		94 / 78	0 / 1	30	34	27	
Turkménistan	77	58,6 / 67,1	31				1 / 2	17	62	53	
Ukraine	15	60,4 / 72,5	35	93 / 93		97 / 96	0 / 1	29	68	38	1,8 / 0,9

## Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2005)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2003)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
<b>Total mondial</b>	<b>6 464,7</b>	<b>9 075,9</b>	<b>1,2</b>	<b>48</b>	<b>2,1</b>		<b>2,60</b>	<b>62</b>	<b>8 180</b>			<b>(4 686 000)</b>	<b>83 / 81</b>	<b>1 699</b>	<b>83</b>
<b>Régions développées (*)</b>	<b>1 211,3</b>	<b>1 236,2</b>	<b>0,3</b>	<b>75</b>	<b>0,5</b>		<b>1,57</b>						<b>10 / 9</b>		
<b>Régions en développement (+)</b>	<b>5 253,5</b>	<b>7 839,7</b>	<b>1,4</b>	<b>42</b>	<b>2,8</b>		<b>2,82</b>						<b>91 / 89</b>		
<b>Pays les moins avancés (#)</b>	<b>759,4</b>	<b>1 735,4</b>	<b>2,4</b>	<b>27</b>	<b>4,3</b>		<b>4,86</b>	<b>32</b>	<b>1 330</b>				<b>160 / 149</b>	<b>297</b>	<b>58</b>
<b>AFRIQUE (1)</b>	<b>905,9</b>	<b>1 937,0</b>	<b>2,1</b>	<b>39</b>	<b>3,6</b>		<b>4,83</b>					<b>1 195 052<sup>21</sup></b>	<b>160 / 148</b>		
<b>AFRIQUE ORIENTALE</b>	287,7	678,7	2,4	26	4,3		5,41						159 / 144		
Burundi	7,5	25,8	3,4	10	6,5	4,4	6,80	25	620	12,5	0,6	2 960	191 / 169		79
Érythrée	4,4	11,2	3,7	20	5,8	6,1	5,29	28	1 110	11,8	3,2	8 183	91 / 84		57
Éthiopie	77,4	170,2	2,4	16	4,1	5,3	5,65	6	710		2,6	68 629	172 / 157	297	22
Kenya	34,3	83,1	2,4	39	4,4	4,6	4,98	41	1 020		2,2	70 577	120 / 105	489	62
Madagascar	18,6	43,5	2,7	27	3,6	3,5	5,15	46	800	8,2	1,2	16 043	130 / 119		45
Malawi	12,9	29,5	2,2	16	4,6	3,7	5,89	61	600		4,0	68 418	181 / 171		67
Maurice (2)	1,2	1,5	0,9	43	1,5	1,2	1,96	99	11 260	9,0	2,2	139	19 / 15		100
Mozambique	19,8	37,6	1,9	36	5,1	3,2	5,31	48	1 070		4,1	68 671	180 / 164	436	42
Ouganda	28,8	126,9	3,5	12	3,9	2,7	7,10	39	1 440		2,1	61 945	140 / 127		56
République-Unie de Tanzanie	38,3	66,8	1,9	35	4,9	5,5	4,74	36	610		2,7	64 268	170 / 155	408	73
Rwanda	9,0	18,2	2,3	18	11,6	5,4	5,45	31	1 290	6,9	3,1	24 016	202 / 178		73
Somalie	8,2	21,3	3,1	35	5,7	6,2	6,24	34			1,2	3 240	204 / 194		29
Zambie	11,7	22,8	1,7	36	1,9	1,4	5,42	43	850	7,1	3,1	80 514	175 / 159	639	55
Zimbabwe	13,0	15,8	0,6	35	1,8	2,4	3,37	73		16,2	4,4	44 253	122 / 108	751	83
<b>AFRIQUE CENTRALE (3)</b>	<b>109,6</b>	<b>303,3</b>	<b>2,7</b>	<b>37</b>	<b>4,1</b>		<b>6,18</b>						<b>209 / 187</b>		
Angola	15,9	43,5	2,8	36	5,4	2,8	6,59	45	1 890		2,1	18 807	252 / 223	672	50
Cameroun	16,3	26,9	1,7	51	3,4	1,1	4,36	60	1 980	8,5	1,2	8 391	167 / 152	417	63
Gabon	1,4	2,3	1,6	84	2,7	0,9	3,78	86	5 700	4,7	1,8	758	96 / 87	1 209	87
République centrafricaine	4,0	6,7	1,4	43	2,5	1,3	4,77	44	1 080		1,6	5 371	188 / 155		75
République dém. du Congo (4)	57,5	177,3	2,9	32	4,4	4,1	6,70	61	640		1,1	22 886	215 / 193	299	46
République du Congo	4,0	13,7	3,0	54	3,4	5,9	6,29		710	8,1	1,5	2 184	116 / 93	252	46
Tchad	9,7	31,5	3,0	25	4,6	1,7	6,65	16	1 100	9,7	2,7	4 202	210 / 187		34
<b>AFRIQUE DU NORD (5)</b>	<b>190,9</b>	<b>311,9</b>	<b>1,7</b>	<b>50</b>	<b>2,7</b>		<b>3,04</b>					<b>63 743<sup>22</sup></b>	<b>61 / 51</b>		
Algérie	32,9	49,5	1,5	59	2,6	0,9	2,46	92	5 940	11,1	3,2	1 379	38 / 35	985	87
Égypte	74,0	125,9	1,9	42	2,1	7,4	3,14	69	3 940		1,8	33 417	43 / 35	789	98
Jamahiriya arabe libyenne	5,9	9,6	1,9	86	2,3	0,1	2,88	94		3,0	1,6		20 / 20	3 433	72
Maroc	31,5	46,4	1,5	58	2,8	1,1	2,67	40	3 950	18,9	1,5	9 123	49 / 34	363	80
Soudan	36,2	66,7	2,0	39	4,6	1,2	4,20	86	1 880		1,0	11 875	120 / 106	483	69
Tunisie	10,1	12,9	1,1	64	1,6	0,5	1,93	90	6 840	15,8	2,9	1 474	25 / 22	846	82
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>54,1</b>	<b>56,0</b>	<b>0,4</b>	<b>54</b>	<b>1,5</b>		<b>2,81</b>						<b>82 / 74</b>		
Afrique du Sud	47,4	48,7	0,5	57	1,4	0,4	2,72	84	10 270	14,3	3,5	96 542	77 / 69	2 502	87
Botswana	1,8	1,7	-0,1	52	1,8	2,1	3,06	94	7 960	6,1	3,7	21 193	107 / 96		95
Lesotho	1,8	1,6	-0,1	18	0,9	2,1	3,46	60	3 120	23,8	5,3	4 802	125 / 111		76
Namibie	2,0	3,1	1,2	32	3,0	1,1	3,71	78	6 620	21,0	4,7	12 092	78 / 71	599	80
Swaziland	1,0	1,0	-0,1	24	1,4	1,8	3,72	70	4 850	11,2	3,6	7 069	148 / 130		52
<b>AFRIQUE DE L'OUEST (6)</b>	<b>263,6</b>	<b>587,0</b>	<b>2,3</b>	<b>42</b>	<b>4,2</b>		<b>5,59</b>						<b>192 / 184</b>		
Bénin	8,4	22,1	3,1	45	4,4	1,2	5,64	66	1 110	9,7	2,1	14 760	156 / 152	341	68
Burkina Faso	13,2	39,1	3,0	18	5,0	2,6	6,51	31	1 180		2,0	15 072	196 / 185		51
Côte d'Ivoire	18,2	34,0	1,7	45	2,6	1,1	4,76	63	1 390	14,6	1,4	20 375	196 / 177	397	84
Gambie	1,5	3,1	2,6	26	2,6	4,3	4,46	55	1 820	11,9	3,3	1 634	126 / 114		82

## Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2005)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2003)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Ghana	22,1	40,6	2,0	45	3,2	1,8	4,11	44	2 190		2,3	34 123	98 / 94	411	79
Guinée	9,4	23,0	2,2	35	3,8	4,5	5,71	35	2 100	9,2	0,9	12 807	155 / 158		51
Guinée-Bissau	1,6	5,3	3,0	34	5,4	2,2	7,08	35	660		3,0	1 506	214 / 191		59
Libéria	3,3	10,7	2,1	47	5,3	3,6	6,79	51			1,4	2 675	225 / 207		62
Mali	13,5	42,0	2,9	32	5,2	2,1	6,75	41	960	15,2	2,3	25 070	216 / 210		48
Mauritanie	3,1	7,5	2,9	62	5,1	2,9	5,62	57	2 010	14,0	2,9	3 978	155 / 142		56
Niger	14,0	50,2	3,3	22	6,1	2,2	7,71	16	820	15,5	2,0	6 175	253 / 258		46
Nigéria	131,5	258,1	2,2	47	4,4	1,2	5,58	35	900		1,2	81 796	199 / 191	718	60
Sénégal	11,7	23,1	2,3	50	3,9	2,9	4,75	58	1 660	13,6	2,3	26 130	130 / 124	319	72
Sierra Leone	5,5	13,8	3,1	39	5,6	4,9	6,49	42	530	16,8	1,7	6 803	297 / 271		57
Togo	6,1	13,5	2,6	35	4,0	1,1	5,08	49	1 500	5,7	5,1	6 365	141 / 124	324	51
<b>ASIE</b>	<b>3 905,4</b>	<b>5 217,2</b>	<b>1,2</b>	<b>39</b>	<b>2,7</b>		<b>2,41</b>					<b>609 901</b>	<b>68 / 71</b>		
<b>ASIE ORIENTALE (7)</b>	<b>1 524,4</b>	<b>1 586,7</b>	<b>0,6</b>	<b>43</b>	<b>2,6</b>		<b>1,68</b>						<b>31 / 41</b>		
Chine	1 315,8	1 392,3	0,6	39	3,2	5,5	1,72	97	4 990		2,0	32 141	33 / 44	960	77
Hong Kong, Chine (8)	7,0	9,2	1,1	100	1,1		0,95		28 810	13,5			5 / 4	2 413	
Japon	128,1	112,2	0,1	65	0,3	0,9	1,35	100	28 620	21,5	6,5 (128 068) <sup>23</sup>		5 / 4	4 058	100
Mongolie	2,6	3,6	1,2	57	1,4	0,5	2,33	99	1 800	38,3	4,6	3 881	81 / 77		62
République de Corée	47,8	44,6	0,4	80	0,9	2,0	1,22	100	17 930	16,6	2,6		5 / 5	4 272	92
République pop. dém. de Corée	22,5	24,2	0,5			2,4	1,97	97			3,5		59 / 52	869	100
<b>ASIE DU SUD-EST</b>	<b>555,8</b>	<b>752,3</b>	<b>1,3</b>	<b>42</b>	<b>3,3</b>		<b>2,42</b>						<b>54 / 43</b>		
Cambodge	14,1	26,0	2,0	19	5,5	2,5	3,93	32	2 060	5,9	2,1	36 969	138 / 127		34
Indonésie	222,8	284,6	1,2	46	3,9	2,8	2,28	68	3 210	3,7	1,2	48 084	53 / 42	737	78
Malaisie	25,3	38,9	1,8	64	3,0	0,5	2,78	97	8 940	17,0	2,0	700	14 / 11	2 129	95
Myanmar	50,5	63,7	1,0	29	3,1	3,2	2,27	56			0,4	14 340	114 / 96	258	80
Philippines	83,1	127,1	1,7	61	3,1	2,8	3,03	60	4 640	11,6	1,1	36 120	36 / 25	525	85
République dém. pop. Lao	5,9	11,6	2,2	21	4,6	4,2	4,55	19	1 730	7,9	1,5	3 351	136 / 130		43
Singapour	4,3	5,2	1,3	100	1,7	3,0	1,33	100	24 180		1,3	1	4 / 4	6 078	
Thaïlande	64,2	74,6	0,8	32	1,9	1,5	1,90	99	7 450	16,5	3,1	16 109	28 / 18	1 353	85
Viet Nam	84,2	116,7	1,3	26	3,2	6,0	2,23	85	2 490		1,5	21 441	40 / 30	530	73
<b>ASIE DU SUD</b>	<b>1 610,9</b>	<b>2 495,0</b>	<b>1,6</b>	<b>30</b>	<b>2,5</b>		<b>3,04</b>						<b>92 / 97</b>		
Afghanistan	29,9	97,3	4,1	23	6,0	1,9	7,27	14			3,1	21 652	242 / 247		13
Bangladesh	141,8	242,9	1,8	24	3,5	9,2	3,10	14	1 870	8,9	0,8	85 760	72 / 72	155	75
Bhoutan	2,2	4,4	2,2	9	6,3	12,4	4,12	24			4,1	870	78 / 75		62
Inde	1 103,4	1 592,7	1,5	28	2,3	3,3	2,92	43	2 880	12,4	1,3	99 471	90 / 95	513	86
Iran (République islamique d')	69,5	101,9	1,1	67	2,3	1,0	2,08	90	7 190	11,3	2,9	2 472	36 / 35	2 044	93
Népal	27,1	51,2	2,0	15	5,2	6,9	3,50	11	1 420	12,0	1,4	26 421	78 / 83	353	84
Pakistan	157,9	304,7	2,1	34	3,4	3,4	4,00	23	2 060		1,1	57 075	102 / 112	454	90
Sri Lanka	20,7	23,6	0,8	21	0,7	4,5	1,92	97	3 730		1,8	15 862	22 / 14	430	78
<b>ASIE OCCIDENTALE</b>	<b>214,3</b>	<b>383,2</b>	<b>2,0</b>	<b>65</b>	<b>2,4</b>		<b>3,23</b>					<b>67 968<sup>23</sup></b>	<b>60 / 52</b>		
Arabie saoudite	24,6	49,5	2,5	88	3,4	0,5	3,84	91		32,6	3,3		28 / 20	5 775	
Émirats arabes unis	4,5	9,1	4,4	85	2,1	0,5	2,45	96		6,9	2,3	4	10 / 9	9 609	
Iraq	28,8	63,7	2,6	67	2,4	0,4	4,54	72			0,3	14 330	119 / 110	1 199	81
Israël	6,7	10,4	1,8	92	2,1	0,4	2,76	99	19 200	21,7	6,0	3	6 / 6	3 191	100
Jordanie	5,7	10,2	2,4	79	2,8	1,4	3,33	100	4 290	15,0	4,3	27 202	25 / 23	1 036	91
Koweït	2,7	5,3	3,1	96	3,5	1,7	2,32	98		16,1	2,9		12 / 12	9 503	
Liban	3,6	4,7	1,0	88	1,9	0,4	2,26	89	4 840	5,4	3,5	1 261	29 / 19	1 209	100

## Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2005)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2003)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Oman	2,6	5,0	1,6	78	3,6	12,0	3,50	95		17,7	2,8	162	17 / 16	4 265	79
République arabe syrienne	19,0	35,9	2,4	50	2,5	0,9	3,28	76	3 430	13,8	2,3	3 550	22 / 17	1 063	79
Territoire palestinien occupé	3,7	10,1	3,2	71	4,1	1,6	5,28	97				12 613	25 / 20		94
Turquie (10)	73,2	101,2	1,3	66	2,2	0,7	2,39	81	6 690	11,6	4,3	1 008	51 / 40	1 083	93
Yémen	21,0	59,5	3,1	26	4,8	5,6	5,93	22	820		1,0	7 816	91 / 83	221	69
<b>ÉTATS ARABES (11)</b>	<b>321,1</b>	<b>598,5</b>	<b>2,1</b>	<b>55</b>	<b>2,9</b>	<b>1,5</b>	<b>3,59</b>	<b>70</b>	<b>2 768</b>	<b>21,2</b>	<b>2,7</b>	<b>135 890</b>	<b>61 / 54</b>	<b>1 244</b>	<b>74</b>
<b>EUROPE</b>	<b>728,4</b>	<b>653,3</b>	<b>0,0</b>	<b>73</b>	<b>0,1</b>		<b>1,42</b>						<b>12 / 10</b>		
<b>EASTERN EUROPE</b>	<b>297,3</b>	<b>223,5</b>	<b>-0,5</b>	<b>68</b>	<b>-0,4</b>		<b>1,29</b>					<b>114 546<sup>22,24</sup></b>	<b>21 / 16</b>		
Bulgarie	7,7	5,1	-0,7	70	-0,3	0,1	1,23		7 610	16,9	4,4	1 646	17 / 14	2 417	100
Hongrie	10,1	8,3	-0,3	65	0,1	0,2	1,29		13 780	20,3	5,5	100	11 / 9	2 505	99
Pologne	38,5	31,9	-0,1	62	0,0	0,5	1,25	99	11 450	34,4	4,4	343	11 / 9	2 333	
République tchèque	10,2	8,5	-0,1	74	0,0	0,2	1,19	99	15 650	11,8	6,4	38	6 / 6	4 090	
Roumanie	21,7	16,8	-0,4	55	-0,2	0,3	1,26	98	7 140		4,2	10 501	24 / 18	1 696	57
Slovaquie	5,4	4,6	0,0	57	0,5	0,3	1,19		13 420	11,4	5,3	47	10 / 9	3 448	100
<b>EUROPE SEPTENTRIONALE (12)</b>	<b>95,8</b>	<b>105,6</b>	<b>0,3</b>	<b>83</b>	<b>0,4</b>		<b>1,66</b>						<b>7 / 6</b>		
Danemark	5,4	5,9	0,3	85	0,3	0,1	1,76	100	31 210	24,4	7,3	(59 527)	6 / 6	3 675	100
Estonie	1,3	1,1	-0,4	69	-1,0	0,2	1,40		12 480	20,1	3,9	1 077	14 / 9	3 324	
Finlande	5,2	5,3	0,2	61	0,1	0,1	1,72	100	27 100	17,8	5,5	(23 697)	5 / 4	6 852	100
Irlande	4,1	5,8	1,5	60	1,5	0,3	1,94	100	30 450	12,0	5,5	(26 786)	7 / 7	3 894	
Lettonie	2,3	1,7	-0,5	66	-1,2	0,1	1,27	100	10 130	22,0	3,3	113	14 / 12	1 825	
Lituanie	3,4	2,6	-0,4	67	-0,7	0,2	1,27		11 090		4,3	163	13 / 9	2 476	
Norvège	4,6	5,4	0,5	79	1,6	0,2	1,79	100	37 300	27,1	8,0	(91 648)	5 / 4	5 843	100
Royaume-Uni	59,7	67,1	0,3	89	0,4	0,2	1,66	99	27 650	15,1	6,4	(589 650)	7 / 6	3 824	
Suède	9,0	10,1	0,3	83	0,1	0,1	1,68	100	26 620	22,5	7,8	(80 029)	4 / 4	5 718	100
<b>EUROPE MÉRIDIONALE (13)</b>	<b>149,4</b>	<b>138,7</b>	<b>0,3</b>	<b>66</b>	<b>0,3</b>		<b>1,37</b>						<b>9 / 8</b>		
Albanie	3,1	3,5	0,5	44	2,1	2,1	2,23	94	4 700		2,4	8 261	34 / 30	617	97
Bosnie-Herzégovine	3,9	3,2	0,2	44	2,2	0,2	1,31	100	6 320		4,6	3 307	16 / 13	1 052	98
Croatie	4,6	3,7	0,1	59	0,5	0,2	1,35	100	10 710	48,7	5,9	1 312	8 / 7	1 852	
Espagne	43,1	42,5	0,8	77	0,3	0,1	1,31		22 020	18,9	5,4	(29 949)	6 / 5	3 215	
Grèce	11,1	10,7	0,2	61	0,6	0,4	1,25		19 920	14,5	5,0	(9 293)	8 / 7	2 637	
Italie	58,1	50,9	0,1	67	0,0	0,3	1,33		26 760	24,7	6,4	(27 068)	7 / 6	2 994	
Macedoine (ex-République yougoslave de)	2,0	1,9	0,2	60	0,6	0,4	1,49	98	6 720		5,8	1 074	18 / 16		
Portugal	10,5	10,7	0,5	55	1,1	0,5	1,47	100	17 980	23,3	6,6	(1 119)	7 / 7	2 546	
Serbie et Monténégro	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,5	1,62	99		38,3	5,1	1 401	16 / 13	1 981	93
Slovénie	2,0	1,6	0,0	51	-0,1	0,2	1,21	100	19 240		6,2	2	7 / 7	3 486	
<b>EUROPE OCCIDENTALE (14)</b>	<b>185,9</b>	<b>185,5</b>	<b>0,2</b>	<b>81</b>	<b>0,5</b>		<b>1,56</b>						<b>6 / 5</b>		
Allemagne	82,7	78,8	0,0	88	0,3	0,2	1,33	100	27 460	16,9	8,6	(132 088) <sup>25</sup>	5 / 5	4 198	100
Autriche	8,2	8,1	0,2	66	0,0	0,3	1,40	100	29 610	23,8	5,4	(2 727)	6 / 5	3 774	100
Belgique	10,4	10,3	0,2	97	0,2	0,2	1,66	100	28 930	18,7	6,5	(26 400)	6 / 6	5 505	
France	60,5	63,1	0,4	76	0,7	0,1	1,86	99	27 460	17,8	7,4	(56 559)	6 / 5	4 470	
Pays-Bas	16,3	17,1	0,4	66	1,3	0,5	1,72	100	28 600	16,6	5,8	(275 434)	7 / 6	4 827	100
Suisse	7,3	7,3	0,2	68	-0,1	1,0	1,41		32 030	23,2	6,5	(31 522)	6 / 5	3 723	100
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>	<b>561,3</b>	<b>782,9</b>	<b>1,4</b>	<b>77</b>	<b>1,9</b>		<b>2,47</b>					<b>221 948</b>	<b>36 / 29</b>		
<b>CARAÏBES (15)</b>	<b>39,1</b>	<b>46,4</b>	<b>0,8</b>	<b>64</b>	<b>1,3</b>		<b>2,42</b>						<b>57 / 48</b>		
Cuba	11,3	9,7	0,2	76	0,5	0,5	1,62	100		32,3	6,5	5 988	7 / 6	1 262	91
Haïti	8,5	13,0	1,4	38	3,0	4,6	3,79	24	1 630		3,0	39 388	113 / 98	251	71

## Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2005)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2005)	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2003)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Jamaïque	2,7	2,6	0,4	52	1,0	1,8	2,38	95	3 790	15,1	3,4	4 677	21 / 19	1 493	93
Porto Rico	4,0	4,4	0,6	97	1,1	1,2	1,89					36	13 / 10		
République dominicaine	8,9	12,7	1,4	59	2,1	0,9	2,64	99	6 210	8,9	2,2	8 524	52 / 42	948	93
Trinité-et-Tobago	1,3	1,2	0,3	75	0,9	0,9	1,61	96	9 450	16,1	1,4	849	21 / 16	7 121	91
<b>AMÉRIQUE CENTRALE</b>	<b>147,0</b>	<b>209,6</b>	<b>1,5</b>	<b>69</b>	<b>2,0</b>		<b>2,55</b>						<b>31 / 25</b>		
Costa Rica	4,3	6,4	1,7	61	2,8	1,6	2,19	98	9 040	16,2	6,1	660	13 / 10	904	97
El Salvador	6,9	10,8	1,7	60	2,1	2,2	2,78	69	4 890	10,0	3,6	7 626	35 / 29	670	82
Guatemala	12,6	25,6	2,4	46	3,4	3,1	4,38	41	4 060	6,7	2,3	19 757	53 / 41	616	95
Honduras	7,2	12,8	2,2	46	3,3	1,6	3,52	56	2 580		3,2	11 635	51 / 41	504	90
Mexique	107,0	139,0	1,2	76	1,8	0,8	2,27	86	8 950	13,8	2,7	15 646	25 / 20	1 560	91
Nicaragua	5,5	9,4	2,0	57	3,1	0,5	3,12	67	2 400	8,9	3,9	15 823	42 / 33	544	81
Panama	3,2	5,1	1,7	57	2,4	1,0	2,63	90	6 310	10,4	6,4	594	29 / 22	1 028	91
<b>AMÉRIQUE DU SUD (16)</b>	<b>375,2</b>	<b>526,9</b>	<b>1,4</b>	<b>81</b>	<b>2,0</b>		<b>2,44</b>						<b>36 / 28</b>		
Argentine	38,7	51,4	1,0	90	1,4	0,1	2,30	99	10 920	12,4	4,5	3 478	18 / 14	1 543	
Bolivie	9,2	14,9	1,9	63	2,7	1,2	3,73	65	2 450	15,5	4,2	11 248	71 / 62	499	85
Brésil	186,4	253,1	1,3	83	2,0	0,4	2,30	88	7 480	11,3	3,6	11 489	37 / 28	1 093	89
Chili	16,3	20,7	1,1	87	1,6	1,0	1,97	100	9 810	15,8	2,6	4 162	10 / 8	1 585	95
Colombie	45,6	65,7	1,5	77	2,2	2,2	2,54	86	6 520	15,9	6,7	1 692	33 / 28	625	92
Équateur	13,2	19,2	1,4	62	2,3	1,1	2,70	69	3 440	3,0	1,7	3 492	32 / 24	706	86
Paraguay	6,2	12,1	2,3	57	3,5	0,7	3,71	71	4 740	13,0	3,2	4 167	48 / 38	709	83
Pérou	28,0	42,6	1,5	74	2,0	1,8	2,76	59	5 090	7,0	2,2	18 839	54 / 44	450	81
Uruguay	3,5	4,0	0,7	93	0,9	0,3	2,26	100	7 980	11,0	2,9	288	17 / 12	747	98
Venezuela	26,7	42,0	1,7	88	2,1	0,7	2,64	94	4 740		2,3	1 312	30 / 26	2 141	83
<b>AMÉRIQUE DU NORD (17)</b>	<b>330,6</b>	<b>438,0</b>	<b>0,9</b>	<b>80</b>	<b>1,4</b>		<b>1,98</b>						<b>8 / 8</b>		
Canada	32,3	42,8	0,9	80	1,2	0,0	1,49	98	29 740		6,7	(56 626)	6 / 6	7 973	100
États-Unis d'Amérique	298,2	395,0	0,9	80	1,4	0,0	2,04	99	37 500	21,2	6,6	(1 807 643)	8 / 8	7 943	100
<b>OCÉANIE</b>	<b>33,1</b>	<b>47,6</b>	<b>1,2</b>	<b>73</b>	<b>1,4</b>		<b>2,27</b>						<b>36 / 38</b>		
<b>AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE</b>	<b>24,2</b>	<b>32,7</b>	<b>1,0</b>	<b>91</b>	<b>1,3</b>		<b>1,78</b>						<b>6 / 6</b>		
Australie (18)	20,2	27,9	1,1	92	1,4	0,0	1,75	100	28 290	16,6	6,5	(38 966)	6 / 6	5 732	100
Mélanésie (19)	7,7	13,2	1,9	20	2,5		3,69						78 / 85		
Nouvelle-Zélande	4,0	4,8	0,9	86	0,8	0,1	1,96	100	21 120	18,9	6,6	(5 917)	7 / 6	4 573	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,9	10,6	2,0	13	2,3	4,9	3,85	53	2 240	12,4	3,8	11 287	88 / 98		39
<b>PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (20)</b>															
Arménie	3,0	2,5	-0,3	64	-0,8	0,7	1,34	97	3 770	9,6	1,3	2 445	37 / 32	632	92
Azerbaïdjan	8,4	9,6	0,7	50	0,6	1,1	1,85	84	3 380	7,3	0,8	994	92 / 84	1 435	77
Bélarus	9,8	7,0	-0,6	71	0,1	0,2	1,23	100	6 010		4,7	144	20 / 14	2 496	100
Fédération de Russie	143,2	111,8	-0,5	73	-0,6	0,1	1,37	99	8 920		3,5	16 969	24 / 19	4 288	96
Géorgie	4,5	3,0	-0,9	52	-1,4	0,9	1,44	96	2 540		1,0	3 554	46 / 38	494	76
Kazakhstan	14,8	13,1	-0,2	56	-0,3	0,1	1,90	99	6 170	8,1	1,9	5 265	89 / 61	3 123	86
Kirghizistan	5,3	6,7	1,2	34	1,0	0,9	2,59	98	1 660	6,1	2,2	3 395	70 / 58	507	76
Ouzbékistan	26,6	38,7	1,4	37	1,0	1,4	2,61	96	1 720		2,5	8 388	74 / 62	2 047	89
République de Moldova	4,2	3,3	-0,3	46	0,1	0,4	1,22	99	1 750	18,1	4,1	7 187	32 / 27	703	92
Tadjikistan	6,5	10,4	1,3	25	-0,4	1,9	3,58	71	1 040	6,8	0,9	3 253	119 / 107	518	58
Turkménistan	4,8	6,8	1,4	45	2,0	0,8	2,63	97	5 840		3,0	1 322	107 / 87	3 465	71
Ukraine	46,5	26,4	-1,1	67	-0,7	0,2	1,13	100	5 410	11,9	3,3	14 181	20 / 15	2 684	98



## Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés

### Suivi des objectifs de la CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation		Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Chiffre total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M / F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M / F	Taux brut de scolarisation secondaire M / F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-49 ans) M / F
Antilles néerlandaises	12	73,3 / 79,5	20	104 / 104	67 / 75	26			
Bahamas	13	67,6 / 74,0	60	92 / 93	90 / 93	60	62	60	3,0 / 3,0
Bahreïn	13	73,4 / 76,2	28	97 / 97	93 / 99	18	62	31	0,1 / 0,2
Barbade	10	72,1 / 78,8	95	109 / 108	105 / 107	43	55	53	2,0 / 1,0
Belize	30	69,5 / 74,3	140	123 / 121	76 / 80	82	47	42	3,0 / 1,8
Brunéï Darussalam	6	74,6 / 79,3	37	106 / 106	88 / 92	29			<0,1 / <0,1
Cap-Vert	27	67,5 / 73,7	150	124 / 118	67 / 73	89	53	46	
Chypre	6	76,3 / 81,3	47	97 / 98	98 / 99	9			
Comores	53	61,9 / 66,3	480	98 / 81	34 / 28	54	26	19	
Djibouti	88	52,1 / 54,4	730	48 / 37	29 / 20	53			0,3 / 0,3
Fidji	21	66,1 / 70,5	75	109 / 109	78 / 83	36	41	35	0,2 / <0,1
Guadeloupe	7	75,4 / 82,1	5			19	44	31	
Guam	9	72,8 / 77,5	12			67			
Guinée équatoriale	98	42,1 / 42,9	880	132 / 120	38 / 22	187			
Guyana	46	61,0 / 67,1	170	126 / 123	87 / 89	62	37	36	2,2 / 2,8
Îles Salomon	33	62,1 / 63,6	130	92 / 79	17 / 11	46			
Islande	3	79,1 / 82,9	0	100 / 99	110 / 119	17			0,2 / 0,2
Luxembourg	5	75,5 / 81,8	28	99 / 99	93 / 99	9			
Maldives	38	67,8 / 67,1	110	119 / 117	62 / 71	62	42	33	
Malte	7	76,2 / 81,0	21	105 / 104	95 / 95	16			
Martinique	7	75,9 / 81,9	4			31	51	38	
Micronésie (26)	27	69,2 / 73,6				47			
Nouvelle-Calédonie	6	73,1 / 78,3	10			30			
Polynésie (27)	18	69,9 / 75,1				33			
Polynésie française	8	71,2 / 76,3	20			39			
Qatar	11	71,6 / 76,5	7	107 / 104	92 / 96	19	43	32	
Réunion	7	71,7 / 79,9	41			36	67	62	
Samoa	24	67,8 / 74,2	130	107 / 104	73 / 80	32			
Suriname	24	66,4 / 72,9	110	127 / 125	63 / 85	43	42	41	2,2 / 1,1
Timor-Leste (République démocratique de)	87	55,4 / 57,6	660			175	10	9	
Vanuatu	31	67,5 / 71,2	130	113 / 113	27 / 29	48			

## Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés

### Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en milliers) 2005	Population prévue (en milliers) 2050	% de population urbaine (2003)	Taux de croissance de la population urbaine (2005)	Pop. / ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant PPA en SE-U (2003)	Mortalité des moins de 5 ans M / F
Antilles néerlandaises	183	203	69,7	1,1	0,1	2,08			17 / 11
Bahamas	323	466	89,5	1,5	0,8	2,25	99		17 / 13
Bahreïn	727	1 155	90,0	2,3	1,2	2,37	98		16 / 16
Barbade	270	255	51,7	1,5	0,6	1,50	91	15 060	12 / 10
Belize	270	442	48,3	2,3	0,7	3,01	83		41 / 39
Brunéi Darussalam	374	681	76,2	3,2	0,2	2,40	99		8 / 6
Cap-Vert	507	1 002	55,9	3,5	2,2	3,57	89	5 440	42 / 22
Chypre	835	1 174	69,2	1,0	0,6	1,62	100	19 530	8 / 6
Comores	798	1 781	35,0	4,6	4,1	4,59	62	1 760	78 / 61
Djibouti	793	1 547	83,7	2,1		4,80	61	2 200	141 / 124
Fidji	848	934	51,7	2,5	1,1	2,81	100	5 410	27 / 25
Guadeloupe	448	474	99,7	0,9	0,5	2,02			10 / 8
Guam	170	254	93,7	1,7		2,81			12 / 9
Guinée équatoriale	504	1 146	48,1	4,7	1,5	5,89	65		184 / 167
Guyana	751	488	37,6	1,4	0,3	2,20	86	3 950	73 / 54
Îles Salomon	478	921	16,5	4,5	4,5	4,06	85	1 630	58 / 52
Islande	295	370	92,8	0,9	3,1	1,95		30 140	4 / 4
Luxembourg	465	721	91,9	1,6	0,1	1,74	100	54 430	7 / 6
Maldives	329	682	28,8	4,5	6,5	4,06	70		41 / 56
Malte	402	428	91,7	0,7	0,6	1,50	98		8 / 8
Martinique	396	350	95,7	0,8	0,7	1,94			9 / 9
Micronésie (26)	556	849	69,1	2,6		3,31			37 / 30
Nouvelle-Calédonie	237	382	61,2	2,2		2,37			9 / 9
Polynésie (27)	656	763	43,6	1,7		3,10			23 / 21
Polynésie française	257	360	52,1	1,2		2,32			11 / 11
Qatar	813	1 330	92,0	1,7	0,3	2,91	98		14 / 12
Réunion	785	1 092	91,5	2,0	0,6	2,47			11 / 9
Samoa	185	157	22,3	1,3		4,17	100	5 700	30 / 27
Suriname	449	429	76,1	1,6	1,2	2,52	85		35 / 23
Timor-Leste (République démocratique de)	947	3 265	7,6	4,8	4,4	7,48	24		128 / 120
Vanuatu	211	375	22,8	4,1		3,92	89	2 880	43 / 33

## Notes relatives aux indicateurs

Les appellations utilisées dans la présente publication n'impliquent aucune prise de position de la part du Fonds des Nations Unies pour la population quant au statut juridique des pays, territoires ou régions ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les données concernant les petits pays ou régions, généralement ceux dont la population ne dépassait pas 200 000 habitants en 1990, ne figurent pas comme telles dans le présent tableau. Elles ont été reprises dans les chiffres concernant la population de leur région.

- (\*) Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, le Japon, l'Europe et l'Australie-Nouvelle-Zélande.
- (+) Les régions en développement comprennent toutes les régions d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie (sauf le Japon), la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.
- (‡) Pays les moins avancés, conformément à la nomenclature type de l'Organisation des Nations Unies.
- (1) Y compris le Territoire britannique de l'océan Indien et les Seychelles.
- (2) Y compris Agalesa, Rodrigues et Saint-Brandon.
- (3) Y compris Sao Tomé-et-Principe.
- (4) Appelé antérieurement le Zaïre.
- (5) Y compris le Sahara occidental.
- (6) Y compris Sainte-Hélène, l'île de l'Ascension et Tristan da Cunha.
- (7) Y compris Macao.
- (8) Depuis le 1er juillet 1997, Hong Kong fait partie de la Chine, où il constitue une région administrative à régime spécial (SAR).
- (9) Ce pays est compris dans l'ensemble des pays développés, mais non dans les évaluations concernant la région géographique.
- (10) La Turquie est incluse dans l'Asie occidentale pour des raisons géographiques. Dans d'autres classifications, elle fait partie de l'Europe.
- (11) Comprennent les pays suivants: Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Comores, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Mauritanie, Oman, Qatar, Somalie, Soudan, Syrie, Territoire palestinien occupé, Tunisie et Yémen. Le total régional pour les indicateurs démographiques est indiqué par la Division de la population (ONU). Les totaux pour d'autres indicateurs sont des moyennes pondérées établies sur la base des pays pour lesquels des données sont disponibles.
- (12) Y compris les îles Anglo-normandes, les îles Féroé et l'île de Man.
- (13) Y compris l'Andorre, Gibraltar, le Saint-Siège et Saint-Marin.
- (14) Y compris le Liechtenstein et Monaco.
- (15) Y compris Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les îles Vierges britanniques, les îles Caïmanes, Dominique, Grenade, Montserrat, les Antilles néerlandaises, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, les îles Turques et Caïques, et les îles Vierges américaines.
- (16) Y compris les îles Falkland (Malvinas) et la Guyane française.
- (17) Y compris les Bermudes, le Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- (18) Y compris l'île Christmas, les îles Cocos (Keeling) et l'île Norfolk.
- (19) Y compris la Nouvelle-Calédonie et Vanuatu.
- (20) Les États successeurs de l'ex-URSS sont incorporés aux régions existantes. L'Europe orientale englobe le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine. L'Asie occidentale englobe l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie. L'Asie centrale englobe le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan.
- (21) Total régional, à l'exclusion de la sous-région dont les données figurent séparément ci-après.
- (22) Ces sous-régions sont comprises dans la région "États arabes et Europe" de l'UNFPA.
- (23) Les évaluations sont fondées sur les rapports des années précédentes. On attend une mise à jour des données.
- (24) Le total de l'Europe orientale comprend quelques États balkaniques d'Europe méridionale et quelques États baltes d'Europe septentrionale.
- (25) Des informations plus récentes donnent à penser que ce chiffre était peut-être plus élevé. Il en sera tenu compte dans de futures publications.
- (26) Comprend les États fédérés de Micronésie, Guam, Kiribati, les îles Marshall, Nauru, les îles Mariannes septentrionales et les îles du Pacifique (Palaos).
- (27) Comprend les Samoa américaines, les îles Cook, l'île Johnston, Pitcairn, Samoa, les îles Tokélaou, Tonga, les îles Midway, Tuvalu et les îles Wallis-et-Futuna.

## Notes techniques

Une fois de plus, les tableaux statistiques publiés dans le rapport sur *L'État de la population mondiale* accordent une place spéciale aux indicateurs permettant de mesurer le progrès réalisé vers les objectifs quantitatifs et qualitatifs adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et les objectifs de développement pour le Millénaire (MDG) concernant la réduction de la mortalité, l'accès à l'éducation, l'accès aux services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, et la prévalence du VIH/sida parmi les jeunes. On trouvera ci-après, par catégorie, la source des indicateurs et la raison qui a présidé à leur choix.

### Suivi des objectifs de la CIPD INDICATEURS DE MORTALITÉ

**Mortalité infantile, espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance:** Source: Tableurs fournis par la Division de la population. Ces indicateurs mesurent les niveaux de mortalité, respectivement pendant la première année de vie (qui est la plus délicate sur le plan du développement) et sur toute la durée de la vie. On a fait la moyenne des données pour les périodes 2000-2005 et 2005-2010 afin d'arriver aux évaluations pour 2005.

**Ratio de mortalité maternelle:** Source: OMS, UNICEF et UNFPA, 2003. *Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA.* Genève: OMS. Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes, qui sont imputables aux suites d'une grossesse ou d'un accouchement et aux complications connexes. Il est difficile d'atteindre à la précision, mais les ordres de grandeur fournissent des indications. En dessous de 50, les évaluations n'ont pas été arrondies; de 50 à 100, elles sont arrondies à la tranche de 5 la plus proche; de 100 à 1 000, elles le sont à la tranche de 10 la plus proche; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Pour ce qui est de la mortalité maternelle, une série d'évaluations s'écarte des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les évaluations se fondent sur les chiffres communiqués, chaque fois que possible, avec l'aide de méthodes visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Voir la source pour des détails sur l'origine de certaines évaluations nationales. Évaluations et méthodologies sont régulièrement révisées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, des établissements universitaires et d'autres organismes et elles seront révisées, le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. En raison des changements intervenus dans les méthodes, les évaluations antérieures concernant les niveaux de 1995 peuvent n'être pas strictement comparables avec les présentes évaluations.

### INDICATEURS D'ÉDUCATION

**Taux bruts de scolarisation primaire des garçons et des filles, taux bruts de scolarisation secondaire des garçons et des filles.** Source: Tableur fourni par l'Institut de statistique de l'UNESCO. Avril 2005. Les données relatives à la population sont basées sur : Division de la population (ONU), 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision.* Les taux bruts de scolarisation indiquent le nombre d'étudiants inscrits à un niveau donné du système éducatif pour 100 individus de la population qui se trouvent dans le groupe d'âge correspondant à ce niveau. Ces taux bruts ne sont pas corrigés pour tenir compte des

individus qui ont dépassé l'âge correspondant au niveau en raison d'une scolarité tardive ou interrompue ou d'un redoublement de classe. Les données portent sur 2002, ou sur 2001 si des données plus récentes ne sont pas disponibles.

#### **Analphabetisme chez les hommes et les femmes adultes.**

Source: Voir la section "Taux bruts de scolarisation primaire" ci-dessus pour la source; les données sont ajustées en fonction de l'analphabetisme à partir de celles relatives à l'instruction primaire. Les définitions de l'analphabetisme varient selon les pays; trois définitions largement acceptées sont utilisées. Dans la mesure du possible, les données se réfèrent à la proportion des personnes incapables de lire et d'écrire, en le comprenant, un texte simple et concis concernant la vie quotidienne. L'analphabetisme des adultes (taux d'analphabetisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans) tient compte à la fois des niveaux de scolarisation récents et de la scolarité passée. Les indicateurs d'éducation ci-dessus ont été mis à jour en utilisant les évaluations de la Division de la population (ONU) tirées de *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York, ONU. Les données sont les évaluations pour l'année la plus récente de la période 2000-2004 pour laquelle elles soient disponibles.

**Pourcentage des enfants scolarisés qui terminent la cinquième année de l'enseignement primaire.** Source: Voir la section "Taux bruts de scolarisation primaire" ci-dessus pour la source. Les données sont les plus récentes qui soient disponibles pour les années scolaires commençant en 1999, 2000, 2001 ou 2002.

## **INDICATEURS DE SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION**

**Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans.** Source: Tableau fourni par la Division de la population (ONU). Il s'agit d'un indicateur du fardeau de la fécondité qui pèse sur les femmes pendant leur jeunesse. Etant donné qu'il indique le nombre moyen de naissances par femme chaque année, on pourrait le multiplier par cinq pour connaître approximativement le nombre de naissances pour 1 000 jeunes femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de 20 ans. Cette mesure n'indique pas dans sa totalité le nombre réel de grossesses d'adolescentes, car seules les naissances vivantes sont prises en considération. L'indicateur ne tient pas compte de la mortalité, ni des avortements spontanés ou provoqués. On a fait la moyenne des données pour les périodes 2000-2005 et 2005-2010 afin d'arriver aux évaluations pour 2005.

**Prévalence de la contraception.** Source: Tableau fourni par la Division de la population (ONU) à partir de "World Contraceptive Use 2005: Database Maintained by the United Nations Population Division of the United Nations Secretariat". Ces données, qui sont tirées d'enquêtes par sondage, évaluent la proportion de femmes mariées (y compris les femmes vivant en concubinage) qui utilisent actuellement soit une méthode quelconque de contraception, soit une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les injectables, les implants hormonaux, les préservatifs masculins et les méthodes mécaniques utilisées par les femmes. Ces chiffres sont comparables en gros, mais pas complètement, d'un pays à l'autre, en raison des différences concernant l'époque à laquelle les enquêtes ont été menées et le détail des questions qui ont été posées. Toutes les données nationales et régionales se rapportent à des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées; elles vont de 1980 à 2002.

**Taux de prévalence du VIH/sida, M/F (15-49 ans).** Source: Données fournies par ONUSIDA. ONUSIDA, 2004. « Estimated Adult (15-49) HIV Prevalence among Men and Women in 2004 » Genève: ONUSIDA. Ces données proviennent de rapports établis par les systèmes de surveillance et d'évaluations modèles. Les données fournies pour les hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans sont des évaluations ponctuelles pour chaque pays. L'année de référence est 2003. Les différences entre taux masculins et féminins traduisent la vulnérabilité physiologique et sociale de chaque sexe à la maladie et sont en partie fonction de la différence d'âge entre les partenaires sexuels.

## **Indicateurs démographiques, sociaux et économiques**

### **Population totale en 2005, population prévue en 2050, taux annuel moyen de croissance démographique pour 2005 :**

Tableau fourni par la Division de la population (ONU). Ces indicateurs présentent les effectifs actuels, les effectifs prévus dans l'avenir et l'accroissement annuel de la population des différents pays dans le présent. On a fait la moyenne des données pour les périodes 2000-2005 et 2005-2010 afin d'arriver aux évaluations pour 2005.

**Pourcentage de la population urbaine, taux d'accroissement de la population urbaine.** Source: Division de la population (ONU). 2004. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*. New York: ONU, disponible sur un disque compact-ROM (POP/DP/WUP/Rev.2003), et Division de la population (ONU). 2004. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision: Data Tables and Highlights* (ESA/P/WP. 190). New York: ONU. Ces indicateurs reflètent la proportion de la population nationale vivant dans les zones urbaines et le taux d'accroissement de cette population prévu.

**Population agricole par hectare de terre arable et cultivée en permanence.** Source: Données fournies par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Division de statistique, à partir de données concernant la population agricole sur la base de la population totale communiquées par la Division de la population (ONU). 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: ONU. Cet indicateur a trait au chiffre de la population agricole par rapport à la superficie des terres se prêtant à la production agricole. Il tient compte des changements intervenus tant dans la structure des économies nationales (proportion de la main-d'œuvre travaillant dans l'agriculture) que dans les techniques de mise en valeur des sols. Des valeurs élevées peuvent être liées à un souci prédominant de rendre les terres productives et à la fragmentation des exploitations agricoles. Toutefois, l'indicateur tient compte également des différences en matière de niveau de développement et de politique d'utilisation des sols. Les données se réfèrent à l'année 2002.

**Taux total de fécondité (2005).** Source: Tableau fourni par la Division de la population (ONU). Cette mesure indique le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant qu'elle est en âge d'en avoir, si elle avait le nombre d'enfants correspondant au taux estimé pour les différents groupes d'âge pendant la période spécifiée. Les pays peuvent atteindre le niveau prévu à des moments différents de cette période. On a fait la moyenne des données pour les périodes 2000-2005 et 2005-2010 afin d'arriver aux évaluations pour 2005.

**Naissances avec assistance qualifiée.** Source: UNICEF, 2004. *La situation des enfants dans le monde: L'enfance menacée*. New York :

UNICEF. Cet indicateur est fondé sur des rapports nationaux, concernant la proportion de naissances bénéficiant de la présence "d'un personnel sanitaire qualifié ou d'une accoucheuse qualifiée: de médecins (spécialistes ou non-spécialistes) et/ou de personnes ayant une formation de sage-femme qui soient capables de diagnostiquer et gérer des complications obstétricales aussi bien que des accouchements normaux". Les données relatives aux pays développés traduisent le niveau plus élevé de leur performance sous ce rapport. Comme il est admis que les données couvrent l'ensemble du pays considéré, il se peut que les statistiques officielles ne tiennent pas pleinement compte de l'incomplétude des données (et de la couverture) concernant les groupes de population marginalisés, ainsi que de l'impact des retards dans le transport des patientes. Les données estimatives sont les plus récentes qui soient disponibles, en aucun cas antérieures à 1995.

**Revenu national brut par habitant.** Source: Chiffres les plus récents (2003) communiqués par la Banque mondiale. *World Development Indicators Online*. Site Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (par abonnement). Cet indicateur, antérieurement dénommé produit national brut (PNB) par habitant, mesure la production totale de biens et de services destinés à la consommation qui sont produits ou fournis par les résidents et les non-résidents, sans égard au fait qu'ils peuvent être affectés au remboursement de créances vis-à-vis de nationaux ou d'étrangers, par rapport à la taille de la population. Il s'agit d'un indicateur de la productivité économique d'un pays. Il se distingue du produit intérieur brut (PIB) en ce qu'il tient compte des revenus provenant de l'étranger et imputables au travail et au capital de résidents, ainsi que des paiements analogues faits à des non-résidents, et en ce qu'il incorpore différents ajustements techniques, dont ceux ayant trait aux variations des taux de change dans le temps. Cette mesure prend aussi en considération la différence du pouvoir d'achat des monnaies en incluant les ajustements de parité du pouvoir d'achat (PPA) du "PNB réel". Certains chiffres relatifs au PPA sont basés sur des modèles de régression; d'autres sont extrapolés à partir des dernières évaluations du Programme de comparaison international; pour les détails, prière de se reporter à la source initiale.

**Dépenses du gouvernement central en matière d'éducation et de santé.** Source: Les plus récentes données portant sur les sept dernières années et provenant de : Banque mondiale. 2003. *World Development Indicators Online*. Site Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (par abonnement). Ces indicateurs reflètent la priorité accordée au secteur de l'éducation et de la santé par un pays à travers la part des dépenses publiques qui y est affectée. Ils ne tiennent pas compte des différences dans la répartition des allocations de fonds dans un secteur donné, par exemple l'éducation primaire ou les services de santé primaires, par rapport à d'autres niveaux des secteurs éducatif et sanitaire, différences qui peuvent être extrêmement marquées. Le fait que la répartition des responsabilités administratives et budgétaires entre gouvernement central et pouvoirs locaux, ainsi que le rôle des secteurs public et privé, varient selon les pays rend difficile une comparaison directe. Les évaluations communiquées s'entendent en pourcentage du PIB par habitant pour l'éducation et en pourcentage du PIB pour la santé. On ne saurait trop recommander une grande prudence dans les comparaisons entre pays, parce que le prix des intrants diffère selon les contextes et les secteurs.

**Assistance étrangère en matière de population.** Source: FNUAP. A paraître. *Flux de ressources financières pour les activités en matière de population en 2003*. New York: FNUAP. Cet indica-

teur fournit le montant de l'assistance extérieure qui a été affecté en 2003 aux activités de population dans chaque pays. Les fonds d'origine étrangère sont disponibles par le canal d'organismes multilatéraux et bilatéraux d'assistance et d'organisations non gouvernementales. Les pays donateurs sont indiqués, le montant de leur contribution figurant entre parenthèses. Les totaux régionaux indiqués comprennent les projets de pays et les activités régionales (qui ne figurent pas ailleurs dans le tableau). Les données pour 2003 sont provisoires.

**Mortalité des enfants de moins de 5 ans.** Source: Division de la population (ONU), tabulation spéciale fondée sur ONU. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: ONU. Cet indicateur a trait à l'incidence de la mortalité sur les nourrissons et les enfants en bas âge. Il reflète donc l'impact des maladies et d'autres causes de décès des nourrissons, des enfants en bas âge et des jeunes enfants. Les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants d'un à quatre ans, qui rendent compte des différentes causes et de la fréquence de la mortalité à cet âge, sont des mesures démographiques plus courantes. La mesure est donc plus sensible que la mortalité infantile au tribut prélevé par les maladies de l'enfance, y compris celles qui peuvent être évitées par une meilleure alimentation et des programmes de vaccination. La mortalité des enfants de moins de 5 ans indique le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. On a fait la moyenne des données pour les périodes 2000-2005 et 2005-2010 afin d'arriver aux évaluations pour 2005.

**Consommation d'énergie par habitant.** Source: Banque mondiale. *World Development Indicators Online*. Site Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (par abonnement). Cet indicateur reflète la consommation annuelle d'énergie primaire marchande (charbon, lignite, pétrole, gaz naturel et hydroélectricité, électricité nucléaire et électricité géothermique) en kilogrammes d'équivalent-pétrole par habitant. Il indique le niveau de développement industriel, la structure de l'économie et les modes de consommation. Les changements qui surviennent avec le temps peuvent refléter les changements intervenus dans le volume et l'importance relative des différentes activités économiques et les changements qui concernent les modes d'utilisation plus ou moins efficaces de l'énergie (y compris l'augmentation ou la diminution des gaspillages). Les données estimatives portent sur 2002.

**Accès à des sources d'eau potable de meilleure qualité.** Source: UNICEF, 2005. *Situation des enfants dans le monde 2005 : L'enfance menacée*. New York, UNICEF. Cet indicateur donne le pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau potable de meilleure qualité fournissant une quantité suffisante d'eau salubre et située à une distance raisonnable de l'habitation de l'utilisateur. Les mots en italique renvoient aux définitions retenues par chaque pays. L'indicateur est à mettre en relation avec le degré d'exposition aux risques de santé, notamment ceux qui sont imputables à un assainissement insuffisant. Les données correspondent aux évaluations faites pour l'année 2002.

## Équipe de rédaction

*L'état de la population mondiale 2005*

Coordonnatrice/Auteur/

Chargée des recherches : Maria José Alcalá

Rédactrice en chef : Janet Jensen

Directrice de publication : Patricia Leidl

Assistante de rédaction : Phyllis Brachman

Assistante de recherche/Stagiaire : Zeina Boumechal

Rédactrice et administratrice associée : Mirey Chaljub

### Collaborateurs :

Delawit Amelga-Aklilu, Lori Ashford, Margaret Bald, Stan Bernstein, Ann Blanc, Camille Conaway, Margaret Greene, Karen Hardee, Don Hinrichsen, Gloria Jacobs, Toshiko Kaneda, Patricia Leidl, Alex Marshall, Karen Newman, Joanne Omang, Erin Sines et Martha Wood.

### Remerciements :

Nous prions de trouver ici l'expression de notre gratitude les personnes et entités qui nous ont fourni des données et communiqué des informations sur les initiatives nationales et régionales mentionnées dans ce rapport : les organisations partenaires et institutions des Nations Unies qui s'occupent activement des problèmes d'égalité des sexes et de santé en matière de procréation; divers collègues de l'UNFPA dans les bureaux de pays et au siège; les conseillers en matière de parité des sexes des Equipes techniques d'appui national (CST) ; et le Bureau de Genève. Nous sommes redevables en particulier à Lindsay Edouard, Ann Erb-Leoncavallo et Stafford Mousky.

## Photos (auteurs et légendes)

### Couverture

© Mark Edwards/Still Pictures

*En Mauritanie, des jeunes filles célèbrent une fête Imaraguen dans un petit village du littoral*

### Chapitre premier

© Mikkel Ostergaard/Panos Pictures

*A Phnom-Penh, dans un quartier de taudis, une fillette se tient en équilibre sur une fragile passerelle au-dessus d'une ruelle pleine d'eau polluée.*

© Caroline Penn/Panos Pictures

*Dans le quartier malais du Cap, de jeunes musulmanes bavardent sur un escalier.*

### Chapitre 2

© Jacob Silberberg/Panos Pictures

*Au sud du Bénin, dans le village de Koutagha, trois fillettes assises dans une salle de classe regardent leur professeur qui tend la main vers le tableau noir.*

### Chapitre 3

© Chris de Bode/Panos Pictures

*En Ouganda, dans le camp d'Oromo pour personnes déplacées, une vieille femme prie pour la paix. Depuis 19 ans, l'Armée de la résistance du Seigneur (Lord's Resistance Army) terrorise la population des provinces du Nord.*

© Gary Knight/VII

*Une femme demande l'aumône dans les rues de Srinagar (Cachemire), où la guerre civile a ruiné l'économie locale.*

### Chapitre 4

© Alex Webb/Magnum Photos

*Une femme enceinte debout à l'entrée d'une maison d'Abidjan (Côte d'Ivoire).*

### Chapitre 5

© Tim Dirven/Panos Pictures

*Une jeune mère afghane et son enfant sous-alimenté attendent leur tour dans un centre de nutrition géré par Médecins sans frontières.*

### Chapitre 6

© David Alan Haviv/VII

*Dans un village de l'île de Chacahua, au Mexique, un homme montre fièrement son petit garçon.*

### Chapitre 7

© Marie Dorigny/UNFPA

*À Tigray (Ethiopie), une villageoise se couvre le visage.*

© Wayne Leidenfrost/Province

*À Vancouver (Canada), 500 paires de chaussures sont exposées sur les marches de la Galerie d'Art Vancouver en souvenir des femmes mortes sous les coups portés par des hommes et pour faire prendre conscience de la violence à l'égard des femmes.*

### Chapitre 8

© James Nachtwey/VII

*A l'hôpital municipal de Mornei (Darfour occidental), une femme déplacée dans son propre pays prend soin de son fils malade.*

© Jacob Silberberg/Panos Pictures

*Séparée de sa famille alors que tous fuyaient les combats à Monrovia (Libéria), une petite fille a les yeux fixés sur l'emblème de la Croix-Rouge au siège de la CICR, sur l'île Bushrod.*

### Chapitre 9

© Maria Soderberg/Panos Pictures

*A Kandahar (Afghanistan), une femme retire son « burka ».*



Fonds des Nations Unies pour la population

220 East 42nd Street, 23rd Floor

New York, NY 10017

États-Unis d'Amérique

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)



L'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population, est un organisme de développement international qui œuvre en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances pour chaque femme, homme et enfant. L'UNFPA offre son appui aux pays pour utiliser les données de population dans la formulation des politiques et des programmes visant à réduire la pauvreté et pour faire en sorte que toutes les grossesses soient désirées, que tous les accouchements soient sans danger, que tous les jeunes soient protégés du VIH et du sida et que toutes les filles et toutes les femmes soient traitées avec dignité et respect.

L'UNFPA — parce que tout le monde compte.



**Fonds des Nations Unies pour la population**  
220 East 42nd Street, 23rd Fl.  
New York, NY 10017  
États-Unis d'Amérique  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

ISBN 0-89714-751-0  
F/9 500/2005 Numéro de vente F.05.III.H.1

Imprimé sur papier recyclé.