

6 milliards

L'heure des choix

*Etat
de la
population
mondiale
1999*

FNUAP 

Fonds des Nations Unies
pour la population

Nafis Sadik
Directrice exécutive

1124

ETAT DE LA POPULATION MONDIALE 1999

B7

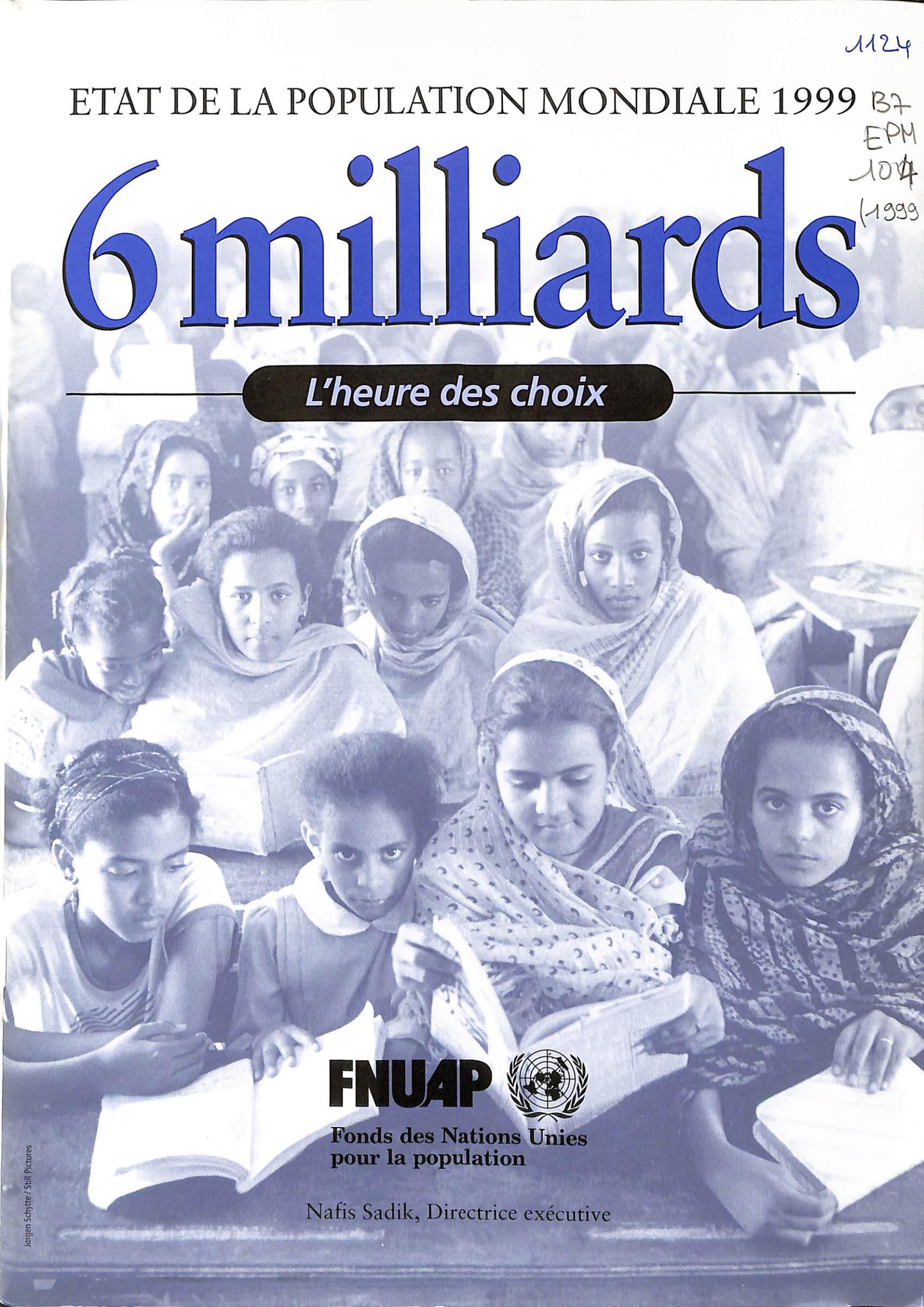
EPM

104

(1999)

6 milliards

L'heure des choix



FNUAP



Fonds des Nations Unies
pour la population

Nafis Sadik, Directrice exécutive

TABLE DES MATIÈRES

124

B7
EPM

104
(1999)



CHAPITRE PREMIER

Aperçu général et introduction1

Tendances démographiques.....4

La CIPD : Un agenda qui ouvre des choix.....5

Population et développement6

Santé et droits en matière de reproduction et de sexualité7

Egalité des sexes et émancipation des femmes10

Partenariats et participation11

La question des ressources12

Aller de l'avant13

Changement de politique depuis la CIPD34

Réforme et décentralisation du secteur sanitaire.....35

Intégrer et élargir les programmes de santé en matière de reproduction35

Services de santé en matière de reproduction assurés par les ONG36

Rendre les services de qualité plus accessibles37

Communication et éducation39

Développement des ressources humaines40

Suivi et évaluation40

Informations et soins destinés aux adolescents41

Participation et responsabilité des hommes43

Santé en matière de reproduction à l'intention des réfugiés et des personnes déplacées.....44



CHAPITRE 2

Changements démographiques et choix individuels15

Population et développement :

les politiques changent16

La population continue d'augmenter, et aussi de vieillir18

Le taux de mortalité a diminué de moitié.....18

La fécondité baisse, mais inégalement19

Niveaux d'éducation et baisses de la fécondité.....20

Vieillesse de la population.....22

Le facteur jeunesse22

L'impact du sida.....22

Perspectives pour les pays à basse fécondité23

Changements dans la répartition de la population mondiale24

Evolution de la répartition régionale24

Tendance mondiale à l'urbanisation.....24

La migration internationale25

Accroissement démographique et préoccupations écologiques26

Eau, terre et ressources vivrières.....27

Changement climatique, dégradation des ressources naturelles et biodiversité.....27



CHAPITRE 4

Partenariat et émancipation45

La vision nouvelle de la société civile46

Emancipation, égalité des sexes et droits en matière de reproduction47

Action en faveur de l'émancipation des femmes47

Plaidoyer en faveur de la santé et des droits en matière de reproduction47

Lutte contre la violence d'origine sexuelle48

Le nombre fait la force : réseaux et alliances48

Partenariats entre gouvernements et société civile49

Collaboration avec d'autres secteurs de la société civile.....50

Les dirigeants religieux.....51

Les parlementaires unis pour la santé et les droits en matière de reproduction51

Le secteur privé51

Les associations médicales52

Renforcement des partenariats52

Les obstacles actuels.....52

Le FNUAP et les ONG53



CHAPITRE 3

Santé et droits en matière de reproduction29

L'approche centrée sur la santé en matière de reproduction29

Les composantes de la santé en matière de reproduction30

La planification familiale31

La maternité sans risques31

Le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles.....32

La mutilation génitale féminine33

Fournir des services de santé en matière de reproduction34



CHAPITRE 5

Dégager les ressources.....55

Investir dans le développement55

Le redoutable problème des ressources.....56

Augmenter les ressources56

D'où vient l'argent actuellement?57

L'aide extérieure.....57

Les ressources intérieures58

Vers plus d'efficacité59

Partenariats pour la santé60

Qui paie : comment en décider?60

Veiller à ce que les services de santé en matière de reproduction atteignent les pauvres61

Conclusion62

NOTES63

ENCADRÉS

1. La population pourrait atteindre 8,9 milliards en 2050	3
2. Allongement de la vie + chute des taux de natalité = croissance démographique plus lente.....	4
3. Objectifs de la CIPD — et nouveaux repères.....	5
4. S'attaquer aux actes de violence et de coercition dont les femmes sont victimes.....	10
5. Une mission du FNUAP : édifier le consensus	13
6. Population et développement : conclusions nouvelles	16
7. La crise de l'Asie du Sud-Est risque d'effacer les progrès du développement.....	18
8. Des faits nouveaux, heureux ou malheureux, expliquent l'abaissement des prévisions démographiques	20
9. L'impact dévastateur du VIH/sida en Afrique	24
10. Une personne sur quatre pourrait souffrir de pénuries d'eau d'ici 2050	28
11. Le droit à la santé en matière de reproduction	30
12. Le Japon approuve l'usage des contraceptifs oraux.....	31
13. Le Programme d'action de la CIPD et l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses	33
14. Lutte contre les MST et le VIH en Ouganda	34
15. Au Sénégal, un groupe spécialisé dans l'alphabétisation conduit la lutte contre la MGF	35
16. La réforme du secteur sanitaire	36
17. En Ouganda, intégration au niveau de la prestation des services	37
18. L'éducation par les compagnons d'âge, moyen de réduire le nombre de grossesses d'adolescentes	42
19. Enseigner aux hommes les avantages de la planification familiale.....	43
20. Au Kenya, le viol est chose courante dans un camp de réfugiés	44
21. Le FNUAP et les parlementaires	51
22. Le secteur privé participe à la couverture des besoins en contraceptifs	52
23. Un climat propice à un partenariat efficace.....	54
24. L'allègement de la dette et la difficile recherche des ressources	57

DIAGRAMMES

Diagramme 1 : Croissance démographique mondiale, réalités et prévisions, 1950-2050	3
Diagramme 2 : Niveau d'éducation par sexe et par région.....	21
Diagramme 3 : Structure de la population par tranches d'âge : tendances régionales.....	23
Diagramme 4 : L'impact du sida en Afrique subsaharienne : prévisions démographiques avec et sans le sida dans les 29 pays les plus touchés, 1980-2050	25
Diagramme 5 : Répartition de la population par région, 1950-2050	26
Diagramme 6 : Tendances mondiales à l'urbanisation	27
Diagramme 7 : Pourcentage, dans un certain nombre de pays, des jeunes femmes sexuellement actives, célibataires et âgées de 15 à 19 ans, qui recourent à la planification familiale	41

TABLEAUX

Tableau 1 : Mesures prises pour créer des partenariats avec la société civile	46
Tableau 2 : Dépenses de santé publiques et privées.....	60

INDICATEURS

Suivi des objectifs de la CIPD — Indicateurs retenus	67
Indicateurs démographiques, sociaux et économiques	70
Indicateurs retenus pour les pays/territoires les moins peuplés	73
Notes relatives aux indicateurs	74
Notes techniques.....	74

Aperçu général et introduction

BA
EPM
104

(1999)



UNICEF / 714 / Nicole Toutoumji

Le 12 octobre 1999, le monde comptera 6 milliards d'êtres humains, soit un milliard de plus qu'il y a seulement 12 ans. Près de la moitié auront moins de 25 ans; plus d'un milliard seront des jeunes âgés de 15 à 24 ans, les parents de la prochaine génération.

La population mondiale augmente au rythme de 78 millions par an, soit un peu moins que la population totale de l'Allemagne. Elle a doublé depuis 1960. Les pays en développement représentent plus de 95 % de la croissance démographique, tandis que celle-ci s'est ralentie ou arrêtée en Europe, en Amérique du Nord et au Japon. Les États-Unis sont le seul pays industrialisé où une importante croissance démographique est encore prévue, en majeure partie du fait de l'immigration.

Le fait d'atteindre ce chiffre de 6 milliards comporte des aspects tant positifs que négatifs. D'un côté, c'est le résultat de choix personnels et d'une action collective aux fins d'améliorer la santé et d'allonger la durée de la vie, ce dont bénéficient :

Tout nouveau-né dont la mère a été en bonne santé durant sa grossesse;

■
Tout jeune enfant qui est correctement nourri et vacciné;

■
Toute fillette dont la nutrition, les soins de santé et l'éducation sont de meilleure qualité que par le passé;

Toute jeune femme qui peut se protéger de l'infection par le VIH;

■
Toute femme qui peut espacer ses grossesses;

■
Tout homme qui assume la responsabilité de son bien-être et de celui de sa famille;

Toute personne âgée qui a pu protéger sa santé durant les années de jeunesse et de maturité;

■
Toute personne qui évite les risques de santé grâce à une meilleure information et à un comportement responsable;

■
Toute personne qui peut exercer des choix et un contrôle sur les décisions capitales de sa vie.

Rien ne garantit que la croissance démographique continuera de se ralentir. Cela dépendra des choix faits et des mesures prises dans les 10 prochaines années.

Depuis 1969, les pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine ont amélioré les soins de santé et l'éducation, qu'ils ont mis à la portée d'une plus grande partie de leur population.

Il en résulte notamment que dans la plupart des pays femmes et hommes veulent moins d'enfants et que les familles sont moins nombreuses que dans les générations antérieures; davantage de nouveau-nés survivent aux dangers de la première année de vie et les personnes âgées vivent plus longtemps.

Dans les pays en développement, la fécondité a diminué de moitié depuis 1969, tombant de près de six enfants par femme à moins de trois. De ce fait, la croissance démographique a commencé à ralentir.

Pour en venir aux effets négatifs, les pays les plus pauvres ont souvent les taux de croissance démographique les plus élevés et sont les derniers sur le plan de la santé en matière de reproduction. Dans 62 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, plus de 40 % de la population sont âgés de moins de 15 ans. Les pays les plus pauvres ont aussi les taux les plus élevés de mortalité maternelle et les taux les plus faibles de recours à la planification familiale — souvent inférieurs à 15 %, taux que la moyenne des pays en développement avait déjà atteint en 1969.

Depuis 1969, année où fut fondé le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, devenu ensuite Fonds des Nations Unies pour la population), la population mondiale est passée de 3,7 à 6 milliards. Mais les taux annuels de croissance démographique se sont ralentis, tombant de 2,04 à 1,33 %, et cette tendance devrait se poursuivre. C'est durant la période 1985-1990 que la population mondiale a augmenté le plus vite, de 86 millions par an. Cet accroissement annuel devrait se réduire progressivement au cours des 20 prochaines années, et plus vite ensuite.

Rien ne garantit que la croissance démographique se ralentira. Cela n'a été possible jusqu'ici que grâce aux efforts de beaucoup durant les 30 dernières années. Il dépendra des choix faits et des mesures prises dans les 10 prochaines années que ce ralentissement continue ou non et qu'il s'accompagne de plus de bien-être ou de tensions accrues.

Ce ralentissement est subordonné au succès des politiques de population et de développement, en particulier à l'exercice par tous du droit à la santé, y compris la santé en matière de reproduction.

Nous sommes encore loin d'atteindre cet objectif.

Par exemple :

- Plus de la moitié des jours de mauvaise santé que connaissent les femmes durant la période procréatrice de leur vie sont imputables à la grossesse, à ses complications et aux troubles de l'appareil génital¹;
- 350 millions de femmes — près d'un tiers de toutes les femmes d'âge procréateur dans les pays en développement — n'ont pas encore accès à un éventail de méthodes modernes, sans danger et acceptables de planification familiale; 120 millions de plus recourraient dès maintenant à la planification familiale si elle

était plus généralement accessible, mieux comprise, soutenue par les communautés et les familles, et si elle se matérialisait par des programmes de qualité;

- 585 000 femmes meurent chaque année dans les pays en développement des suites de la grossesse et plusieurs fois autant, si elles y survivent, souffrent d'infections ou de lésions;
- 70 000 femmes meurent chaque année du fait d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses;
- Les femmes représentent près des deux tiers des 960 millions d'analphabètes; femmes et fillettes comptent pour les trois cinquièmes des pauvres du monde entier;
- Dans tous les pays, les femmes sont la cible permanente de violences et, dans beaucoup, il n'existe en la matière aucune sanction légale ou, s'il en existe, aucune autorité n'est en mesure de l'imposer. Non moins de la moitié des femmes du monde entier peuvent être exposées à des violences d'origine sexuelle à un moment quelconque de leur vie. Chaque année, 2 millions de fillettes et de femmes risquent de subir la mutilation génitale féminine (MGF);
- Le VIH/sida raccourcit l'espérance de vie dans les pays les plus gravement touchés; les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection par le VIH; la moitié des nouveaux sujets infectés sont des jeunes;
- L'aide internationale au développement est tombée du chiffre maximal de 61 milliards de dollars en 1992 à un peu plus de 48 milliards en 1997. Si l'aide au développement reçoit une part plus importante des fonds des donateurs (3,1 % contre 1,3 % environ), c'est une tranche plus large d'un gâteau plus petit et le chiffre reste très en deçà des objectifs convenus.

La pauvreté n'est pas limitée aux pays les plus pauvres. Plus d'un milliard de personnes ne sont pas encore en mesure de couvrir leurs besoins fondamentaux. Sur les 4,8 milliards d'habitants des pays en développement, près des trois cinquièmes ne vivent pas dans des conditions d'hygiène élémentaire. Près d'un tiers n'ont pas accès à l'eau salubre. Un quart n'ont pas de logement adéquat. Un cinquième n'ont pas accès à des services de santé modernes. Un cinquième des enfants quittent l'école avant la fin du cycle primaire. Un cinquième environ ont un régime alimentaire insuffisant, notamment en protéines. Les déficiences en micronutriments sont encore plus répandues. Dans le monde entier, 2 milliards de personnes souffrent d'anémie, dont 55 millions dans les pays industrialisés².

Les pauvres sont les plus exposés aux effluents et aux cours d'eau pollués et les moins capables de s'en protéger. La pollution atmosphérique causerait chaque année 2,7 millions de décès, dont 2,2 millions du fait de la pollution à l'intérieur des habitations; 80 % de ces victimes sont des pauvres habitant les régions rurales de pays en développement.

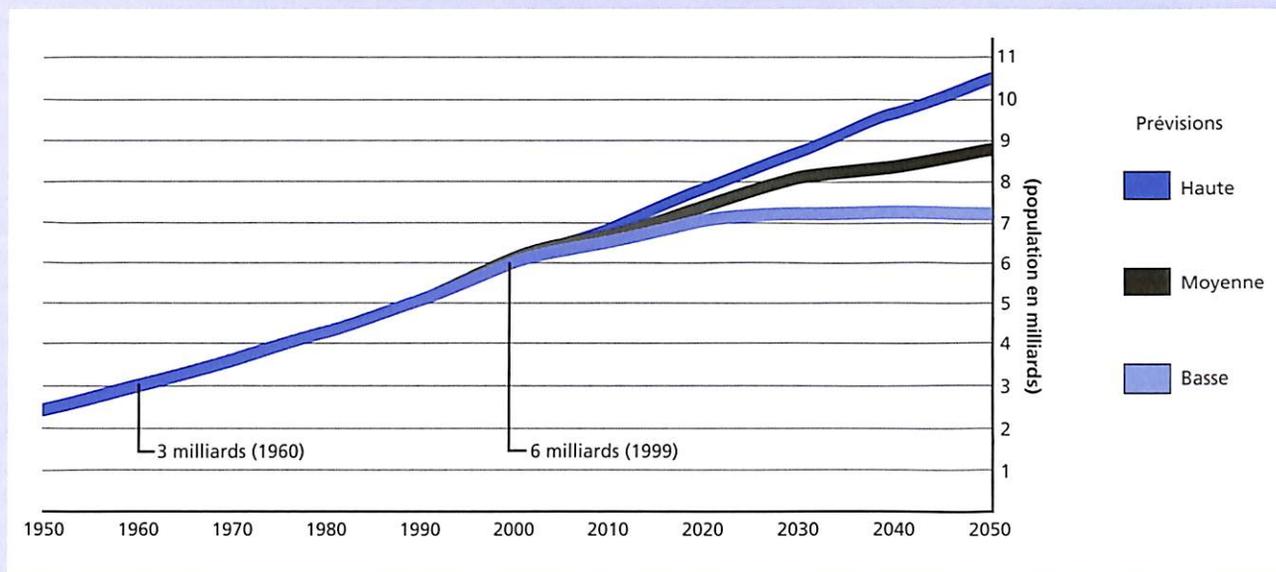
La population mondiale pourrait atteindre 8,9 milliards en 2050

La Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), prévoit que la population mondiale passera de 6 milliards en 1999 à un chiffre compris entre 7,3 et 10,7 milliards en 2050, le chiffre de 8,9 milliards étant jugé le plus vraisemblable. La différence de 3,4 milliards entre les prévisions haute et basse, qui correspondent à des hypothèses différentes sur les futurs taux

de fécondité, est égale au chiffre de la population mondiale en 1966.

Le taux de croissance actuel est de 1,33 %. Selon la prévision moyenne, l'augmentation annuelle de population baisserait progressivement de 78 millions aujourd'hui à 64 millions durant la période 2020-2025, puis une chute radicale la limiterait à 33 millions durant la période 2045-2050.

DIAGRAMME 1 : Croissance démographique mondiale, réalités et prévisions, 1950-2050



Source : Organisation des Nations Unies. *World Population Prospects: The 1998 Revision*.

Les besoins de l'avenir

Dans l'avenir, la sécurité alimentaire revêtira une importance critique. Par exemple, pour nourrir adéquatement une population de 8,9 milliards, il faudrait presque trois fois plus de calories qu'il n'en est consommé aujourd'hui. L'accès à l'eau sera également d'importance critique.

Les preuves se sont accumulées, depuis que la population mondiale a dépassé les 5 milliards, en 1987, que des profils de consommation marqués par le gaspillage et le déséquilibre, combinant leurs effets avec la croissance démographique, ont profondément affecté le climat de la planète. La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement a reconnu en 1992 que les facteurs démographiques, au même titre que les niveaux de revenu, les techniques de production et les profils de consommation, influent sur l'environnement. Le réchauffement progressif de l'atmosphère terrestre est un fait; la question reste de savoir quelles en seront les conséquences. Un changement climatique mondial de grande ampleur pourrait survenir très rapidement si des facteurs défavorables se renforcent mutuellement³.

Des changements possibles, comme l'élévation du niveau de la mer, l'augmentation des précipitations en certains endroits ou la hausse des températures en d'autres, auraient des consé-

quences pour des milliards de personnes. Par exemple, une élévation du niveau de la mer de 50 centimètres inonderait 11 des 13 plus grandes villes du monde. Plus de la moitié (3,2 milliards) de la population mondiale vivent à moins de 200 kilomètres du littoral.

Le nombre croissant de pauvres dans les pays pauvres trouble quiconque est soucieux de justice sociale, de défense de l'environnement et de développement. Les gouvernements et la communauté internationale doivent reconnaître qu'il leur appartient de mettre fin à l'extrême pauvreté. La rapidité de la croissance démographique n'est qu'un souci parmi beaucoup d'autres, mais elle contribue à la détérioration de l'environnement, aux prélèvements excessifs sur les ressources en terre et en eau et à l'instabilité politique.

Les effets cumulatifs de la pauvreté persistante, de la malnutrition et de la mauvaise santé dont souffrent des masses innombrables; la discrimination sexuelle et les inégalités dans des domaines clés comme l'éducation et la santé, y compris la santé en matière de reproduction; de nouvelles menaces telles que le VIH/sida; les changements survenus dans l'environnement; et la contraction des ressources mises par la communauté internationale au service du développement sont susceptibles d'annuler les effets bénéfiques de la baisse de la fécondité enregistrée depuis une trentaine d'années, ce qui aurait des conséquences planétaires.

Tendances démographiques

Plus qu'en aucune année depuis 1969, date où le FNUAP a commencé ses activités, les tendances démographiques sont diverses et divergentes.

Fécondité élevée : La population augmente plus vite qu'ailleurs dans les pays les plus pauvres, qui sont aussi les moins capables de pourvoir aux besoins élémentaires et d'offrir des perspectives nouvelles à leur population. Dans chaque pays, les familles les plus pauvres sont aussi souvent les plus nombreuses, mais la maigreur des choix peut contribuer autant que la maigreur des ressources à déterminer le nombre d'enfants. Les groupes de population et les pays les plus touchés se trouvent surtout en Afrique et en Asie du Sud, mais il en existe dans chaque région en développement.

Les régions du monde où la population augmente le plus vite sont l'Afrique subsaharienne et certaines parties de l'Asie du Sud et de l'Asie de l'Ouest. La part de la population mondiale qu'elles réunissent n'a cessé d'augmenter depuis 40 ans. Comme dans d'autres régions avant elles, la population est en train d'y devenir en majorité urbaine.

Faible fécondité : En même temps, la fécondité tombe dans 61 pays au niveau de remplacement, sinon plus bas, et leur population pourrait baisser à long terme. Comme la fécondité diminue dans un nombre accru de pays, ce phénomène pourrait toucher des pays groupant non moins des deux tiers de la population mondiale. On ne voit cependant aucun signe d'une "pénurie de naissances" planétaire : leur nombre continuera de dépasser 100 millions par an au cours des 50 prochaines années. Le nombre de décès augmen-

tera durant la même période en raison du vieillissement progressif des populations.

Ce lent changement démographique appelle des choix politiques : il comportera des implications pour la structure des soins de santé, des pensions et de la sécurité sociale, pour les relations familiales et la responsabilité des générations les unes envers les autres. Les pays à faible fécondité s'adresseront aux personnes âgées actives et aux immigrants pour fournir certains services nécessaires et contribuer à l'activité économique.

Un choix possible semblerait consister à relever les taux de natalité et à augmenter le nombre d'enfants par famille, mais ce choix est fermé aux pays à faible fécondité. Il n'y a pas d'exemple qu'un pays ait jamais réussi à élever durablement les taux de natalité une fois qu'ils ont commencé à baisser.

Hausse des taux de mortalité et raccourcissement de la durée de la vie : Dans les pays les plus touchés par le VIH/sida, les taux de mortalité s'élèvent et l'espérance de vie tombe assez vite pour annuler les gains des 20 dernières années. Les chiffres publiés ont une valeur estimative et pourraient fort bien sous-évaluer l'impact complet de la pandémie. De nombreux pays répugnent encore à reconnaître la gravité du danger, mais en l'absence de mesures résolues et immédiates pour maîtriser la diffusion de la maladie toutes les données s'accordent à présager une catastrophe de plus grande ampleur. Beaucoup des pays les plus durement touchés comptent parmi les plus pauvres du monde et ne pourront combattre la maladie sans une aide extérieure massive.

Mouvements de population : De nombreux pays victimes d'une instabilité interne, de catastrophes naturelles et de bouleversement sociaux se caractérisent par une croissance démographique irrégulière et par des changements dans la répartition géographique de leur population. Certains pays ont enregistré l'arrivée soudaine d'immigrants, d'autres, une baisse de leur population due à l'émigration, surtout dans les ex-républiques soviétiques d'Asie centrale. Cette perte de population est probablement un phénomène à court terme, mais soulève certaines questions — par exemple, concernant le moyen de remplacer les compétences professionnelles de certains migrants.

On évalue à 13 millions le nombre de réfugiés qui ont fui leur pays pour échapper à la persécution, aux conflits armés ou à la violence. Un nombre indéterminé, mais considérable, ont été contraints de partir pour des raisons d'ordre social ou écologique, mais n'ont pas qualité de réfugié. Des dizaines de millions sont déplacés dans leur propre pays, dont beaucoup gonflent les effectifs des pauvres des zones urbaines⁴.

Dans toutes les régions, la migration internationale tend à s'inscrire au premier rang des préoccupations gouvernementales à mesure que le nombre de migrants augmente et que les problèmes qu'ils soulèvent revêtent plus d'urgence. La migration ne représente que 2 % de la population mondiale; mais l'impact des migrants sur les pays tant d'origine que d'accueil est hors de proportion avec leurs effectifs. Les migrants envoient chaque année dans leur pays d'origine plus de 70 milliards de dollars sous forme de rapatriement de salaires, et dans certains pays hôtes l'industrie est tributaire du travail et du savoir-faire de travailleurs étrangers.

On ne voit aucun signe d'une "pénurie de naissances" planétaire.

ENCADRÉ 2

Allongement de la vie + chute des taux de natalité = croissance démographique plus lente

Si la vie s'allonge, il y a davantage d'êtres humains. Comment cela aidera-t-il à ralentir la croissance démographique?

L'amélioration de la santé et l'allongement de la vie aident à répandre l'idée que la vie humaine est un investissement, non une loterie. L'expérience montre que, chaque fois qu'ils en ont le choix, les femmes et les hommes d'aujourd'hui veulent avoir moins d'enfants que les générations précédentes. Quand davantage de gens peuvent décider combien d'enfants ils auront, les familles sont moins nombreuses mais en meilleure santé, et en fin de compte les vies s'allongent et la croissance démographique se ralentit.

Si les familles sont moins nombreuses, pourquoi la population augmente-t-elle encore?

Les taux de fécondité et de natalité diminuent depuis longtemps dans de nombreux pays. Si les familles sont moins nombreuses, les taux de croissance démographique sont plus faibles et, à long terme, la population mondiale augmente moins chaque année. Les femmes des pays en développement ont deux fois moins d'enfants que ce n'était le cas en 1969.

Mais il y a aujourd'hui près de deux fois plus de femmes d'âge procréateur. S'ajoutant à une meilleure chance de survie des enfants et à l'allongement de la vie, ce fait explique que la population mondiale ait continué d'augmenter de 80 millions environ par an au cours de la dernière décennie. Le nombre annuel de naissances restera à peu près égal à ce qu'il est actuellement pour la plus grande partie des 20 prochaines années.

Le nombre de pays qui contribuent à la migration internationale semble avoir augmenté depuis quelques dizaines d'années.

La migration à l'intérieur des pays a d'immenses effets sur les perspectives de développement national et sur les conditions de vie de millions de personnes. La croissance des villes tient tant à la croissance démographique dans les villes mêmes qu'à l'exode rural. En de nombreux pays et régions, on enregistre désormais d'importants mouvements de population d'une zone rurale à une autre et d'une zone urbaine à une autre. Ces mouvements résultent de pressions excessives sur l'environnement et sur les systèmes de prestation de services, qu'ils contribuent à aggraver. Les groupes de population âgés et pauvres, en particulier les femmes âgées, se trouvent encore plus marginalisés quand leurs communautés se dépeuplent.

La CIPD : Un agenda qui ouvre des choix

La génération des jeunes d'aujourd'hui supporte à la fois le fardeau et les conséquences du choix. Ils décideront avec quelle rapidité le monde ajoutera à sa population actuelle le prochain milliard, puis un autre encore, et si la population mondiale doublera de nouveau. Les nouveaux milliards d'êtres humains naîtront-ils pour vivre dans la pauvreté et les privations? L'équité et l'égalité seront-elles instaurées entre les sexes? Quel effet la croissance démographique aura-t-elle sur les ressources naturelles et l'environnement mondial? C'est de leurs décisions que dépendra en partie la réponse à ces questions. Il s'agit de décisions personnelles, mais les choix individuels et collectifs des nations et de la communauté mondiale influenceront sur elles.

Malgré l'incertitude de la conjoncture démographique, malgré les faux pas du développement dans de nombreux pays et la baisse des ressources mises au service du développement par la communauté internationale, les chances de voir la liberté de choix s'imposer sont meilleures sur deux points essentiels que ce n'était le cas quand le monde a passé le cap des 5 milliards :

- Les pays sont parvenus à un large consensus sur la population et le développement et se sont mis d'accord sur la ligne d'action à suivre. Elle est fondée sur l'admission commune du fait que chaque pays souverain s'y conformera en fonction de ses propres priorités et perceptions; qu'une croissance démographique plus lente et mieux équilibrée au niveau planétaire est subordonnée aux choix libres et informés de chaque homme et de chaque femme; et que femmes et hommes doivent recevoir les moyens de faire leurs choix;
- Il y a des preuves matérielles de plus en plus nombreuses que cette ligne d'action répond aux besoins des individus et des nations et qu'en dépit de tous les obstacles elle est actuellement appliquée.

À la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire

ENCADRÉ 3

Objectifs de la CIPD — et nouveaux repères

La CIPD a approuvé une série d'objectifs interdépendants en matière de population et de développement, notamment une croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable, ainsi que l'équité et l'égalité entre les sexes. Les pays ont été invités à tenir compte des facteurs démographiques dans toutes les stratégies de développement et à s'efforcer d'éliminer la violence d'origine sexuelle et les pratiques traditionnelles nuisibles, dont la mutilation génitale féminine. Des objectifs quantitatifs ont été adoptés dans trois domaines :

- **Éducation universelle** — Élimination d'ici 2005 de l'écart entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire, et accès complet des filles et garçons à l'école primaire ou à son équivalent aussi vite que possible, et dans tous les cas avant 2015;
- **Réduction de la mortalité** — Réduction des taux de mortalité des nourrissons et des moins de 5 ans d'un tiers au moins, c'est-à-dire à un maximum de 50 et 70, respectivement, pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2000, et à moins de 35 et 45, respectivement, d'ici 2015; réduction de la mortalité maternelle à la moitié des niveaux de 1990 d'ici 2000 et à la moitié des niveaux de 2000 d'ici 2015 (c'est-à-dire, dans les pays où les taux de mortalité sont les plus élevés, à moins de 60 pour 100 000 naissances vivantes);
- **Santé en matière de reproduction** — Accès universel, d'ici 2015, à un éventail complet de méthodes de planification familiale sans danger et fiables et aux services connexes de santé en matière de reproduction et de sexualité.

L'examen CIPD+5 a permis de faire l'accord sur de nouveaux repères destinés à mesurer la réalisation des objectifs de la CIPD :

- Le taux d'analphabétisme des femmes et des fillettes en 1990 devra être réduit de moitié d'ici 2005. Le taux net d'inscriptions dans l'enseignement primaire pour les enfants des deux sexes devra être de 90 % au moins d'ici 2010;
- D'ici 2005, 60 % des centres de soins de santé primaires et de planification familiale devront offrir le plus large éventail possible de méthodes de planification familiale sans danger et efficaces, les soins obstétricaux essentiels, la prévention et la prise en charge des infections de l'appareil génital, dont les MST, et les méthodes à adjuvant pour prévenir l'infection; 80 % des centres devront offrir ces services d'ici 2010, et tous d'ici 2015;
- Au moins 40 % de toutes les naissances devront être assistées par des accoucheuses qualifiées là où le taux de mortalité maternelle est très élevé, et 80 % au niveau mondial, d'ici 2005; ces chiffres devront être portés à 50 et 85 %, respectivement, d'ici 2010; et à 60 et 90 % d'ici 2015;
- Tout écart entre la proportion des personnes faisant usage de contraceptifs et la proportion de celles exprimant le désir d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants devra être réduit de moitié d'ici 2005, de 75 % d'ici 2010 et disparaître en totalité d'ici 2015. Pour atteindre cet objectif, il conviendra de ne pas faire usage de chiffres cibles ni de quotas.

Reconnaissant que la situation créée par le VIH/sida est pire qu'on ne l'avait prévu à la CIPD, l'examen CIPD+5 a permis de convenir que, pour limiter la vulnérabilité à l'infection par le VIH/sida, au moins 90 % des jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans devraient avoir accès aux méthodes de prévention — comme les préservatifs masculin et féminin, les contrôles volontaires, la délivrance de conseils et le suivi — d'ici 2005, et 95 % au moins d'ici 2010; les taux d'infection par le VIH dans le groupe d'âge 15-24 ans devraient diminuer de 25 % d'ici 2005 dans les pays les plus touchés, et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010.

Source : Organisation des Nations Unies, 1999. *Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale (A/S-21/5/Add.1).*

De plus en plus de pays mesurent le succès des services de santé en matière de reproduction par leur capacité de répondre aux besoins de la population, plutôt que par leur effet sur les niveaux de fécondité.

en 1994, 179 pays sont parvenus à un consensus sur les rapports entre population et développement et ont fixé des objectifs pour 2015. L'examen mené après cinq ans en 1999 a montré que les objectifs de la CIPD restent non seulement pratiques et réalistes, mais en outre nécessaires à l'épanouissement individuel et à un développement équilibré.

La CIPD a reconnu, et l'examen a confirmé, que les pays adoptent des politiques de population et de développement fondées sur la qualité de la vie, le choix individuel et les droits de l'homme. Les politiques portent sur des problèmes tels que la pauvreté, la sécurité alimentaire, l'utilisation des ressources et les impacts écologiques; les données sur les effectifs de la population, sa répartition et les taux de croissance démographique servent à promouvoir un large développement plutôt que d'étroits buts sectoriels.

Dans ce groupe de plus en plus nombreux de pays, le succès des services de santé en matière de reproduction et services connexes se mesure par la capacité de répondre aux besoins et aspirations plutôt que par leur effet sur les niveaux de fécondité. Au nombre des préoccupations premières figurent l'offre d'un choix informé; l'accès aux populations pauvres ou rurales; et la haute qualité de tous les services.

La Conférence du Caire a également reconnu que pour répondre aux besoins de santé en matière de reproduction, il fallait fournir un large éventail de services, y compris la planification familiale, et en même temps prendre des mesures destinées à garantir les droits, informer les femmes et les émanciper dans tous les aspects de leur vie, enfin à mobiliser les hommes en tant que partenaires acquis à cette politique. Un point capital du consensus de la CIPD est que le degré de fécondité doit être déterminé par la décision volontaire des couples et des individus. L'idée s'est nettement imposée que des politiques permettant à chacun, et notamment aux femmes, d'exercer un choix dans tous les domaines conduiront à une diminution du nombre d'enfants et à une croissance démographique plus lente.

Les pays sont en train de modifier leur cadre juridique et d'appliquer la législation en vigueur afin d'atteindre ces objectifs. On met aussi de plus en plus l'accent sur les activités de plaidoyer et sur des partenariats entre gouvernement et société civile afin de parvenir aux objectifs de la CIPD.

L'accord existe sur les ressources nécessaires, bien que les pays et la communauté internationale n'aient pas encore donné suite à cet accord.

De nombreux pays ont très sensiblement progressé vers la réalisation des objectifs convenus à la CIPD, tous les pays ont pris certaines mesures et beaucoup gagnent davantage s'ils disposaient des ressources nécessaires. En même temps, nombre de groupes, surtout ceux qui représentent les femmes et les jeunes, exercent une pression pour que des mesures plus rapides et mieux centrées soient prises afin d'inscrire les promesses de la CIPD dans la réalité.

L'année "CIPD+5", 1999, a fourni l'occasion d'étudier l'application du Programme d'Action et d'encourager des mesures pour l'avenir. Le FNUAP, la Division de la population (ONU) et diverses organisations non gouvernementales ont mené des

enquêtes, tandis que le FNUAP organisait une série de réunions d'experts qui ont débouché sur un forum international tenu à La Haye en février 1999. Enfin, l'Assemblée générale des Nations Unies a tenu une session extraordinaire consacrée à la CIPD, du 30 juin au 2 juillet 1999.

Le Forum de La Haye et la session extraordinaire de l'Assemblée générale ont été l'occasion pour les gouvernements, les parlementaires, les ONG et les donateurs privés de mettre en commun leurs expériences et leurs points de vue. Ils ont évalué les progrès réalisés vers les objectifs du Programme d'action, examiné des problèmes tels que ceux de la migration et du vieillissement, défini de nouveaux repères pour mesurer le degré d'application, et formulé des recommandations afin d'adapter les activités à l'évolution des circonstances.

Des mesures ont été convenues dans plusieurs domaines : population et développement; santé en matière de reproduction et de sexualité; égalité des sexes, équité entre les sexes et émancipation des femmes; partenariats et collaboration; et mobilisation des ressources.

Population et développement

Durant les cinq années qui ont suivi la CIPD, les pays ont adopté de nouvelles politiques ou en ont adapté d'anciennes; intensifié le débat sur les politiques et ouvert le dialogue dans de nouveaux domaines.

- Près de la moitié des pays ont révisé leurs politiques à la lumière des vues nouvelles sur le rôle de la population dans le développement;
- Plus d'un tiers ont mis à jour leurs politiques de population afin de les harmoniser avec les objectifs de la CIPD ou ont intégré à leurs plans de développement à long terme des éléments relatifs à la qualité des soins de santé, à l'égalité des sexes et à l'équité entre les sexes, et à l'amélioration des systèmes d'information;
- Les deux tiers des pays ont introduit des mesures politiques ou législatives visant à promouvoir l'égalité des sexes et l'équité entre les sexes ainsi que l'émancipation des femmes. Notamment dans les domaines de la succession, du droit de propriété et de l'emploi, comme de la protection contre la violence d'origine sexuelle.

En outre, les stratégies de programme et les procédures de mise en oeuvre ont changé. De nouveaux mécanismes de suivi et de meilleurs moyens de collecte et d'utilisation des données ont été mis en place. Des organisations de législateurs, de femmes, de jeunes, de dirigeants traditionnels, d'avocats et de décideurs dans plusieurs domaines (culture, santé, etc.) participent aux activités de population et de développement.

L'enracinement de la démocratie, la participation élargie aux associations bénévoles et les progrès de la communication ont encouragé l'approche participative qui est au centre du Programme d'action de la CIPD. Le transfert au niveau local des responsabilités publiques, la

décentralisation de l'administration et d'autres changements institutionnels ont aussi considérablement modifié le contexte des activités de population et de développement.

Des taux en permanence élevés de croissance démographique rétrécissent la gamme des options de développement au niveau national, parce que les ressources disponibles doivent être consacrées aux services essentiels. Le ralentissement de la croissance démographique offre aux pays en développement la possibilité de consolider leurs structures sociales, économiques et politiques. La diminution du nombre des naissances et l'augmentation des effectifs de la population active ouvrent de meilleures perspectives d'amélioration de la santé et de l'éducation, d'investissement dans la formation professionnelle, en même temps que d'une création accélérée de la richesse collective et d'une participation sociale accrue.

Tel a été le chemin suivi dans l'Asie de l'Est et du Sud-Est et en de nombreux autres pays en développement. La baisse simultanée de la fécondité et de la mortalité a pour effet d'augmenter rapidement la proportion de la population active. Ce glissement démographique contribue à accroître l'épargne et l'investissement des ménages et de la nation, et en particulier les dépenses sociales⁵.

Mais le développement n'est pas un processus tout uni. La crise financière qui a éclaté en 1997 en Asie du Sud-Est a condamné des millions de personnes à la pauvreté et à une profonde détresse, qu'aggrave dans certains pays l'absence de cohésion sociale et d'institutions politiques solides. Une étude du FNUAP⁶ indique que la crise et les compressions qu'elle entraîne dans les programmes sociaux ont eu un impact social marqué, surtout concernant les droits des femmes et la santé en matière de reproduction (voir p. 17).

Les changements que les pays en développement ont apportés à leur politique sociale, en écho au consensus nouveau sur la population et le développement, exigent que des changements comparables soient introduits dans les structures économiques internationales pour renforcer le consensus et non l'affaiblir.

Jusqu'à présent, toutefois, les changements de perception en matière de population et de développement n'ont pas été suivis par des changements d'ampleur égale dans le domaine économique. La consommation privée a atteint 24 000 milliards de dollars en 1998, soit un chiffre qui a plus que doublé depuis les premières années d'existence du FNUAP, et les groupes et individus les plus riches en contrôlent une proportion plus forte que jamais. Le quintile le plus riche de la population mondiale consomme 66 fois plus de matériaux et de ressources que le quintile le plus pauvre. Le développement économique a pour effet d'augmenter les prix aussi bien que les revenus. Les femmes à faible revenu sont les plus pauvres, qui consacrent une part plus importante de leur revenu aux biens essentiels comme la nourriture et le logement et qui sont le plus tributaires des services publics, notamment santé, éducation et transports.

La CIPD a reconnu qu'il existe un lien indissoluble entre population et développement. L'examen CIPD+5 a recommandé aux gouvernements de :

- Chercher à mieux faire comprendre les rapports entre population, pauvreté, inégalité et manque

d'équité entre les sexes, santé, éducation, environnement, ressources financières et humaines, et développement;

- Réexaminer les études récentes sur la relation entre la baisse de la fécondité, d'une part, la croissance économique et la répartition équitable de ses fruits, de l'autre;
- Appeler l'attention sur les politiques macroéconomique, écologique et sociale et promouvoir les liens entre elles.

Investissement social, évolution démographique et développement

Des choix importants doivent être faits concernant les investissements dans l'éducation, notamment celle des fillettes et des femmes, et dans la santé, à savoir notamment la santé en matière de reproduction et la réduction de la mortalité. Toute décision d'investir dans ces secteurs peut donner le signal d'un changement spectaculaire du comportement procréateur et modeler l'évolution démographique future.

Les baisses de la fécondité et des taux de mortalité se renforcent mutuellement. On estime souvent que la baisse de la fécondité tient à plusieurs comportements : report du moment de la première naissance, espacement accru des naissances, et diminution du nombre d'enfants dans les dernières années de l'âge procréateur.

Les personnes qui ont moins d'enfants investissent davantage dans leur santé et leur éducation⁷. De ce fait, sur le plan des perceptions, si le coût de l'éducation d'un enfant augmente, les avantages escomptés d'une famille moins nombreuse mais mieux éduquée augmentent en même temps.

Les femmes qui ont été scolarisées comprennent que prendre correctement soin des enfants, c'est aussi se soucier de leur éducation. Plus les femmes ont un niveau d'éducation élevé, plus il est probable que ce sera aussi le cas de leurs enfants. Les mères qui ont reçu une éducation investissent plus volontiers dans la santé de leurs enfants et tirent parti des informations et services pour protéger leur santé.

Augmentation du taux de mortalité dans quelques pays

Dans un certain nombre de pays d'Europe de l'Est et de l'ex-Union soviétique, le taux de mortalité des adultes a augmenté pour tout un ensemble de raisons : diffusion de la pauvreté, mauvaise nutrition, aggravation de la tension nerveuse et du surpeuplement des habitations, maladies infectieuses et dégradation des services de santé.

À court terme, toutefois, le VIH/sida est le principal facteur qui affecte l'évolution démographique, parce qu'il cause le plus grand nombre de décès. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, l'épidémie a brutalement freiné les taux de croissance démographique, cela au prix de pertes immenses et tragiques pour les familles et les communautés.

Santé et droits en matière de reproduction et de sexualité

L'examen CIPD+5 a reconnu l'importance du droit à la santé, y compris la santé en matière de

Qui a moins d'enfants investit davantage dans leur santé et leur éducation.

En améliorant la qualité de l'information et des conseils et en faisant intervenir les communautés, on satisfait mieux les clients et on augmente la demande de services.

reproduction, dans la réforme du secteur sanitaire, et des recommandations ont été faites concernant les priorités de programme dans plusieurs domaines : planification familiale, santé maternelle, prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le VIH/sida, et santé des adolescents en matière de reproduction. Les gouvernements ont été notamment invités à :

- Rendre plus fréquente l'assistance de personnel qualifié aux accouchements;
- Remanier la législation concernant la santé en matière de reproduction;
- Augmenter les investissements destinés à améliorer la qualité et la disponibilité des services de santé en matière de reproduction et de sexualité, y compris une planification familiale de qualité, mais non imposée;
- Faire participer les communautés, les organisations non gouvernementales et le secteur privé à la conception, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des programmes;
- Encourager la responsabilité des hommes s'agissant de protéger leur propre santé et celle de leurs partenaires en matière de reproduction et de sexualité; de prévenir les grossesses non désirées et la diffusion des maladies sexuellement transmissibles; de partager les tâches concernant les soins ménagers et l'éducation des enfants; et d'aider à éliminer les pratiques nuisibles, la coercition et les violences sexuelles;
- Faire en sorte que les informations, services et produits relatifs à la santé en matière de reproduction, y compris les contraceptifs, soient accessibles à tous, afin de permettre à tous les couples et à tous les individus d'exercer leur droit de décider du nombre de leurs enfants, de l'espacement et du moment de leur naissance, et d'avoir les informations et les moyens de le faire;
- Reconnaître le lien entre mortalité maternelle et pauvreté, et travailler à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, à titre de priorité;
- Veiller à ce que les femmes aient facilement accès aux soins obstétricaux essentiels, à des soins de santé maternelle adéquats, à la présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence, à l'orientation et au transport vers des centres de soins plus spécialisés si nécessaire, aux soins post-partum et à la planification familiale;
- Dispenser une éducation et des services — y compris le dépistage du VIH à titre volontaire et la délivrance de conseils, ainsi que l'obtention facile de préservatifs féminins et masculins — afin de prévenir la diffusion des maladies sexuellement transmissibles et du VIH, ce qui doit constituer partie intégrante des soins de santé primaires;
- Mobiliser la société pour faire face aux facteurs sociaux et économiques qui aggravent le

risque de VIH et la vulnérabilité à cette maladie, et promouvoir un comportement sexuel responsable fondé sur le respect mutuel et l'égalité entre partenaires sexuels;

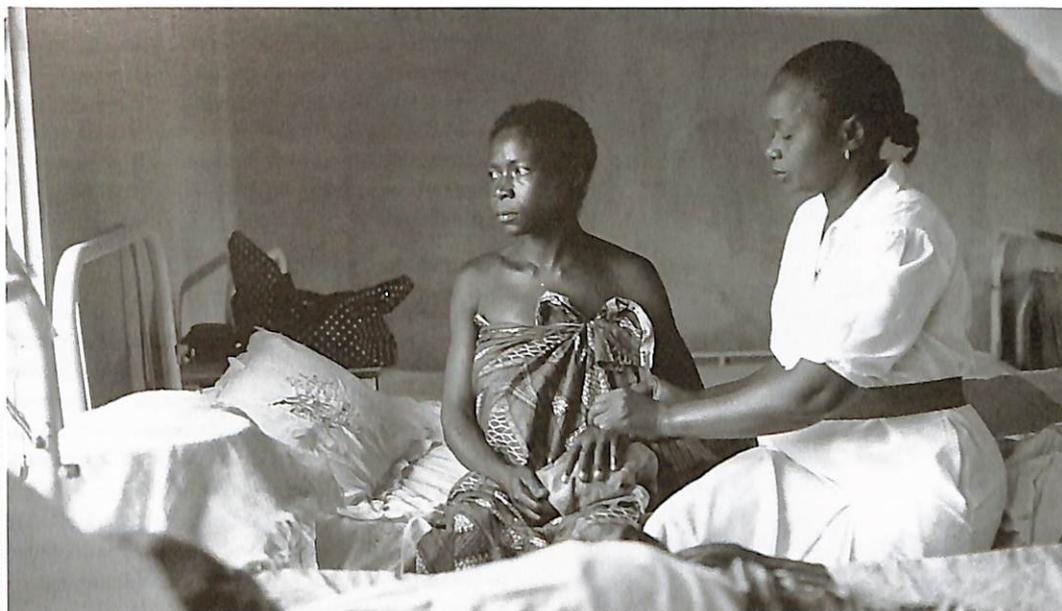
- Prévenir l'exploitation sexuelle des jeunes femmes et des enfants;
- Veiller à ce que les réfugiés et les personnes placées dans des situations d'urgence reçoivent des soins de santé et des informations en matière de reproduction et de sexualité, ainsi qu'une protection accrue contre les violences sexuelles ou d'origine sexuelle;
- Éliminer les pratiques traditionnelles nuisibles, comme la mutilation génitale féminine;
- Agir de concert avec les parents, les communautés, les écoles et la jeunesse pour faire en sorte que les adolescents reçoivent l'information, l'assistance et les services leur permettant d'observer un comportement responsable et sain en matière de reproduction et de sexualité.

Un choix plus large, une qualité meilleure

Conformément à l'approche basée sur les besoins qu'il a été convenu à la CIPD d'adopter concernant la santé en matière de reproduction, les programmes et politiques sont désormais conçus moins dans l'optique des prestataires de services que dans celle de leurs clients, bien que le changement de perspective ne s'opère pas à la même vitesse dans tous les pays. Dans les programmes couronnés de succès, les résultats se mesurent de plus en plus par la qualité des services, ainsi que par la capacité d'adaptation et la compétence des prestataires de services.

Mais il est plus difficile de mesurer la qualité que de faire des dénombrements, de sorte que depuis la CIPD on a consacré beaucoup d'efforts à trouver des moyens fiables d'évaluer la performance des programmes sur la base de nouveaux critères, par exemple en instituant une planification, un suivi et une évaluation participatifs. Les enseignements acquis commencent à être transposés en cycles réguliers de planification, d'action et d'examen, ce qui assure une amélioration continue. Ce processus est renforcé par la formation et le recyclage des prestataires de services, chez lesquels on suscite la détermination de fournir des services de qualité.

L'expérience faite au Népal, aux Philippines, au Ghana, au Kenya et dans d'autres pays montre que si le personnel reçoit une formation appropriée, la proportion des clients qui obtiennent des informations et conseils de meilleure qualité peut augmenter remarquablement en peu de temps, et que la participation communautaire amplifie les avantages de cette politique. Des programmes adaptables et centrés sur le client, qui bénéficient d'un financement suffisant et du soutien des services de gestion et qui d'autre part prêtent attention à de multiples préoccupations de santé, satisfont mieux la clientèle et la conduisent à espérer davantage. Cela attire de nouveaux clients au système, élargissant encore la demande de services intégrés. La qualité des services retentit sur les choix des clients et encourage les comportements



Les risques liés à l'accouchement n'ont pas beaucoup diminué. A gauche, une infirmière examine dans un service de maternité une femme qui n'avait pas reçu de soins prénatals et dont l'enfant est mort-né.

inspirés par le souci d'améliorer la santé individuelle et collective⁸.

Grâce à de tels efforts, les programmes nationaux apprennent plus rapidement à s'ajuster, à s'adapter à l'évolution des circonstances et à faire preuve d'une responsabilité accrue à l'égard de leur clientèle. Les gouvernements, le secteur privé, les organisations sociales, bénévoles et à base communautaire déploient en retour le maximum d'efforts.

Les obstacles

Mais toutes les préoccupations relatives à la santé en matière de reproduction qui sont énoncées dans le Programme d'action n'ont pas suscité la réaction voulue :

- Il a été difficile de dégager les ressources nécessaires pour réduire la mortalité maternelle ou de donner priorité à cet objectif, bien que les techniques à utiliser soient bien connues et largement accessibles et que l'on s'accorde unanimement à y voir une priorité. Une étude a établi que, là où la mortalité maternelle est très élevée — supérieure à un décès pour 100 femmes enceintes —, le risque pourrait être réduit de non moins de 80 % en fournissant des soins prénatals et des informations sur les signes précurseurs et en créant des services où les soins d'urgence soient dispensés⁹;
- Il a été difficile dans beaucoup de pays de fournir des informations et services appropriés aux adolescents et jeunes adultes célibataires.
- La pandémie VIH/sida s'est diffusée plus vite qu'on ne l'avait prévu en 1994, au moment de la CIPD.

Mortalité maternelle

Depuis le lancement en 1987 de l'Initiative pour une maternité sans risques, la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles a été un objectif des politiques et programmes gouvernementaux, mais les progrès sur ce point sont maigres ou inexistantes. Un effort systématique pour réduire le risque général lié à la maternité suppose une gamme étendue d'interventions :

aide d'un personnel qualifié durant et après l'accouchement; aiguillage et soins obstétricaux d'urgence, davantage d'informations et d'éducation sur la santé, la grossesse et l'accouchement, les soins prénatals et postnatals; meilleure nutrition; et accès accru des femmes aux ressources, à l'information et aux moyens de prendre elles-mêmes les décisions qui les concernent. L'examen CIPD+5 a permis de faire l'accord sur de nouveaux repères afin de réduire la mortalité maternelle.

Le débat sur la jeunesse

Il y a actuellement plus d'un milliard de jeunes âgés de 15 à 24 ans, c'est-à-dire le nombre le plus élevé qui ait jamais existé. Beaucoup sont mariés, bien que proportionnellement moins qu'il y a une génération; un plus grand nombre sont sexuellement actifs. Les jeunes d'aujourd'hui sont exposés à de nombreux risques : grossesses non désirées, VIH/sida et autres maladies sexuellement transmissibles, exploitation sexuelle et désaffection des parents et des communautés. Le nombre croissant de jeunes qui vivent à l'écart de leurs familles ou sont victimes de familles dysfonctionnelles constitue un sujet d'inquiétude majeur.

Quelle est la meilleure manière de répondre aux besoins des jeunes sur le plan de la santé en matière de reproduction? C'est le sujet de débats, et la décision doit être prise au niveau national. Il est souvent apparu difficile de concilier le rôle important des parents et la capacité des jeunes de prendre leurs propres décisions alors qu'ils sont près d'atteindre l'âge adulte; ou de définir le rôle de la société en tant que médiatrice d'un problème avant tout familial.

Mais on paie un prix élevé en méconnaissant le problème : mauvaise santé, promesses d'épanouissement individuel réduites à néant, troubles sociaux. Il existe de fortes raisons de croire qu'en offrant aux jeunes des choix informés, on développe en eux le sens de la responsabilité et on les encourage à devenir des adultes et parents responsables. A partir de cette conviction, de nombreux pays élaborent des politiques et programmes destinés à la jeunesse, notamment sur le plan de la santé en matière de reproduction; et on reconnaît de plus en plus l'importance de faire

S'attaquer aux actes de violence et de coercition dont les femmes sont victimes

Depuis la CIPD et la Conférence de Beijing, grâce aux efforts d'ONG de femmes du monde entier, il est de plus en plus reconnu que les femmes sont constamment en proie à la violence ou aux menaces de violence, ce qui contribue dans une large mesure à leur refuser la jouissance des droits de la personne humaine, y compris le droit à la santé en matière de reproduction.

À sa session de mars 1999, la Commission de la condition de la femme a étudié la violence sexuelle sous ses diverses formes.

La Commission a adopté et présente actuellement à l'Assemblée générale un Protocole facultatif se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Ce protocole établit des procédures permettant aux individus ou aux groupes de présenter au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des plaintes relatives aux violations de droits, une fois que les recours nationaux sont épuisés ou que les instances nationales prolongent l'examen des plaintes au-delà de tout délai raisonnable ou ne semblent pas devoir accorder une réparation. Le Protocole permettrait aussi au Comité de commencer des enquêtes sur les violations graves ou systématiques des droits des femmes dans les pays qui ont accepté la procédure d'enquête.

participer les jeunes eux-mêmes à l'élaboration et à la mise en oeuvre de ces programmes pour en assurer le succès¹⁰. Pour conseiller et informer les jeunes, certains programmes font appel avec succès aux membres plus âgés de la famille et à la communauté.

La CIPD a admis que les jeunes ont le même droit à la santé en matière de reproduction que leurs aînés, tout en reconnaissant que ce droit est un problème délicat en ce qui concerne les jeunes; les approches et les conclusions adoptées différeront selon les sociétés quant aux moyens d'assurer la santé des adolescents en matière de reproduction.

VIH/sida

On compte actuellement 11 nouvelles infections par minute, dont plus de la moitié frappent des jeunes âgés de moins de 24 ans. Les autres maladies sexuellement transmissibles atteignent aussi hors de toute proportion les jeunes des deux sexes; une maladie sexuellement transmissible non soignée décuple le risque d'infection par le VIH.

Les jeunes femmes courent un risque particulier parce qu'elles sont biologiquement prédisposées, parfois contraintes de subir des relations sexuelles non désirées et imposées par la force, et mal armées pour obtenir de leurs partenaires des relations sexuelles sans danger.

Dans les groupes qui suivent des comportements à risque élevé, la prévalence du VIH peut passer de moins de 5 % à plus de 50 % en l'espace d'un à deux ans¹¹. À partir de ces groupes (par exemple, prostituées et leurs clients, autres personnes ayant de multiples partenaires sexuels sans protection, toxicomanes partageant des aiguilles), le virus se répand aisément dans le grand public par l'intermédiaire de réseaux sociaux et de réserves de sang contaminé.

Des programmes de prévention bien conçus peuvent détourner une catastrophe encore plus dévastatrice. Certains pays touchés ont très bien réussi à faire baisser chez les jeunes l'incidence des

nouvelles infections par le VIH/sida. En Ouganda et en Thaïlande, le nombre de nouvelles infections, surtout parmi les jeunes, a diminué d'un tiers environ grâce à des campagnes intenses d'information et de protection. En particulier, les taux de prévalence ont reculé parmi les jeunes femmes qui se présentent pour recevoir des soins prénatals.

Égalité des sexes et émancipation des femmes

L'examen a invité les pays à promouvoir et protéger les droits fondamentaux des femmes et des fillettes, en suivant des politiques qui comportent notamment un refus absolu de tolérer la violence à l'égard des fillettes et des femmes et la promotion de la responsabilité masculine.

Durant les 30 années d'existence du FNUAP, la condition d'ensemble des femmes et leurs perspectives individuelles ont considérablement progressé. Le Programme d'action de la CIPD et le Programme d'action adopté par la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ont reflété plusieurs décennies d'efforts menés par elles ou en leur nom.

Ces progrès, s'ils sont encore incomplets, portent sur les points suivants :

- Amélioration des taux de scolarisation et d'alphabétisation;
- Participation accrue à la main-d'oeuvre rémunérée;
- Participation accrue aux tâches de gestion et d'administration;
- Usage plus général du droit de vote et représentation politique plus large;
- Modification du système juridique aux fins d'instituer et de protéger les droits de la femme en matière de mariage, de succession et de propriété;
- Accès accru aux ressources et contrôle de celles-ci grâce à des programmes d'emploi et de microcrédit;
- Reconnaissance du fait que la violence d'origine sexuelle est un problème social et non familial. De nombreux pays ont remanié leur législation et leur code de la famille afin de renforcer les mesures réprimant la mutilation génitale féminine, le viol, le mariage forcé, la violence familiale, le meurtre lié à la dot et les crimes "d'honneur". Par exemple, 15 pays africains ont banni la MGF;
- Renforcement des mécanismes permettant de considérer les problèmes relatifs aux droits de la femme comme touchant aux droits élémentaires de la personne humaine.

Les progrès accomplis sur le plan de la santé en matière de reproduction depuis 1969 ont directement contribué à l'émancipation des femmes. La capacité de faire des choix informés quant au nombre des enfants, au moment et à l'espacement des naissances permet de répondre

au besoin des femmes de recevoir une éducation, qu'une grossesse ou un mariage précoces interrompent souvent; et a pour effet d'améliorer la santé maternelle et infantile, ainsi que d'encourager la recherche d'une solution équilibrée sur le double plan de la vie professionnelle et familiale. La situation ainsi créée, à son tour, élargit l'éventail des choix pratiques et favorise l'avènement de familles plus saines.

De nombreux progrès considérables réalisés depuis la CIPD sont dus à la force mieux affirmée des organisations de femmes à tous les niveaux et à leur aptitude accrue de conclure des alliances fructueuses avec les gouvernements, aussi bien qu'avec les législateurs et les autres secteurs de la société civile, sur la base du consensus atteint à la CIPD. Grâce à leur action concertée, ces alliances se sont avérées capables d'obtenir des réformes de la législation et des mesures propres à les consolider, de changer les pratiques administratives et, de plus en plus, les attitudes sous-jacentes à l'égard des problèmes propres aux femmes.

Il reste beaucoup à faire pour affronter tant les menaces nouvelles que les problèmes encore non résolus. La pandémie du VIH/sida est bien pire qu'on ne le prévoyait en 1994. La prise de conscience, la participation, les initiatives sur le plan de l'organisation et de l'action n'ont pas encore fait reculer la féminisation continue de la pauvreté¹² ni diminuer la mortalité et la morbidité maternelles.

De nouvelles mesures sont nécessaires pour :

- Permettre aux femmes d'éviter les relations sexuelles et les grossesses non désirées, ainsi que les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida;
- Réduire l'intensité de l'agression sexuelle masculine, qui persiste, ainsi que les valeurs qui la sous-tendent;
- Améliorer la communication entre les époux ou avec leurs enfants concernant les divers aspects de l'activité sexuelle et procréatrice;
- Apprécier à leur juste valeur les contributions que les femmes apportent à leur famille et à la société;
- Offrir aux femmes des possibilités accrues de participer à la vie sociale et économique;
- Intensifier la participation des hommes à la vie de la famille et du foyer;
- Permettre aux hommes de partager les attentes et responsabilités et atténuer les frustrations qui sont l'une des causes des violences sexuelles.

Les rôles des hommes

La nécessité de faire participer les hommes à la lutte en faveur des droits et de la santé des femmes en matière de reproduction, et aussi de garantir la santé des hommes dans le même domaine, a soulevé des questions fondamentales quant à la conception et à l'orientation des programmes. Il s'est avéré difficile d'atteindre un accord sur les moyens d'aborder ces problèmes.

Les femmes sont plus exposées que les hommes aux maladies sexuellement transmissibles et autres risques de santé; mais, en de nombreuses sociétés, seuls les hommes sont habilités à prendre des décisions concernant la santé sexuelle. Les hommes doivent savoir apprécier les risques et les occasions perdues qui résultent de l'inégalité entre les sexes. Ils doivent apprendre à soutenir les droits des femmes en matière de reproduction et de sexualité et agir dans le cadre de partenariats plus étroits pour les faire reconnaître.

Les programmes doivent encourager les hommes à prendre des initiatives pour imposer les droits des femmes et leur émancipation dans la famille et la société; pour socialiser les jeunes garçons; pour améliorer la santé des femmes; et pour éliminer la violence et l'exploitation sexuelles.

Partenariats et participation

L'examen CIPD+5 a fait état en toute occasion de l'importance du partenariat pour atteindre ces objectifs.

Si le consensus de la CIPD a été dû aux gouvernements, les parlementaires, le secteur privé et les organisations non gouvernementales ont joué aussi un rôle important. Parmi les ONG et les groupes de la société civile ayant participé au processus d'examen, on compte des institutions spécialisées dans le développement, des groupes de femmes, des militants des causes de la santé et de la jeunesse, des groupes religieux, des associations professionnelles, des organisations de populations autochtones et des groupes communautaires.

À mesure que les pays se sont mis en devoir d'appliquer le Programme d'action de la CIPD, la participation de la société civile s'est intensifiée. Plus de 40 pays sont dotés de mécanismes officiels qui permettent aux ONG de prendre part au débat sur les politiques et, bien plus encore, de mécanismes officieux¹³.

Certains sujets d'inquiétude subsistent. De nombreuses ONG sont d'assez petite dimension, insuffisamment financées et tributaires de ressources techniques et financières extérieures; en outre, on ne sait pas toujours de qui elles représentent les intérêts. Les ONG peuvent soulever des questions embarrassantes, susceptibles d'être interprétées comme des attaques contre la politique nationale de développement plutôt que comme une critique constructive.

Ce sont là des préoccupations légitimes, mais l'examen CIPD+5 a reconnu qu'il fallait les affronter et mettre en place des mécanismes permettant une coopération entre les représentants du gouvernement, ceux du secteur privé et d'autres organisations de la société civile. Il est nécessaire de mieux étudier et utiliser les avantages et le potentiel comparatif des diverses organisations. Les organisations de la société civile constituent un atout précieux s'agissant de mobiliser les énergies au niveau national pour défendre et appliquer le Programme d'action.

La participation des ONG et du secteur privé est particulièrement importante à cause de l'évolution en cours du rôle des gouvernements en tant que prestataires de services sociaux de base. Un nombre croissant de pays adoptent un mode décentralisé de gestion et de prise de décisions. La participation des organisations locales sera

Plus de 40 pays se sont désormais dotés de mécanismes officiels permettant aux ONG de prendre part au débat sur les politiques.

Dans le domaine de la population et de la santé en matière de reproduction, l'aide internationale est très inférieure aux besoins des pays en développement.

essentielle pour fournir une voix, des informations et des services aux communautés et aux groupes de population — les pauvres, les célibataires, les jeunes sans famille, par exemple — qui risqueraient autrement la marginalisation et l'oubli. Les ONG jouent aussi un rôle important en ce qu'elles prêtent leur aide en période de crise ou de catastrophe, couvrent les besoins et représentent les intérêts des victimes.

Les gouvernements doivent prendre la décision positive de faire participer les communautés et leurs représentants au débat sur les problèmes de population et de développement. Ce choix peut préserver et protéger les aspects les plus précieux de la tradition et de la culture tout en jetant au rebut des pratiques nuisibles et hasardeuses. Le dialogue et la collaboration ont des résultats positifs, comme le montre le progrès réalisé par l'Association des anciens Sabinu dans le district de Kapchorwa, en Ouganda, vers le remplacement de la mutilation génitale féminine par une cérémonie saluant l'entrée des fillettes dans la société des adultes¹⁴.

Les améliorations introduites sur le plan de la participation et de l'information se renforcent mutuellement. Il est possible de rendre l'information généralement accessible à bas prix avec un plan équilibré d'utilisation des médias et d'extension du réseau local de communications. Quand information et communication sont conçues pour faire changer les comportements aussi bien que pour susciter une prise de conscience, elles peuvent stimuler une exigence de qualité et de responsabilité au niveau de la prestation des services¹⁵.

Pour atteindre les objectifs du Programme d'action de la CIPD, il faudra conclure des partenariats représentant un large éventail d'intérêts, de perspectives et d'objectifs de développement, y compris sur le plan de la santé et des droits en matière de reproduction. La société civile a un rôle à jouer dans la formulation des politiques et l'application des programmes. Les groupes de la société civile s'occupent de problèmes divers et l'éventail de leurs expériences et intérêts peut encourager des progrès dans des domaines relativement négligés, concernant par exemple la réponse à la violence sexuelle, le respect effectif des droits en matière de reproduction, l'adaptation des sociétés à l'évolution de la pyramide des âges, la modification des schémas non viables à long terme d'utilisation des ressources, la solution des problèmes posés par la migration et la promotion de l'égalité sexuelle. Les groupes qui s'intéressent chacun à un problème différent ont néanmoins un intérêt commun, qui est d'accélérer le développement économique et social, et ont besoin d'institutions publiques ouvertes au dialogue pour agir avec le maximum d'efficacité.

La question des ressources

Le partenariat a une dimension internationale. La mise en oeuvre du programme de la CIPD ne peut réussir sans une coopération entre pays industrialisés et pays en développement.

Le Programme d'action de la CIPD a indiqué en détail les ressources nécessaires à un minimum de programmes de population et de santé en matière de reproduction. Il a également précisé sur quels points devait porter l'investissement

pour émanciper les femmes, réduire la mortalité et la morbidité et dispenser une éducation élémentaire (notamment aux fillettes et aux femmes).

Les obstacles financiers à l'application du Programme d'action, sérieux dès le départ, se sont aggravés avec le temps. Les pays en développement et les pays en transition ont eu du mal à trouver les ressources nécessaires dans leurs propres budgets et la coopération pour le développement est également restée en deçà des espoirs. Quelques pays développés — Danemark, Norvège, Pays-Bas et Suède — atteignent l'objectif convenu par la communauté internationale pour l'aide au développement, qui est de 0,7 % du PNB; d'autres, comme le Royaume-Uni, ont promis de le faire. Mais quelques-uns des plus importants pays donateurs — dont l'Allemagne, les États-Unis et le Japon — sont très éloignés d'atteindre l'objectif.

Les gouvernements ont négocié des accords spécifiques à la CIPD, fixant en particulier le montant estimatif des ressources que les pays intéressés et la communauté internationale devaient fournir pour donner suite au consensus, ainsi que le calendrier des versements. Ils affrontent maintenant des décisions critiques : vont-ils engager ou non les ressources nécessaires pour inscrire leur vision dans la réalité? On a évalué à 17 milliards de dollars chaque année le montant nécessaire d'ici 2000 pour réaliser avec succès un ensemble minimal intégré d'activités de population et de santé en matière de reproduction. Un tiers environ de ces ressources (soit 5,7 milliards de dollars) serait fourni au titre de l'aide extérieure et deux tiers environ (soit 11,3 milliards de dollars) seraient mobilisés par les pays intéressés eux-mêmes.

En 1997, les pays industrialisés étaient parvenus au chiffre de 1,9 à 2,0 milliards de dollars, et les pays en développement, à 7,7 milliards de dollars environ. On ne prévoyait pas d'amélioration en 1998, ce qui veut dire que l'objectif fixé pour l'an 2000 sera manqué de beaucoup.

Sur le plan humain, l'insuffisance de ces ressources signifie que les femmes continueront d'endurer des grossesses non désirées ou de recourir à l'avortement; qu'elles continueront de mourir des suites de la grossesse; que la rapide diffusion du VIH/sida se poursuivra; et que les progrès dans le sens du respect des droits de l'homme et de l'égalité devant les soins de santé seront plus lents que jamais.

Si les pays industrialisés ont réduit leur aide au développement, les besoins d'urgence et les montants alloués aux secours en cas de catastrophe et aux missions de maintien de la paix ont rapidement augmenté. Il est clair à tous les yeux qu'une aide efficace au développement préviendra de nombreuses catastrophes et urgences et que le coût à long terme diminuera. Cependant, malgré toutes les exhortations et tous les engagements de nombreux pays, les principaux donateurs n'ont pas encore été tentés d'agir en fonction de la réalité perçue.

En même temps, les institutions du secteur privé et les fondations des pays donateurs, notamment aux États-Unis, jouent un rôle plus important. La Fondation des Nations Unies pour un partenariat international, la Fondation Packard et d'autres encore ont ouvert des crédits supérieurs à 500 millions de dollars en faveur de projets à exécuter dans les cinq prochaines années. Plus de 7 milliards de dollars ont été ajoutés à la dotation

Une mission du FNUAP : édifier le consensus

Quand le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), qui a pris ultérieurement le nom de Fonds des Nations Unies pour la population, a commencé ses travaux en 1969, l'intérêt pour la population se limitait dans le système des Nations Unies à la conduite d'enquêtes démographiques, sous l'égide de la Division de la population. Le débat sur les activités en matière de population était à peine possible au niveau international. En 1966, 26 pays en développement seulement avaient des programmes nationaux de planification familiale ou prêtaient un soutien de quelque ampleur à la planification familiale et, hors des pays riches, seule une petite minorité possédait un minimum d'information sur la planification familiale.

La croissance démographique était alors de 2 % par an, 2,5 % dans les pays en développement, ce qui s'est avéré un record absolu; et la fécondité dans les pays en développement était aussi à son niveau le plus élevé, soit six enfants par femme. Les experts étaient fort sceptiques quant à la possibilité de promouvoir avec succès la planification familiale dans les pays en développement ou de faire baisser les taux de croissance démographique grâce aux programmes de planification familiale. De rares programmes étaient centrés sur la santé des femmes, mais sans établir de lien avec l'accouchement ou la santé infantile.

Le FNUAP a commencé son action comme il n'a jamais cessé de la conduire depuis, en engageant le dialogue. Constatant que les pays africains, par exemple, s'intéressaient surtout à collecter des données démographiques et à se doter des compétences nécessaires pour les analyser, le FNUAP a prêté appui au Programme de recensement des Nations Unies dans plus de 30 pays, aidant 21 de ceux-ci à conduire un recensement pour la première fois. Les pays latino-américains avaient pour souci d'utiliser l'information démographique aux fins de la planification du développement, et le FNUAP a prêté appui au Centre latino-américain de démographie, le CELADE. En Asie, où les pouvoirs publics s'intéressaient beaucoup à la planification

familiale, le FNUAP a facilité son intégration aux programmes gouvernementaux de soins de santé maternelle et infantile et encouragé des organisations novatrices comme les associations nationales de planification familiale. De nombreux projets financés par le FNUAP ont été exécutés par ses partenaires du système des Nations Unies, ce qui a fait comprendre les problèmes de population et de développement et permis de créer un personnel compétent en la matière.

Au moment de la Conférence mondiale sur la population de 1974, le FNUAP était présent dans le monde entier, avec 52 millions de dollars à sa disposition et des programmes dans 97 pays.

La Conférence a été la première du genre tenue au niveau ministériel et le Plan d'action mondial pour la population alors accepté fut le premier consensus sur la politique à suivre dans le domaine de la population et du développement. Sous la direction de son premier Directeur exécutif, Rafael Salas, le FNUAP a joué un rôle important dans ce processus, s'affirmant comme un partenaire digne de confiance indépendamment de la position idéologique des différents pays.

Le FNUAP a compris de bonne heure que les droits et la condition des femmes n'importaient pas seulement en eux-mêmes, mais que le succès des politiques et programmes de population et développement en dépendait largement. Sous l'impulsion du premier chef de la Division des programmes, le docteur Nafis Sadik, qui allait devenir Directrice exécutive, le FNUAP s'est empressé d'accepter pour partenaires les organisations de femmes, et les gouvernements ont été invités à les faire participer au processus de développement.

Les partenariats du FNUAP avec les pays donateurs et les pays en développement ont aidé à démontrer que la population était une partie "programmable" de la stratégie de développement et que l'aide à la politique de la population pouvait être prêtée efficacement sans connotation idéologique et en conformité avec les priorités et les valeurs de pays souverains. Ces convictions ont joué un rôle essentiel dans l'édification du consensus mondial qui règne aujourd'hui.

de la Fondation William H. Gates en faveur de diverses initiatives dans le domaine de la santé et du développement. Ces nouvelles sources d'aide représentent une contribution importante dans des domaines spécifiques, mais ne sauraient remplacer un engagement des pays en faveur du développement au niveau mondial.

Le consensus de la CIPD reposait notamment sur l'idée que des investissements bien gérés dans un développement à long terme aideraient à édifier la capacité de gérer le développement et encourageraient l'autosuffisance, ce qui préviendrait l'apparition de conditions susceptibles de déboucher sur l'instabilité et l'insécurité au niveau national¹⁶.

Il faut d'urgence et à titre prioritaire accroître le volume et la diversité des ressources engagées et mieux les utiliser. De nouveaux efforts aux fins de mieux coordonner l'assistance, menés entre donateurs ainsi qu'avec les gouvernements et les institutions de la société civile, semblent devoir porter fruit; il s'agit notamment de la coopération Sud-Sud, de l'Initiative 20/20, et de l'Initiative pour l'Asie entreprise par l'Union européenne en coopération avec le FNUAP (voir chapitre 4).

Aller de l'avant

Le rapport de cette année sur l'*État de la population mondiale* fait le bilan de l'expérience des quatre premières années d'application du Programme d'action de la CIPD, étalé sur 20 ans, y compris les principales conclusions des réunions internationales d'examen menées en 1999, le Forum de La Haye et la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies.

La première conclusion est que les efforts menés pour appliquer le Programme d'action se sont considérablement amplifiés. Malgré la grave insuffisance des ressources, l'examen, après cinq ans, du bilan de son application a montré qu'une approche du développement centrée sur les besoins et les aspirations de l'individu peut créer des programmes intégrés sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité, faire progresser l'émancipation des femmes et mobiliser de nouveaux partenariats entre les gouvernements et la société civile.

Les réunions techniques, tables rondes, conférences régionales et réunions intergouvernementales de l'année écoulée, ainsi que des dizaines d'autres enquêtes et études entreprises par les

gouvernements, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales, ont donné d'abondantes preuves de l'ampleur des progrès réalisés. On y a fait des recommandations concernant les domaines clefs afin de consolider les progrès durant les prochaines phases d'application. Certaines mesures ont été plus faciles que d'autres à mettre en oeuvre et les progrès ont dépendu en partie du contexte local et institutionnel.

L'examen CIPD+5 a éclairci ce qui avait besoin de l'être afin de permettre de nouveaux progrès.

Les pays en développement ont besoin de ce qui suit :

- Des politiques de population et de développement énonçant de larges objectifs, définis en claire relation avec les ressources nécessaires pour les atteindre;
- Des structures institutionnelles capables de s'adapter à l'évolution des politiques;
- Une détermination d'instaurer l'équité et l'égalité entre les sexes, de faire davantage participer les femmes à l'élaboration des politiques et à la prise des décisions, d'instituer un partenariat entre les deux sexes et de prendre des mesures pour mettre fin à la violence d'origine sexuelle;
- Des mesures rapides conduisant à l'intégration des services de santé en matière de reproduction et à de meilleurs systèmes d'aiguillage;
- Des services mieux sensibilisés aux besoins, un souci accru de responsabilité à l'égard de ceux pour lesquels les services sont conçus, et une plus grande attention à la formation, à la stabilité et à l'administration du personnel;
- Une action résolue pour arrêter la diffusion du sida;
- L'engagement de fournir aux jeunes, y compris les femmes célibataires, des services et informations de qualité sur le plan de la santé en matière de reproduction;
- Une décentralisation plus efficace;
- Des améliorations de la qualité et du mode d'utilisation des données;
- Une collaboration plus étroite entre gouvernement et société civile.

Mais le premier de tous les besoins est que l'engagement de fournir des ressources soit tenu. Si cette condition n'est pas remplie, les efforts des pays en développement seront ralentis et, bien souvent, au point mort. Les pays donateurs ont la lourde responsabilité de combler l'écart entre les capacités des pays en développement et leurs besoins.

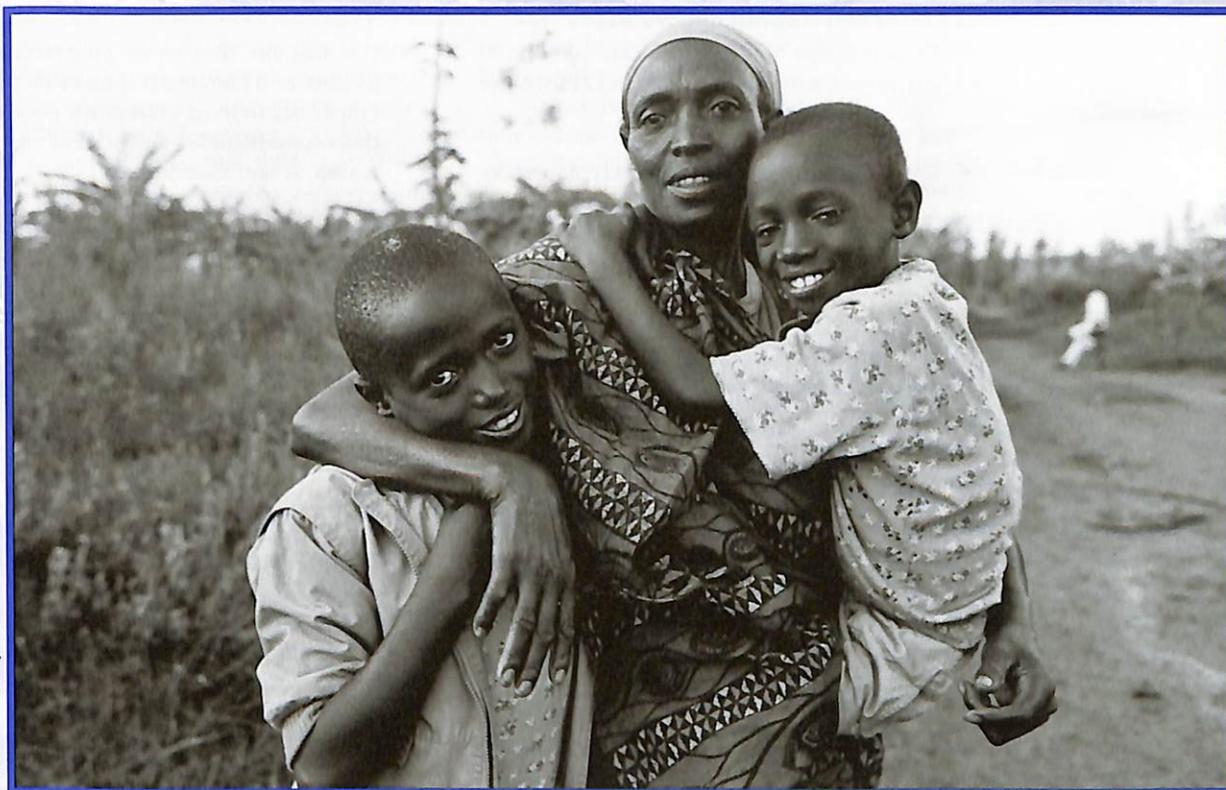
Les programmes, projets et stratégies au niveau national ont souvent du mal à coordonner les structures récemment élaborées et les fonctions récemment apparues. À mesure que les progrès se poursuivent, on verra peut-être qu'il ne s'est agi que de douleurs de croissance — de l'effet secondaire et momentané d'une force qui s'affirme. Mais la poursuite du développement sera subordonnée à l'engagement politique et à l'octroi de ressources financières, de la part tant du pays intéressé que de la communauté internationale.

L'examen CIPD+5 marque la dernière étape d'un processus engagé voici 30 ans. Dans l'interval, la population a cessé d'être la préoccupation propre des démographes et statisticiens pour faire l'objet d'un consensus mondial auquel adhèrent tous ceux qui s'intéressent au développement humain : elle a cessé d'être principalement une affaire de chiffres et de taux de croissance et inclut désormais les droits de la personne humaine, vus sous l'angle de la santé en matière de reproduction et de l'équité entre les sexes.

Le droit de choisir le nombre d'enfants et l'espacement de leur naissance et d'avoir l'information et les moyens nécessaires pour ce faire, affirmé pour la première fois en 1968, n'est plus exercé seulement par une poignée de privilégiés, mais par plus de la moitié des couples du monde entier. L'accès universel et égal des femmes et des hommes à l'éducation et aux soins de santé, y compris en matière de reproduction et de sexualité, est un objectif avoué de la politique de développement appliquée par les pays et la communauté internationale, et de plus en plus fréquemment atteint. Une politique de la population fondée sur les droits et les besoins est devenue un aspect pratique et indispensable de toute stratégie de développement.

Le FNUAP a joué un rôle de pointe s'agissant d'appeler l'attention sur les préoccupations nouvelles, d'édifier un consensus et d'encourager les initiatives aux niveaux tant national qu'international. La phase suivante, qui consiste à mobiliser la volonté et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du Programme d'action de la CIPD, constitue une tâche redoutable qui sera celle de la prochaine décennie.

Changements démographiques et choix individuels



UNINCEEF / 1029 / Betty Press

Le XXe siècle a assisté à des changements sans précédent tant dans la dynamique de la population que dans les progrès du développement humain. Les perspectives ouvertes à beaucoup de femmes et d'hommes dans le monde entier se sont élargies plus que jamais auparavant. En même temps, une grande partie de l'humanité est restée prisonnière du cercle vicieux de la pauvreté, de la mauvaise santé et de l'inégalité.

En raison de la coexistence de ces tendances démographiques et sociales divergentes, il nous incombe aujourd'hui de prendre des décisions engageant l'avenir. Nous avons actuellement des occasions uniques d'assurer le bien-être collectif et le respect des droits de l'homme à l'échelle mondiale et d'en recueillir des avantages prodigieux sur les plans économique et social; nous pouvons saisir ces occasions et briser le cercle vicieux en agissant avec décision et en fournissant les ressources nécessaires.

En 1994, la CIPD a formulé une approche détaillée des problèmes de population et de développement qui répond à beaucoup des tâches fondamentales qu'affronte la communauté mondiale — à savoir notamment l'allègement de la pauvreté, la fourniture de soins de santé et d'éducation et la préservation de l'environnement. Elle a reconnu l'importance primordiale de l'égalité des sexes et de l'équité entre les sexes, ainsi que de la satisfaction des besoins individuels, notamment sur les plans de l'information et des services de santé en matière de reproduction, objectifs qui représentent une fin en soi.

Photo : Une mère rwandaise et ses fils sont réunis en 1994 après une séparation de six mois due à la guerre civile. Dans le monde entier, les guerres et autres situations d'urgence ont déplacé des dizaines de millions de personnes.

Ni la Conférence ni l'examen CIPD+5 n'ont adopté d'objectif quantitatif concernant la croissance démographique, la structure ou la répartition de la population. En même temps, l'un et l'autre ont affirmé que l'application du Programme d'action contribuerait à une stabilisation rapide de la population mondiale, qui à son tour contribuerait pour une large part à la réalisation du développement durable.

Où nous en sommes aujourd'hui

- La population mondiale a quadruplé en 100 ans, taux d'accroissement inconnu avant notre siècle.
- L'espérance de vie augmente dans la plupart des pays. Un enfant né aujourd'hui a une meilleure chance que jamais auparavant de ne pas mou-

rir dès ses premières années d'existence et de jouir en bonne santé d'une longue vie.

- Il y a plus de jeunes (plus d'un milliard âgés de 15 à 24 ans) que jamais auparavant et, dans beaucoup de pays en développement, un pourcentage de la population plus élevé que jamais est d'âge actif. En même temps, il y a plus de personnes âgées que jamais et la population ne cesse de vieillir.
- Une majorité de plus en plus nombreuse de femmes et d'hommes disposent de l'information et des moyens nécessaires pour faire des choix concernant le nombre d'enfants et l'espace de leur naissance.
- L'éducation est devenue plus accessible, aux femmes aussi bien qu'aux hommes, et son importance est plus généralement reconnue.
- La communication et les voyages sont devenus plus faciles, ce qui accélère la circulation des idées et des personnes à l'intérieur de chaque pays et entre les pays.
- Les femmes acquièrent un contrôle croissant sur les choix dont dépend leur vie. Dans des contextes culturels différents, les femmes exigent l'égalité avec les hommes sur le plan de la participation sociale et économique, de la prise de décisions et du contrôle des ressources.
- La dégradation de l'environnement et le changement climatique, les maladies nouvelles, les bouleversements sociaux et l'instabilité économique sont autant de menaces contre la santé, les moyens d'existence et la sécurité de chacun, menaces dont la diffusion est plus générale et rapide que jamais auparavant. Heureusement, il en va de même des choix ouverts, de la technologie et du progrès social.

La tâche des années à venir est d'accélérer le développement économique et social, d'élargir le contrôle de chacun, femme ou homme, sur sa propre vie, y compris en matière de reproduction, et de rendre possible la jouissance par tous des droits fondamentaux. La stabilisation de la croissance démographique aidera à atteindre ces objectifs et en même temps sera facilitée par leur réalisation.

Population et développement : les politiques changent

Lors de la fondation du FNUAP, en 1969, de nombreux pays n'avaient pas de politique de la population. Beaucoup de pays en développement et la plupart des pays les moins avancés n'avaient jamais conduit de recensement. Faute d'informations de base, les stratégies nationales de développement tenaient rarement compte de l'impact de la croissance démographique, de la répartition de la population et de ses mouvements (dans le pays même ou au-delà de ses frontières), et de la pyramide des âges.

ENCADRÉ 6

Population et développement : conclusions nouvelles

La baisse des taux de mortalité et de fécondité offre à la plupart des pays en développement une occasion favorable et unique : grâce à la simultanéité de ces deux tendances, une part plus nombreuse de la population que jamais auparavant est d'âge actif. Le moment est encore plus favorable, mais dure moins longtemps, si la fécondité diminue plus vite. Pour tirer parti de ce "dividende démographique" en faveur du développement, il sera nécessaire d'offrir largement accès à l'éducation et à la santé (surtout la santé en matière de reproduction et de sexualité), à l'information et aux services, et de mettre fin à la discrimination contre les femmes dans le domaine de la participation sociale et de la prise de décisions.

Grâce à l'amélioration des données et des méthodes d'analyse, on voit mieux aujourd'hui comment le recul des taux de mortalité et de fécondité — et, dans une bien moindre mesure, l'accroissement des populations et des densités — peuvent stimuler la croissance économique. Ce sont les pays les plus pauvres qui sont le mieux en position de bénéficier de cette baisse s'ils réussissent à matérialiser leur potentiel de croissance.

La participation accrue des femmes à la main-d'œuvre du secteur structuré, qui souvent accompagne et accélère la baisse de la fécondité et ouvre de nouvelles perspectives en matière d'éducation, peut aussi comporter des avantages économiques. Les évaluations futures de la croissance des revenus devront tenir compte du travail des femmes au foyer et dans le secteur non structuré, ainsi que des coûts de la dégradation des ressources naturelles, qui ne sont pas actuellement pris en compte.

L'évolution démographique et économique retentit également sur la proportion des personnes vivant dans la pauvreté. Dans les pays pauvres à fécondité élevée, la pauvreté augmente parce que la croissance économique est retardée et que la répartition du revenu joue contre les pauvres.

Dans les premières étapes de la transition démographique, quand la mortalité diminue plus vite que la fécondité dans les ménages pauvres, la disparité de revenu entre les ménages pauvres et les autres risque d'augmenter. Quand les familles pauvres ont moins d'enfants, elles ont davantage de ressources à investir dans chaque enfant ou à épargner, ce qui réduit la pauvreté et l'inégalité. Au Brésil, 25 % des personnes nées en 1970 sont pauvres; on estime que la proportion de pauvres serait de 37 % si les familles avaient eu autant d'enfants en 1970 qu'en 1900. Pour réduire la pauvreté d'autant si la fécondité n'avait pas baissé, il aurait fallu une croissance économique suffisante pour relever chaque année de 0,7 % le PIB par habitant.

Le fait démontré qu'une fécondité élevée a pour effet d'aggraver la pauvreté justifie les investissements dans les programmes de santé en matière de reproduction et de planification familiale volontaire, cela dans le cadre d'une vaste stratégie de développement social.

Source : Nancy Birdsall, Allen C. Kelley et Steven Sinding (éd.), *Population Does Matter: Demography, Growth and Poverty in the Developing World* (à paraître), rapport du Colloque sur l'évolution démographique et le développement économique, conférence organisée par la Fondation Rockefeller, la Fondation Packard et le FNUAP du 2 au 6 novembre 1998 à Bellagio (Italie).

À mesure que les données devenaient disponibles, de nombreux pays se sont aperçus que leur population augmentait plus vite que prévu, ce qui avait pour effet d'entraver le développement économique et social. De chaque région du monde provenaient des demandes d'aide de plus en plus nombreuses aux fins de rendre plus aisément accessibles l'information et les services de planification familiale et de santé maternelle et infantile. La définition des politiques, la recherche, l'appui institutionnel, la formation et la collecte des données de base demeuraient des composantes essentielles de l'assistance en matière de population, mais une part croissante de l'investissement était consacrée à la prestation de services.

En devenant plus accessibles, l'information et les services de planification familiale ont satisfait à un désir croissant d'avoir des familles moins nombreuses, mais en meilleure santé, et ont aidé à quadrupler, ou peu s'en faut, depuis 1969 la proportion des couples qui font usage de contraceptifs. Durant la même période, l'accès aux services de santé de base s'est également amélioré et, dans les régions en développement, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de 10 ans. Le PIB annuel par habitant a augmenté dans l'ensemble des régions en développement, tout en restant à la traîne dans les pays les moins avancés.

Les enquêtes menées périodiquement par la Division de la population (ONU) ont montré qu'un nombre croissant de pays en développement prenaient des mesures visant à réduire la fécondité et la mortalité et que les courants migratoires et la structure d'âge de la population retenaient de plus en plus l'attention des pouvoirs publics.

Le Programme d'action de la CIPD a confirmé de nouveau le rôle capital de la population dans les stratégies de développement social et souligné l'existence de relations dynamiques entre population, développement économique et social, allègement de la pauvreté, qualité de l'environnement et émancipation des femmes.

Comme le rôle de la population dans le contexte du développement était toujours mieux reconnu, près de la moitié des pays en développement ont été conduits à remanier leurs politiques depuis 1994¹. Plus d'un tiers ont mis à jour leur politique de population afin de l'harmoniser avec les objectifs de la CIPD ou ont intégré dans leurs plans de développement à long terme des impératifs tels que la qualité des soins de santé, l'égalité des sexes et l'amélioration des systèmes d'information démographique.

En Afrique, de nombreux pays ont centré leur examen sur des problèmes généraux de population et de développement, notamment l'allègement de la pauvreté et le développement des ressources humaines. En Asie et dans le Pacifique, davantage de pays l'ont centré sur la santé en matière de reproduction et sur la mortalité². En Amérique latine, moins nombreux sont les pays qui ont procédé à un réexamen de leur politique, mais ceux qui l'ont fait, à savoir le Mexique, la Jamaïque, le Panama, la République dominicaine et Trinité-et-Tobago, ont répondu à des préoccupations locales telles que la répartition de la population et les besoins des jeunes et des personnes âgées, qui sont mal desservis.

Les deux tiers des pays du monde ont adopté des politiques ou des mesures législatives de nature

à promouvoir l'égalité des sexes et l'équité entre les sexes, ainsi que l'émancipation des femmes. Presque tous les pays d'Amérique latine ont introduit des mesures, une législation ou des changements institutionnels destinés à protéger les droits des femmes; près de la moitié ont une politique ou des plans d'action arrêtés au niveau national. Plus de la moitié des pays asiatiques et un certain nombre de pays africains (Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Namibie, Nigéria, Ouganda et Zambie) se sont préoccupés de protéger les droits des femmes dans des domaines tels que la succession, la propriété et l'emploi.

De nombreux pays ont renforcé leur législation et leurs programmes d'action afin de lutter contre les violences de caractère sexuel, à savoir notamment le viol, l'inceste, la violence familiale et la mutilation génitale féminine. Quinze États africains ont interdit la MGF, dont le Sénégal, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo.

Près des deux tiers des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, mais moins de la moitié des pays du monde, ont pris des mesures, par exemple dans le domaine de la législation du travail et de l'obligation d'entretien des enfants, qui visent à accroître la responsabilité des hommes dans leur comportement sexuel et procréateur et dans leurs rôles social et familial.

Soixante-sept pays ont modifié leur politique dans un sens qui souligne leur détermination de garantir les droits et la santé en matière de reproduction. Plus de 40 ont intégré cette perspective à la fourniture des services de santé. De nombreux pays ont pris soin d'améliorer la qualité des services de santé en matière de reproduction (voir Chapitre 3). Près de la moitié des pays du monde ont adopté des mesures nouvelles pour répondre aux besoins des adolescents sur le plan de la santé en matière de reproduction, souvent en collaboration avec les ONG et le secteur privé.

Les politiques sont désormais évaluées à la lumière de données plus diverses qu'auparavant. Durant les années 70 et 80, de nombreux pays ont élaboré des politiques de population et de développement de grande ampleur, mais les plans d'action portaient essentiellement sur la santé maternelle et infantile et sur la planification familiale. Les sections des plans nationaux de développement relatives à la population comportent des implications pour les politiques à suivre en de nombreux secteurs, dont l'emploi, l'éducation, la santé, la sécurité alimentaire, la protection de l'environnement, la participation sociale des femmes, l'action communautaire et l'administration locale. Les modifications d'ordre juridique et pratique intervenues dans ces divers domaines seront plus assurées du succès si tous ceux qui participent d'une manière quelconque à l'examen des politiques disposent d'informations précises et à jour sur les tendances démographiques et leurs implications.

En même temps, les réévaluations de politiques en cours interviennent dans un climat social et politique qui évolue très rapidement. La plupart des pays en développement ont entrepris des réformes économiques qui visent à libéraliser les relations économiques à l'intérieur comme à l'extérieur. Les réformes clefs ont été les suivantes : désinvestissement de l'État dans le secteur productif, adoption de politiques monétaire et budgétaire non expansionnistes, contraction de

Soixante-sept pays ont modifié leur politique dans un sens qui souligne leur détermination de garantir la santé et les droits en matière de reproduction.

l'appareil administratif de l'État, libéralisation des échanges et déréglementation du marché du travail. Dans ce nouvel environnement, les pays et les sociétés doivent devenir plus efficaces et plus compétitifs. Mais le danger existe de voir marginaliser encore davantage les pays petits et pauvres.

Les réformes économiques internes et la mondialisation ont influé sur les mouvements migratoires et la redistribution de la population, surtout en accélérant l'urbanisation. Ces changements démographiques, à leur tour, ont un impact sur la pauvreté, la santé, le logement et l'environnement, ce qui comporte des implications pour les politiques de population et les stratégies de développement.

Ces changements ont retenti sur le rôle des institutions nationales de planification. Un appel accru au secteur privé pour les activités de développement, ainsi que la décentralisation du pou-

voir et des services administratifs, imposent absolument de donner davantage accès à l'information et aux analyses démographiques pertinentes. Les institutions publiques ont un rôle important à jouer s'agissant de fournir les informations nécessaires pour créer des systèmes économiques compétitifs et en assurer la durabilité.

L'examen, après cinq ans, de l'application du Programme d'action de la CIPD a été notamment centré sur les domaines d'intervention prioritaires. Les tables rondes d'experts, les réunions techniques et les conférences régionales sur la population et le développement ont eu pour thèmes la population et le développement économique, la migration au-delà des frontières nationales, la société civile, la santé et les droits en matière de reproduction, et le vieillissement.

La population continue d'augmenter, et aussi de vieillir

Au début du XXe siècle, la population mondiale était d'environ 1,5 milliard; en 1960, elle avait doublé; et à la fin de 1999, elle a quadruplé, atteignant le chiffre de 6 milliards. Il est peu probable que la population mondiale augmente jamais de nouveau aussi vite qu'au cours des dernières décennies et surtout des 12 dernières années, au cours desquelles elle a augmenté d'un milliard.

L'accroissement annuel de la population mondiale est passé de 47 millions par an durant la période 1950-1955 à un chiffre record de 86 millions durant la période 1985-1990. Cette croissance sans précédent a été le résultat immédiat d'une baisse plus rapide de la mortalité que de la fécondité, l'une et l'autre à partir de niveaux de départ élevés. En conséquence, la population mondiale a atteint le quatrième, le cinquième et le sixième milliard en seulement 14, 13 et 12 ans, respectivement³.

Aujourd'hui, une "transition démographique" de taux élevés à de bas taux de fécondité et de mortalité est en cours ou est déjà intervenue dans une grande partie du monde. À bien des égards, les régions en développement sont désormais à mi-chemin environ de cette transition, c'est-à-dire à peu près au point qu'avaient atteint les régions développées il y a un demi-siècle.

Le taux de mortalité a diminué de moitié

La chute sans précédent de la mortalité est le fait le plus saillant qui explique la hausse rapide de la population mondiale, passée de 3 à 6 milliards depuis 1960. Cette tendance a commencé en fait au XIXe siècle et au début du XXe siècle, mais s'est intensifiée après la deuxième guerre mondiale parce que l'hygiène de base, l'eau salubre et les soins de santé modernes sont devenus plus généralement accessibles. Depuis 1950, le taux de mortalité a diminué de moitié, tombant d'une vingtaine de décès à moins de 10 par an pour 1 000. En même temps, l'espérance de vie moyenne au niveau mondial est passée de 46 à 66 ans.

La population mondiale est en meilleure santé que par le passé, depuis la petite enfance jusqu'à

ENCADRÉ 7

La crise de l'Asie du Sud-Est risque d'effacer les progrès du développement

Une crise économique de l'Asie du Sud-Est, qui a commencé en 1997, offre une sévère mise en garde : une crise financière d'ampleur mondiale peut faire reperdre tout ce qui avait été gagné sur le plan du développement grâce aux investissements dans le secteur social.

Depuis près de 30 ans, la région a connu une croissance stupéfiante accompagnée par des investissements massifs dans la santé et l'éducation, auxquels on attribuait dans une large mesure des changements tels que la diminution du nombre d'enfants par famille, l'élévation du niveau de vie et l'amélioration de la condition féminine.

La crise survenue en Indonésie, en Malaisie, aux Philippines et en Thaïlande a aggravé la pauvreté et le chômage, réduit la fréquentation scolaire et diminué le financement des programmes sociaux, dont les programmes de population et de santé en matière de reproduction. Les données préliminaires font penser que les remarquables progrès accomplis dans la région au cours des 30 dernières années ont été reperdus — et que ce sont les femmes et les enfants qui en souffrent le plus.

La crise a sensiblement augmenté les taux d'abandon scolaire dans l'ensemble de la région. Le taux de chômage a brutalement augmenté, surtout en Indonésie, et frappé en particulier les secteurs où les femmes sont employées. Les suppressions d'emploi en milieu urbain ont inversé les courants traditionnels de migration des campagnes vers les villes et créé une nouvelle classe de pauvres dans les villes.

Dans certaines régions de l'Indonésie, la chute des revenus réels et la hausse du prix des vivres et autres produits de base se sont conjuguées pour accroître l'incidence de la malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants.

La crise a rendu la vie quotidienne des femmes encore plus pénible et fait de l'égalité des sexes et de l'équité entre les sexes un objectif encore plus lointain. L'aggravation de la pauvreté a exposé encore davantage les femmes à grossir les rangs des travailleurs de l'industrie du sexe et, vu le manque de services, ces nouvelles recrues sont mal équipées pour se protéger des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida.

Les programmes de santé en matière de reproduction continuent d'être négligés, car les ressources budgétaires sont consacrées en premier lieu à lutter contre la faim, l'aggravation de la pauvreté, le chômage et le risque de troubles sociaux. Les données préliminaires indiquent que le nombre d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses a augmenté, tandis que les services de planification familiale ne disposent que de moyens limités pour offrir des conseils d'après-avortement. Les activités de promotion sanitaire et les prestations médicales, y compris les programmes de prévention et de traitement du VIH/sida et des MST, ont été amputées. L'insuffisance de l'accès aux services de santé en matière de reproduction destinés aux adolescents, surtout aux filles, pose un problème encore plus aigu.

Source : FNUAP, 1999. *South-east Asian Population in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York, FNUAP.

la vieillesse. La mortalité infantile au niveau mondial est tombée des deux tiers depuis 1950, soit de 155 à 57 pour 1 000 naissances vivantes; selon les prévisions, ce taux sera réduit des deux tiers d'ici 2050. La mortalité maternelle a également baissé, mais beaucoup plus lentement et moins généralement (voir Chapitre 3). L'amélioration des taux de vaccination et d'éducation sanitaire sont d'autres tendances favorables.

L'allongement de la vie et l'amélioration des traitements médicaux ont entraîné, entre autres effets positifs, la diminution du nombre annuel de décès, supérieure à 10 % entre 1955 et 1975, alors que la population mondiale augmentait de près de 1,5 milliard. Par la suite, le nombre de décès a commencé d'augmenter. Il est actuellement de 52 millions par an, soit le même qu'en 1950, alors que la population mondiale était inférieure à la moitié du chiffre actuel.

Depuis 1950, les taux de mortalité ont baissé sensiblement dans les régions en développement, mais sont demeurés à peu près constants dans les régions développées parce qu'elles comptent une proportion plus élevée de personnes âgées.

La fécondité baisse, mais inégalement

Le nombre annuel de naissances dans le monde est passé de 98 millions en 1950 à un maximum de 134 millions à la fin des années 80 et, selon les prévisions, demeurera de peu inférieur à 130 millions durant les 20 prochaines années, tandis que les taux de mortalité augmentent lentement à mesure que se poursuit le vieillissement de la population mondiale.

Si quelques rares pays voient leur population diminuer, 61 pays (qui regroupent environ 44 % de la population mondiale) ont déjà des taux de fécondité inférieurs au niveau de remplacement (c'est-à-dire moins de 2,1 naissances par femme). Il est prévu que le nombre de ces pays passera d'ici 2015 à 87, qui représenteront environ les deux tiers de la population mondiale.

D'autre part, en 2050, 130 pays auront encore des taux d'accroissement démographique positifs, supérieurs dans 44 d'entre eux à 1 % par an, soit environ le taux observé dans les régions développées en 1965.

Durant la période 1950-1955, le taux moyen de fécondité dans les régions développées était de 2,8 enfants par femme. Il est tombé depuis à 1,6 et devrait remonter légèrement, atteignant 1,8 d'ici le milieu du prochain siècle. Dans les régions en développement, le taux de fécondité atteignait presque 6,2 en 1950. Il était légèrement inférieur à 3 en 1999 et devrait tomber en dessous de 2,1 d'ici 2045.

La fécondité a baissé le plus rapidement en Amérique latine et en Asie, moins rapidement en Afrique du Nord et dans le Moyen-Orient, et beaucoup plus lentement encore en Afrique subsaharienne. En Asie, la fécondité a chuté radicalement au cours des 50 dernières années, tombant de 5,9 à 2,6 enfants par femme. En Afrique subsaharienne, elle a diminué beaucoup plus lentement, tombant de 6,5 à 5,5. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la baisse a été de 5,9 à 2,7; en Afrique du Nord et en Asie occidentale, de 6,6 à 3,5.

La fécondité est tombée en Europe de 2,6 à 1,4, soit bien au-dessous du niveau de remplacement. D'autre part, en Amérique du Nord, elle est tombée de 3,5 durant la période 1950-1955 à 1,8 à la fin des années 70, pour remonter ensuite à 1,9 ou 2,0 et s'y fixer jusqu'à présent. Selon les prévisions, elle sera encore de 1,9 environ au milieu du XXI^e siècle.

Les variations entre les régions et à l'intérieur d'une même région, ainsi qu'entre différents groupes de population d'un même pays, restent considérables. Certaines nations, comme le Brésil et la République de Corée, ont vu leur fécondité tomber à un niveau voisin du seuil de remplacement ou au-dessous; dans d'autres, comme le Nigéria et le Guatemala, elle n'a que légèrement baissé. Cependant, la baisse s'est effectuée à une vitesse très inégale en différents points tant du Brésil que du Nigéria.

L'espoir de trouver une explication simple et cohérente à la transition démographique⁴ a été déjoué à maintes reprises par les données tirées d'expériences locales⁵. En fait, il n'existe pas de relation statistique étroite entre les indicateurs de développement et les taux de fécondité; les démographes, les économistes et les dirigeants discutent sans fin des raisons de la baisse de la fécondité. Si le développement est encore considéré comme un facteur important, on ne voit pas bien pourquoi les transitions surviennent plus vite en certains lieux qu'en d'autres. Le rythme du développement ne semble pas affecter le moment où commence la transition, ni sa rapidité relative. Cependant, une fois la transition entamée, la fécondité baisse plus vite dans les pays dont le développement est plus avancé⁶.

Aider femmes et hommes à avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent

Il semble clair que le nombre d'enfants souhaité par les femmes et les hommes dépend en partie d'un certain nombre de facteurs : recul de la mortalité; meilleures perspectives d'avenir, surtout pour les femmes; possibilités d'emploi; revenus, et accès à l'éducation. Mais femmes et hommes ne peuvent concrétiser leurs souhaits s'ils n'ont pas les moyens de tirer parti des possibilités et choix offerts. L'établissement et la consolidation progressive des programmes de population au cours des 30 dernières années⁷ — avec la mise au point et la distribution de formes de contraception plus efficaces et moins dangereuses — ont joué un rôle décisif dans la réduction des taux de fécondité⁸. Les programmes de population, a-t-on affirmé, expliqueraient pour moitié environ la baisse de la fécondité depuis 1960⁹. L'approche adoptée dans ces programmes depuis la CIPD est fondée sur la prise en considération des droits et des besoins de l'individu.

La diffusion de l'information relative aux techniques de planification familiale et les idées nouvelles sur les problèmes sociaux — y compris le droit des femmes à la santé en matière de reproduction et à l'égalité des chances — facilitent la transition¹⁰. Les conversations et débats entre parents, amis et voisins, la diffusion des idées entre communautés et les images imposées par les médias conduisent à changer les préférences et le comportement. Cela peut expliquer pourquoi les changements interviennent souvent plus vite dans les pays où communautés et individus sont en

Les taux de mortalité ont diminué de moitié depuis 1950, ce qui explique en grande partie l'accroissement rapide de la population mondiale.

Les programmes de population ont joué un rôle capital dans la baisse des taux de fécondité au cours des 30 dernières années.

contact par des voies diverses et plus lentement là où l'interaction sociale est moins aisée. Si tel est le cas, partout où la transition est lente, on pourrait l'accélérer en améliorant les communications¹¹.

Il reste très difficile aux démographes de prévoir ce qui se passera dans un pays donné à la fin de la transition : la fécondité se stabilisera-t-elle au-dessous, aux environs ou au-dessus du taux de remplacement? Ou rebondira-t-elle? Ou suivra-t-elle quelque schéma peu stable?

Changer les hypothèses sur l'avenir de la fécondité

À la fin de 1998, la Division de la population (ONU) a publié ses plus récentes prévisions démographiques aux niveaux mondial, régional et national jusqu'à 2050 (voir p. 3). La Division de la population propose de nouvelles prévisions tous les deux ans sur la base de données mises à jour et de remaniements de sa méthodologie. Dans le cas de la révision de 1998, les deux facteurs ont eu un impact substantiel sur les prévisions à long terme¹².

Selon les dernières prévisions, la population mondiale passera à un chiffre compris entre 7,3 et 10,7 milliards d'ici 2050; la prévision moyenne, considérée la plus vraisemblable, s'établit à 8,9 milliards. Les hypothèses fondamentales dont dérivent ces résultats ne sont autres que les taux mondiaux de fécondité, qui devraient tomber à un chiffre compris entre 2,5 et 1,6 naissances par femme d'ici 2050. Selon le scénario médian, le taux de fécondité pour l'ensemble des pays en développement tomberait exactement à 2,1 d'ici 2050. Pour les régions développées, les taux de fécondité devraient se placer, selon les pays, à un chiffre compris entre 1,7 et 1,9.

Ces hypothèses font ressortir les incertitudes inhérentes aux prévisions démographiques. Les

prévisions de l'ONU n'ont cessé d'être ajustées en fonction des informations nouvelles et se sont avérées remarquablement exactes à long terme. Toutefois, il semble peu vraisemblable que le Congo, le Nicaragua et le Kazakhstan, dont les taux de fécondité actuels sont de 6,1, 4,4 et 2,3 naissances par femme, respectivement, auront tous en 2050 un taux de fécondité identique de 2,1. De même, il n'est nullement certain que le taux de fécondité de l'Italie passera de 1,2 à 1,7 ou que celui des États-Unis tombera d'ici 2050 de 2,0 à 1,9, comme le suppose la prévision moyenne. Les taux de fécondité nationaux demeureront imprévisibles à long terme. Les démographes, y compris ceux de l'ONU, conduisent des analyses pour améliorer le degré d'exactitude des scénarios ou les assortir de quelque certitude scientifique¹³.

Niveaux d'éducation et baisses de la fécondité

Dans l'ensemble du monde en développement, le taux d'alphabétisation et le nombre d'années de scolarisation ont augmenté pour les deux sexes au cours des 40 dernières années¹⁴. Démographes et sociologues ont observé que l'amélioration du niveau d'éducation des femmes et des fillettes est en relation étroite avec l'amélioration de l'état sanitaire et la baisse des taux de fécondité.

Les taux de scolarisation ont augmenté depuis 1960 dans toutes les régions et à tous les niveaux d'enseignement, surtout au niveau primaire¹⁵. Dans l'Afrique subsaharienne, cependant, le taux de scolarisation primaire n'était encore que de 75 % en 1995 et a en fait diminué depuis 1980. Ce taux a aussi baissé récemment dans d'autres pays touchés par des crises financières¹⁶.

Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 53 % des effectifs du groupe d'âge concerné étaient inscrits dans des écoles secondaires en 1995, contre 41 % seulement en 1980. Ces chiffres sont faibles en comparaison des pays à revenu élevé, où pratiquement tous les enfants suivent au moins en partie l'enseignement secondaire et où 35 % ont accès à l'enseignement supérieur (du premier, deuxième ou troisième cycle).

Les données limitées dont on dispose sur le nombre d'années de scolarisation illustrent combien l'inégalité est encore marquée. Par exemple, au Burundi, la durée moyenne de scolarisation pour hommes et femmes est de cinq et quatre ans, respectivement. Au Costa Rica, elle est de 10 et neuf ans; au Canada, de 18 et 17 ans.

Dans les pays à faible revenu, un écart sensible subsiste dans la représentation des deux sexes parmi les enseignants et les élèves, mais la situation est en train de s'améliorer : les filles représentaient 42 % des élèves en 1980, et 44 % en 1995; 32 % des enseignants étaient de sexe féminin en 1980, et 39 % en 1995. Dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé, la différence est beaucoup moins marquée : les garçons/hommes sont encore plus nombreux dans les deux groupes, mais seulement de quelques points de pourcentage.

Pour favoriser la promotion sociale des filles, certains pays ont commencé d'encourager leur scolarisation en les exemptant de droits d'inscription ou en fournissant une petite allocation en numéraire

ENCADRÉ 8

Des faits nouveaux, heureux ou malheureux, expliquent l'abaissement des prévisions démographiques

Le dernier chiffre de la population mondiale donné par la Division de la population (ONU) pour 2050, soit 8,9 milliards (prévision moyenne), est sensiblement inférieur à celui de 9,4 milliards avancé en 1994. En réponse, certains commentateurs ont parlé avec inquiétude des "disparus". C'est là une notion erronée.

Cette prévision plus basse s'explique d'abord par une bonne nouvelle : les taux mondiaux de fécondité ont diminué plus rapidement que prévu, car les soins de santé, y compris de santé en matière de reproduction, se sont améliorés plus vite qu'on ne s'y attendait et, d'autre part, hommes et femmes ont choisi d'avoir moins d'enfants.

Mais l'abaissement des prévisions démographiques à long terme s'explique pour un tiers environ par la hausse des taux de mortalité enregistrée en Afrique subsaharienne et dans certaines parties du sous-continent indien. Le facteur le plus important en est le VIH/sida, qui se répand beaucoup plus vite qu'on ne s'y était attendu.

En outre, les démographes de l'ONU ont adopté des techniques prévisionnelles perfectionnées. Auparavant, on admettait que les pays où les taux de fécondité sont inférieurs au seuil de remplacement rejoindraient celui-ci d'ici 2050. L'hypothèse actuelle est que ces mêmes pays auront en 2050 des taux de fécondité compris entre 1,7 et 1,9 naissance par femme (plutôt que 2,1).

ou en vivres à celles qui fréquentent l'école, ainsi qu'en adaptant le système scolaire de manière à faciliter leur participation. Depuis 1990, le Comité bangladais de promotion rurale, par exemple, a ouvert plus de 30 000 écoles qui offrent une éducation primaire de type non structuré : les filles représentent 70 % de leurs élèves¹⁷.

Les analyses récentes conduites pour la Banque mondiale¹⁸ font apparaître des différences sensibles de scolarisation des enfants en fonction du revenu, et des profils régionaux de scolarisation distincts parmi les populations pauvres. Par exemple, en Amérique latine, les enfants des familles pauvres sont presque tous scolarisés la première année d'enseignement primaire, mais les abandons sont nombreux année après année, tandis qu'en Asie du Sud et en Afrique de l'Ouest ou centrale, ces enfants ne sont pour la plupart jamais scolarisés.

La différence entre enfants de familles aisées et enfants de familles pauvres concernant le nombre moyen d'années de scolarisation varie considérablement selon les pays, allant d'une année seulement à non moins de 10. Bien souvent, le niveau de revenu des familles a ici plus d'importance que le sexe de l'enfant¹⁹. Toutefois, les fillettes de familles pauvres pâtissent d'un double handicap qui peut gravement limiter leurs perspectives.

Près d'un adulte sur quatre dans le monde — soit environ un milliard de personnes — ne sait pas lire, écrire ni faire des opérations arithmétiques simples²⁰.

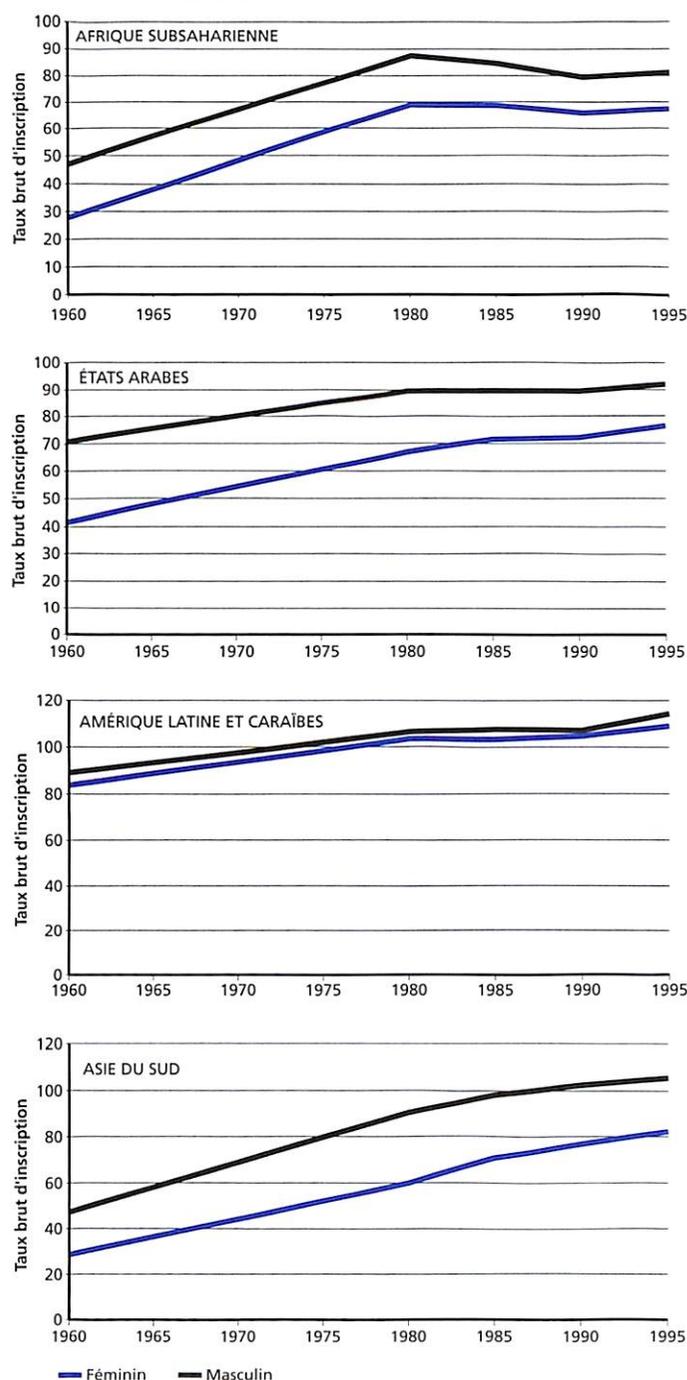
Grâce à l'éducation, des familles moins nombreuses et en meilleure santé

La corrélation entre niveau d'éducation de la mère et taux de mortalité infantile est l'une des plus marquées et des plus constantes en démographie : les enfants des femmes qui ont une scolarité relativement longue ont beaucoup plus de chances de dépasser la première enfance²¹. Les mères qui ont un niveau d'éducation plus élevé reçoivent de meilleurs soins de santé, se marient plus tard et recourent beaucoup plus fréquemment à la contraception pour espacer les naissances. Elles sont mieux armées pour obtenir et évaluer des informations sur les soins de santé, la prévention des maladies et la nutrition. Elles ont aussi plus large accès aux ressources, grâce à la possibilité d'exercer un emploi, et savent mieux les gérer. Enfin, elles discernent généralement mieux les avantages d'éduquer leurs enfants.

La corrélation entre niveau d'éducation des femmes et fécondité est complexe, mais la règle dans la plupart des pays est que plus longue est la scolarisation d'une femme, moins d'enfants elle tend à avoir. Dans un petit nombre de pays, notamment en Afrique subsaharienne, la fécondité augmente légèrement pour les femmes qui ont été scolarisées quelques années, puis tombe à mesure que la durée de scolarisation s'allonge²². Toutes les études récentes montrent que plus une femme a passé d'années dans l'enseignement secondaire, moins elle est féconde.

Les femmes instruites utilisent plus souvent des méthodes modernes de contraception et se marient généralement plus tard. En outre, les parents instruits, hommes ou femmes, souhaitent généralement moins d'enfants que les parents moins instruits et les femmes instruites agissent souvent de

DIAGRAMME 2: Niveau d'éducation par sexe et par région



Note: Les taux bruts d'inscription dans le primaire indiquent le nombre d'élèves pour 100 sujets du groupe d'âge concerné. Les taux supérieurs à 100 s'expliquent par les cas de scolarisation tardive, de fréquentation scolaire interrompue ou de redoublement.

Source: UNESCO, *Rapport mondial sur l'éducation*, 1995.

manière à satisfaire cette préférence. En d'autres termes, les femmes dont la scolarisation est plus longue ont plus souvent le nombre d'enfants qu'elles déclarent souhaiter²³.

Selon une étude sur les familles égyptiennes, le niveau d'éducation que femmes et hommes entendent donner à leurs enfants, notamment à leurs filles, influe sensiblement sur le nombre d'enfants qu'ils souhaitent. Les parents qui espèrent donner une meilleure éducation à leurs filles veulent en général des familles moins nombreuses, peut-être afin de pouvoir couvrir plus complètement les besoins des enfants qu'ils auront²⁴.

Quels que soient leur niveau d'éducation et leur situation économique, toutes les femmes

Les femmes instruites recourent plus souvent à la contraception et se marient généralement plus tard.

s'efforcent de choisir le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance. Elles y réussissent plus ou moins en fonction non seulement de leur éducation, mais aussi des circonstances, des ressources et de la coutume²⁵. Les programmes de population contribuent à leur en fournir les moyens.

Vieillessement de la population

Il est pratiquement certain que la population mondiale vieillira progressivement dans les prochaines décennies. Cette tendance tient aux progrès fondamentaux réalisés durant le présent siècle : baisse du taux de mortalité des nourrissons et des jeunes enfants; meilleure qualité de la nutrition, de l'éducation et des soins de santé et accès plus aisé à la planification familiale; et allongement de l'espérance de vie²⁶.

La transition est déjà fort avancée dans les régions développées, où l'âge moyen est passé de 29 ans en 1950 à 38 aujourd'hui et devrait se stabiliser à 46 environ en 2050. Dans les régions en développement, ce processus ne fait que commencer; depuis 1950, l'âge moyen a oscillé entre 19 et 24 ans (chiffre actuel). L'Afrique, région dont la population augmente le plus rapidement, est aussi celle où l'âge moyen est le plus bas : 18 ans. Selon les prévisions, l'âge moyen pour l'ensemble des régions en développement devrait s'élever progressivement jusqu'à 37 ans en 2050.

Il y a toute raison de croire que, dans les régions développées comme en développement, les sociétés peuvent s'adapter à l'élévation de l'âge moyen de la population et à l'augmentation du ratio personnes âgées/jeunes. Cependant, sans aucun doute, cette ère nouvelle soulèvera des problèmes qui lui seront propres. Les êtres humains n'ont jamais joui d'une santé si bonne ni vécu si longtemps. En 1950, l'espérance moyenne de vie au niveau planétaire était de 46 ans; en 2050, elle sera selon les prévisions de 76 ans, l'âge moyen étant de 38.

Les pays des régions développées commencent déjà à affronter cette transition sans précédent et les problèmes qu'elle soulève concernant les effectifs de la main-d'oeuvre active, les soins aux personnes âgées et le risque de recul démographique.

Dans le monde entier, mais surtout dans les régions développées, les pays dont la population vieillit devront surmonter bien des obstacles pour fournir aux personnes âgées soutien et soins médicaux. Parmi les personnes à charge, le pourcentage des jeunes diminuera, mais celui des personnes âgées augmentera.

Le facteur jeunesse

Aujourd'hui, du fait de la fécondité élevée qui a prévalu durant les dernières décennies, il y a plus de jeunes que jamais — plus d'un milliard dans le groupe d'âge des 15-24 ans. Ils vont entrer dans les années les plus fécondes de l'âge procréateur. Dans tous les pays en développement, la proportion du groupe d'âge des 15-24 ans a culminé vers 1985, atteignant 21 % de la population. Entre 1995 et 2050, cette proportion tombera de 19 à 14 %, mais les effectifs passeront de 859 millions à 1,06 milliard.

De tels effectifs garantissent que la croissance démographique se poursuivra, même si les jeunes choisissent d'avoir moins d'enfants que leurs parents

n'en ont eu. En fait, la population continuerait d'augmenter pendant plusieurs décennies même si la fécondité tombait immédiatement au niveau de remplacement.

Ce phénomène, connu sous le nom d'"élan démographique", comptera pour non moins des deux tiers de la croissance démographique prévue au niveau mondial, davantage même dans les pays où la fécondité a diminué le plus rapidement. En Thaïlande, par exemple, où 30 % des habitants ont moins de 15 ans, il est prévu que la population augmentera de 19 % entre 1999 et 2025, même si les couples ont en moyenne moins de deux enfants. Le report à 23 ans, au lieu de 18, de l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant ralentirait l'élan démographique dans une proportion supérieure à 40 %.

Au niveau mondial, la baisse des taux de natalité fait nettement apparaître la promesse d'un "dividende démographique" dans les régions en développement au cours des 20 prochaines années, alors que le groupe de jeunes "en saillie" dans la pyramide des âges grandit et entre dans la population active et que simultanément le nombre de naissances diminue. Si assez d'emplois sont créés, ces nouveaux travailleurs pourraient fort bien améliorer la productivité et accélérer le développement économique, produisant ainsi des rentrées substantielles au bénéfice des soins de santé, de l'éducation et de la sécurité sociale²⁷. Il y a toute raison de croire que les sociétés des régions tant développées qu'en développement tireront profit de ce changement.

L'impact du sida

Le VIH/sida est maintenant la première cause de mortalité en Afrique et la quatrième dans le monde entier²⁸. Le Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le sida (ONUSIDA) évalue à 33,4 millions le nombre de séropositifs en décembre 1998 et à 2,5 millions celui des victimes du sida la même année — dont 2 millions en Afrique. La moitié de tous les nouveaux sujets infectés au VIH sont des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Selon les évaluations, 95 % des sujets infectés vivent dans les pays en développement et deux tiers en Afrique subsaharienne, où 8,0 % des adultes âgés de 15 à 49 ans sont séropositifs. Le sida a un effet terrible sur les individus et les communautés, car il abat des individus d'âge actif, fait des orphelins et met à très rude épreuve les systèmes de soins de santé et d'aide sociale.

Sur le plan démographique, il est probable que le sida n'aura à l'avenir qu'un effet relativement limité au niveau mondial, mais un impact dévastateur sur plusieurs pays africains (voir encadré). En raison de taux élevés de fécondité, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne devraient néanmoins voir leur population augmenter, mais le rythme d'accroissement sera beaucoup plus lent dans les pays les plus touchés qu'il ne l'aurait été sans l'épidémie²⁹.

En de nombreux pays, le sida a effacé les progrès accomplis depuis plusieurs décennies en matière de réduction de la mortalité infantile et d'allongement de l'espérance de vie. Non seulement le VIH/sida augmente la mortalité, mais il peut aussi modifier l'évolution démographique en réduisant la fécondité des femmes infectées et en exerçant

un effet sur l'âge du mariage, le comportement sexuel et l'utilisation des contraceptifs.

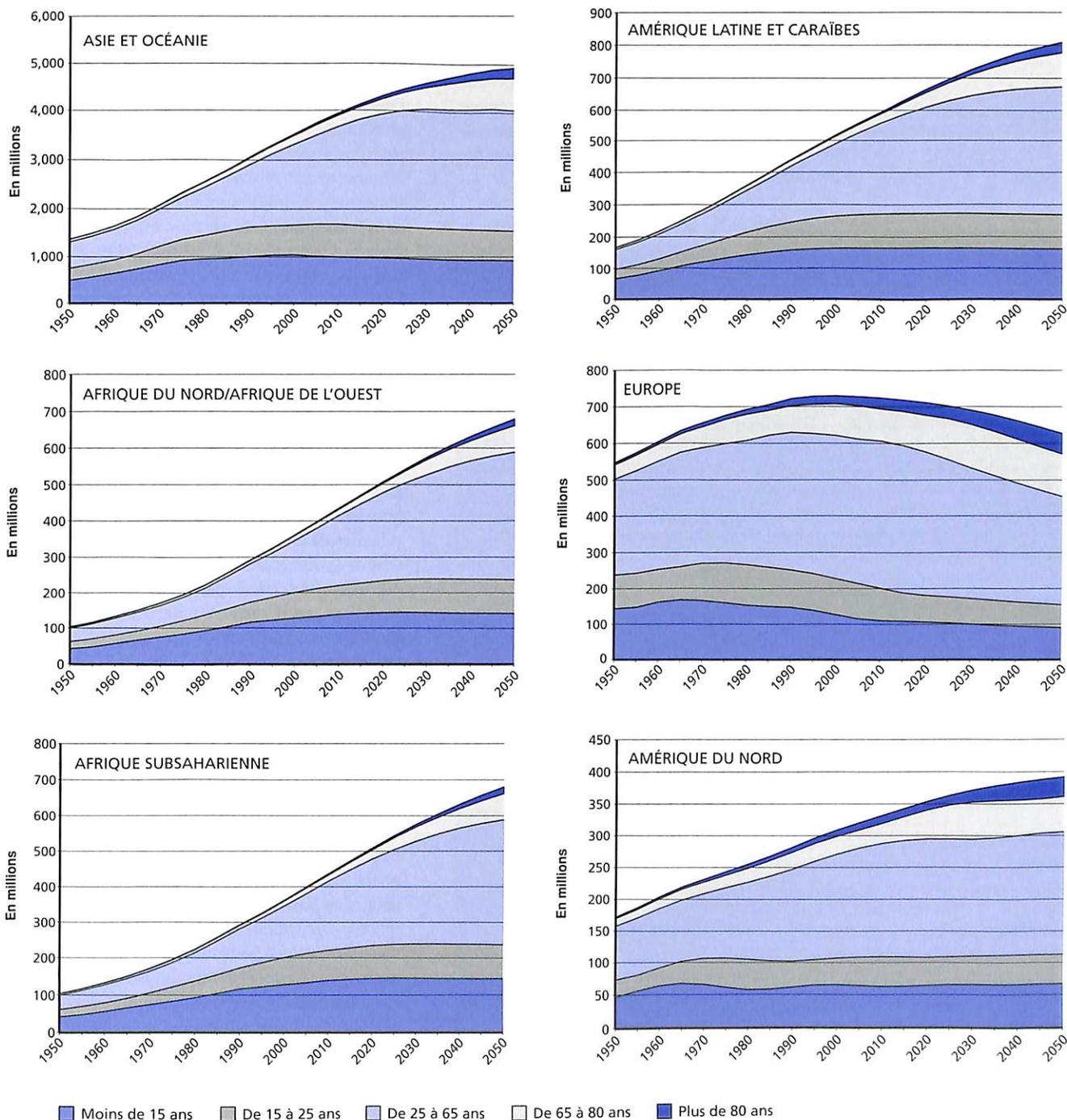
On n'a pas encore déterminé le cours de l'épidémie aux niveaux tant mondial que national. Il existe certaines raisons d'espérer : les taux d'infection et de mortalité reculent dans un certain nombre de pays — bien qu'ils continuent d'augmenter dans d'autres. Les progrès de l'épidémie en Asie du Sud et de l'Est, et surtout en Inde et en Chine, suscitent particulièrement l'inquiétude³⁰. Pour ralentir et arrêter la diffusion du sida, il sera nécessaire d'améliorer les soins de santé en matière de reproduction, ainsi que de dispenser une meilleure éducation sur les risques et les conséquences de l'infection par le VIH.

Perspectives pour les pays à basse fécondité

Un débat est en cours parmi les démographes concernant l'évolution de la fécondité dans les pays où elle est actuellement basse (et le restera selon les prévisions). Il pourrait bien exister dans chaque société un "nadir" des taux de fécondité, à partir duquel ils commenceront à remonter, mais les démographes ne peuvent évidemment faire une prédiction de ce genre avec un degré quelconque de certitude.

Certains démographes jugent peu probable que la fécondité reste très longtemps au-dessous du niveau de remplacement. À leur avis, les prévi-

DIAGRAMME 3 : Structure de la population par tranches d'âge : tendances régionales



Source : Organisation des Nations Unies. *Sex and Age Quinquennial, 1950-2050 (The 1998 Revision)*.

sions relatives au recul de la fécondité pourraient être excessives parce que les méthodes utilisées pour mesurer les taux de fécondité actuels ne prennent pas entièrement en compte les tendances réelles quand un nombre accru de femmes jeunes retardent le moment d'avoir des enfants³¹.

Par exemple, aux États-Unis et en Suède, le taux de fécondité est tombé bien au-dessous du niveau de remplacement dans les années 70 et 80, mais a remonté au-dessus de 2,0 au début des années 90. D'autre part, le taux de fécondité est également tombé en Italie au-dessous du niveau de remplacement à la fin des années 70 et a continué de descendre, atteignant 1,2 à la fin des années 90.

Il est jugé significatif que dans la plupart des pays européens, le nombre moyen d'enfants des femmes qui n'en auront plus d'autres est supérieur au niveau de remplacement. D'autre part, le nombre moyen d'enfants souhaité est égal ou supérieur au niveau de remplacement. La fécondité pourrait s'arrêter de diminuer quand l'âge du mariage cesse de reculer, à moins que le nombre d'enfants souhaité ne diminue.

Mais d'autres démographes estiment qu'une fécondité inférieure au niveau de remplacement s'est installée durablement, surtout en Europe, parallèlement à une diminution continue du nombre d'enfants souhaité³².

Il n'est toutefois pas certain que la fécondité atteindra le niveau de remplacement dans tous les pays. Dans certains, la baisse de la fécondité s'est stabilisée au-dessus du niveau de remplacement³³.

Changements dans la répartition de la population mondiale

La croissance démographique sera concentrée dans certaines régions; ailleurs, le chiffre de la population se stabilisera, voire baissera. À l'intérieur des pays, la population continuera de se déplacer des campagnes vers les villes, tandis que l'âge moyen et le niveau d'éducation augmenteront. La migration entre pays constituera un facteur de plus en plus important dans les relations internationales et la composition de la population de chaque pays.

Évolution de la répartition régionale

Alors que la population mondiale doublait au cours des 40 dernières années, les changements intervenus dans sa répartition géographique ont été non moins remarquables. En 1960, 2,1 milliards des 3 milliards d'êtres humains vivaient dans les régions en développement (soit 70 % de la population mondiale). À la fin de 1999, ces mêmes régions auront une population de 4,8 milliards (80 %); et elles grouperont 98 % de la croissance démographique prévue du monde d'ici 2025.

L'Afrique, avec une fécondité moyenne supérieure à cinq enfants par femme durant toute la période, a connu une croissance démographique plus rapide que les autres régions. Il y a aujourd'hui presque trois fois plus d'Africains (767 millions) qu'en 1960. L'Asie, qui est de loin la région la plus peuplée, a aussi vu sa population plus que doubler (elle dépasse 3,6 milliards), de même que l'Amérique latine et les Caraïbes. Par contre, la population de l'Amérique du Nord n'a augmenté que de 50 % et celle de l'Europe, qui a augmenté de 20 % seulement, est désormais à peu près stable.

Selon les prévisions, la part de l'Afrique dans la population mondiale s'élèvera à 20 % en 2050 (contre 9 % seulement en 1960), tandis que celle de l'Europe devrait tomber de 20 à 7 % durant la même période. En 1960, la population de l'Afrique était inférieure à la moitié de celle de l'Europe; en 2050, elle pourrait être presque trois fois plus nombreuse.

Cette répartition nouvelle de la population entre les régions ne constitue pas en elle-même un problème, aussi longtemps que le développement progresse partout et que la croissance démographique est équilibrée par le développement des capacités économique et sociale. Mais la redoutable tâche reste à accomplir : il faut créer des conditions qui permettront aux pays de toutes les régions d'adopter des politiques et stratégies favorisant un développement équitable.

Tendance mondiale à l'urbanisation

Le mouvement de la population vers les villes s'est accéléré durant les 40 dernières années, surtout dans les régions en développement, et la part

ENCADRÉ 9

L'impact dévastateur du VIH/sida en Afrique

De nouvelles évaluations de la prévalence du VIH/sida indiquent que l'épidémie est plus grave qu'on ne l'avait d'abord pensé. Les évaluations publiées en 1998 par ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé précisent que le nombre total de sujets infectés au VIH a augmenté de 10 % en 1998, passant à 33,4 millions dans le monde entier. Rien que l'an dernier, environ 5,8 millions de personnes ont contracté le virus qui cause le sida.

Sur la base des évaluations du nombre de sujets actuellement infectés dues à ONUSIDA, la Division de la population (ONU) a établi l'an dernier des prévisions relatives aux taux de prévalence du VIH dans l'avenir et à l'impact démographique probable de la maladie dans 34 des pays les plus touchés (dont 29 en Afrique), qui représentent jusqu'à maintenant 85 % des sujets actuellement infectés et 91 % de tous les décès causés par le sida.

Dans les 29 pays africains, l'espérance de vie à la naissance est actuellement de sept ans inférieure à ce qu'elle aurait été sans le sida. L'espérance de vie moyenne dans les neuf pays où la prévalence du sida dans la population adulte atteint ou dépasse 10 % (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe) est évaluée à 48 ans, soit 10 de moins que ce n'aurait été le cas sans le sida. La population d'aucun de ces pays ne semble néanmoins devoir diminuer.

Au Botswana, qui a le taux mondial le plus élevé de prévalence du VIH/sida — un adulte sur quatre est infecté —, l'espérance de vie est tombée de 61 ans à la fin des années 80 à 47 aujourd'hui et devrait chuter jusqu'à 38 d'ici 2005-2010. La population de ce pays pourrait être en 2015 inférieure de 23 % à ce qu'elle aurait été sans le sida. Cependant, en raison du maintien d'une fécondité élevée, il est prévu que sa population doublera presque entre 1995 et 2050.

Au Zimbabwe, pays le plus touché après le Botswana, un adulte sur cinq est infecté. L'espérance de vie à la naissance est évaluée à 44 ans et tombera à 41 durant la période 2000-2005, soit 25 ans de moins que ce n'aurait été le cas sans le sida. La croissance démographique est tombée à 1,4 %; elle serait de 2,4 % sans le sida. Selon les prévisions, la population zimbabwéenne sera en 2015 de 19 % inférieure à ce qu'elle aurait été si l'épidémie n'était pas survenue.

Source : Division de la population (ONU), *World Population Prospects: The 1998 Revision* (à paraître).

de la population mondiale vivant dans les zones urbaines est passée d'un tiers en 1960 à 47 % (soit 2,8 milliards) en 1999. La population urbaine du monde augmente actuellement de 60 millions de personnes par an, environ trois fois plus vite que la population rurale³⁴.

Le progrès de l'urbanisation résulte, à parts à peu près égales, des naissances dans les zones urbaines et du mouvement continu des campagnes vers les villes. Ces phénomènes alimentent aussi l'étalement des zones urbaines, à mesure que des localités périurbaines, autrefois rurales, s'intègrent aux villes voisines et que les villes d'importance secondaire, que des liens commerciaux unissent aux grands centres, prennent de l'extension³⁵.

La part de la population des pays en développement établie dans les villes a presque doublé depuis 1960 (passant de moins de 22 % à plus de 40 %), tandis que dans les régions développées cette même part est passée de 61 à 76 %. Il existe une nette corrélation entre ce déplacement de population des campagnes vers les villes et la diminution du nombre moyen d'enfants par famille (voir ci-après).

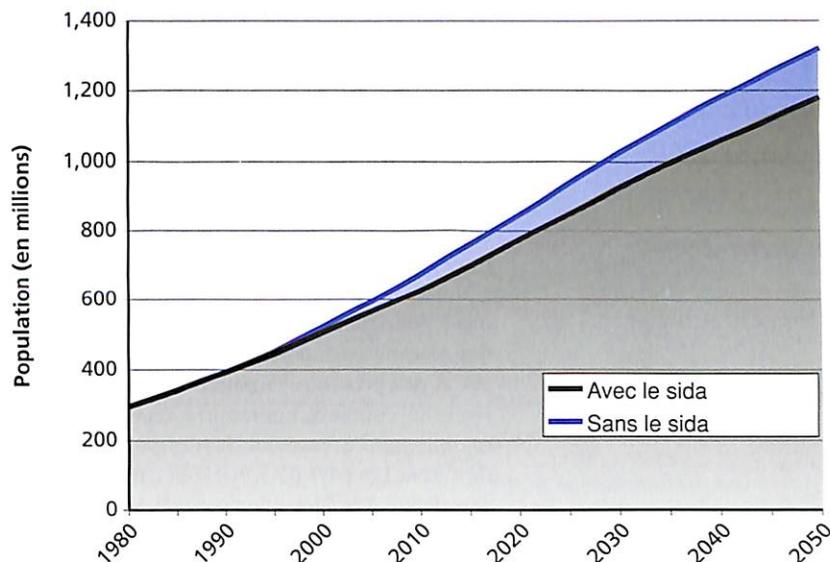
L'Asie et l'Afrique restent les moins urbanisées des régions en développement (moins de 38 % de la population totale pour chacune). En Amérique latine et dans les Caraïbes, les villes groupent plus de 75 % de la population, soit presque autant qu'en Europe, en Amérique du Nord et au Japon (où elles en groupent de 75 à 79 %).

Selon les prévisions, l'urbanisation se poursuivra pendant une bonne partie du prochain siècle. En 2030, près de 5 milliards (61 %), sur une population mondiale de 8,1 milliards, vivront dans les villes. Plus de 57 % de la population des régions en développement vivront dans les villes. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les villes grouperont en fait une proportion plus élevée de la population qu'en Europe.

Dans toutes les régions, les villes grandes et petites sont devenues les moteurs de l'évolution sociale. Leur croissance rapide offre des perspectives favorables au développement futur, mais lui oppose aussi de sérieux obstacles. La population urbaine a grandi plus vite que l'emploi, le logement, les services et tous les autres éléments de l'infrastructure sociale et matérielle. La pauvreté persiste dans les zones urbaines et périurbaines, ce qui indique que les politiques tendant à assurer une répartition équitable des fruits du développement n'ont pas abouti. Le nombre de femmes pauvres, en particulier, a augmenté, tant dans les zones urbaines (où les possibilités d'emploi restent limitées) que dans les zones rurales (où les femmes sont de plus en plus abandonnées par des maris ou des enfants à la recherche d'une vie meilleure dans les villes).

À mesure que la population s'est déplacée vers les villes, l'information s'est répandue à l'extérieur de celles-ci. L'amélioration des moyens de communication et de transport a rapproché zones urbaines et zones rurales sur les plans économique et social. Le résultat est que l'"empreinte" écologique et sociologique des villes a marqué des zones de plus en plus larges, créant un continuum urbain/rural de communautés qui s'empruntent mutuellement certains aspects de leurs modes de vie. Il y a sur la planète de moins en moins d'endroits que la dynamique urbaine n'ait pas touchés.

DIAGRAMME 4 : L'impact du sida en Afrique subsaharienne : prévisions démographiques avec et sans le sida dans les 29 pays les plus touchés, 1980-2050



Source : Organisation des Nations Unies. *World Population Prospects: The 1998 Revision*.

La diffusion des médias a également rendu plus incertaine la démarcation ville/campagne. De plus en plus de gens reconnaissent, apprécient et recherchent de nouvelles idées, de nouveaux points de référence, de nouvelles possibilités. Ce phénomène a touché de bien des manières les soins de santé, y compris en matière de reproduction. Par exemple, les programmes de radio et télévision qui traitent de l'égalité entre les sexes, du nombre d'enfants souhaitable et des options en matière de planification familiale atteignent désormais des populations rurales autrefois isolées. Cet état de choses peut susciter une demande de services, la diffusion de l'emploi des contraceptifs et moins de grossesses non désirées³⁶.

Au niveau mondial, le nombre de villes de 10 millions d'habitants ou davantage augmente rapidement, et ces nouvelles "mégapoles" se trouvent en majorité dans les régions en développement. En 1960, New York et Tokyo seules comptaient plus de 10 millions d'habitants. En 1999, le nombre de "mégapoles" est passé à 17, dont 13 dans les régions en développement. Selon les prévisions, on en comptera 26 en 2015, dont 22 dans les régions en développement (18 en Asie); plus de 10 % de la population mondiale vivront dans ces villes, contre 1,7 % seulement en 1950.

La migration internationale

La migration internationale devient un problème plus visible et plus important dans les relations internationales et contribue à former l'idée que les nations se font d'elles-mêmes.

Au niveau mondial, le nombre de migrants internationaux est passé de 75 à 120 millions entre 1965 et 1990, augmentant au rythme de la population mondiale. De ce fait, la proportion des migrants internationaux continue d'en représenter environ 2 %³⁷. En 1990, ils comptaient pour 4,5 % de la population des pays développés et 1,6 % de celle des pays en développement.

La population urbaine du monde augmente de 60 millions par an.

En 1960, deux villes avaient une population supérieure à 10 millions, Aujourd'hui, il y en a 17. En 2015, il y en aura 26.

Ces évaluations au niveau mondial dissimulent d'importantes difficultés quant aux moyens de mesurer l'ampleur de la migration. Quelques pays seulement dénombrent régulièrement les étrangers qui s'installent sur leur territoire et les nationaux de retour, de sorte qu'il est pratiquement impossible d'évaluer le nombre de migrants nés à l'étranger excepté au moyen de recensements périodiques. Parfois les migrants esquivent les agents de recensement, qui de leur côté les oublient, et sont dénombrés ou classés de manière différente selon les pays. La migration est souvent le résultat de conflits, de persécutions ou de conditions climatiques défavorables et, de ce fait, revêt une ampleur très inégale d'une année à l'autre. Elle peut en outre s'effectuer dans le chaos, ce qui rend difficiles des dénombrements précis.

À peu près tous les pays ont été le point d'arrivée de courants migratoires durant un siècle marqué par l'avènement de transports rapides et de masse. Les pays d'accueil sont devenus plus divers depuis 1965, que l'on considère le nombre de migrants accueillis ou leur part de la population totale³⁸. Le nombre de pays où les migrants sont au nombre de 300 000 au moins a augmenté de plus de 50 % entre 1965 et 1990.

Le pourcentage des femmes migrantes a augmenté depuis plusieurs décennies; elles représentaient en 1990 jusqu'à 48 % des migrants internationaux³⁹. La plupart des femmes qui émigrent à la recherche d'un emploi se concentrent au bas de la hiérarchie des professions et beaucoup sont particulièrement vulnérables à l'exploitation et au harcèlement.

La mondialisation des mouvements de capitaux et des courants commerciaux entraîne des changements imprévisibles dans le destin des pays en développement, car l'entrée et la sortie des capitaux d'investissement se font avec une rapidité égale dans les pays à économie fragile. À leur tour, ces mouvements entraînent une migration tant

interne qu'internationale. Dans de nombreux pays, l'importance croissante du secteur économique non structuré a d'autre part eu pour résultat que l'instabilité de l'emploi favorise la migration illégale, et vice versa.

Un certain nombre de démographes et d'économistes ont recommandé de faire davantage appel à l'immigration pour compenser les effets de la baisse de la fécondité et du vieillissement de la population lié à celle-ci. Par exemple, le Japon a pallié une pénurie de main-d'oeuvre en augmentant le nombre d'étrangers (y compris les descendants d'émigrants d'origine japonaise) autorisés à s'installer dans le pays. De 1985 à 1995, le nombre d'étrangers ayant un permis de résidence a augmenté au Japon de 60 %, et le nombre d'étrangers en situation irrégulière s'est également accru⁴⁰.

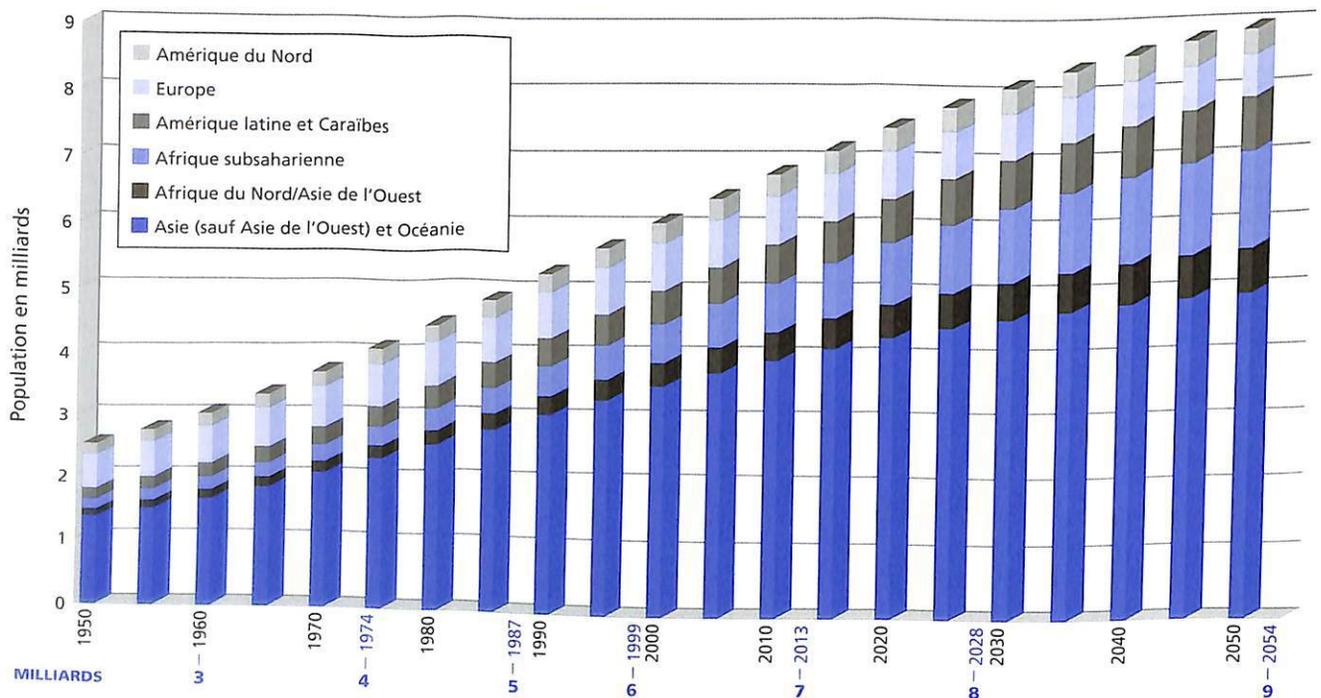
Les effets économiques de la migration jouent à double sens. Dans le monde entier, les rapatriements de salaires au bénéfice des pays en développement demeurent un mécanisme à travers lequel la migration internationale exerce une influence considérable sur le développement.

Accroissement démographique et préoccupations écologiques

Y a-t-il des limites naturelles à la croissance?

La prédiction apocalyptique vieille de deux siècles⁴¹ et des mises en garde plus récentes⁴² selon lesquelles la croissance démographique excéderait un jour la capacité du sol de produire des vivres ne se sont heureusement pas vérifiées. Grâce à l'ingéniosité humaine et aux améliorations continues de la technologie agricole, les ressources vivrières ont jusqu'ici augmenté à l'échelle mondiale au moins aussi vite que la population. Cependant,

DIAGRAMME 5 : Répartition de la population par région, 1950-2050



Source : Organisation des Nations Unies. *World Population Prospects: The 1998 Revision*.

à l'heure où s'achève le XXe siècle, les savants pèsent encore la question fondamentale : y a-t-il des limites naturelles au nombre d'êtres humains que la terre peut nourrir et à leur qualité de vie ?

Comme les conditions naturelles, la technologie, les schémas de consommation et de distribution ne cessent de se modifier et en l'absence d'un accord universel sur la définition de l'expression "capacité de charge", on peut douter qu'une réponse définitive soit jamais formulée. La majorité des spécialistes qui se sont occupés de ce problème ont prédit qu'il existait des limites naturelles, mais leurs prédictions varient considérablement : de 4 à 16 milliards d'êtres humains⁴³. Ce qui se passera au moment où la population approche du chiffre limite, aux niveaux mondial ou local, dépendra des choix effectués — concernant le mode de vie, la protection de l'environnement et l'équité.

Certains spécialistes voient dans le récent ralentissement de la croissance démographique une preuve que certaines parties du monde se heurtent déjà à ces limites naturelles. On s'oriente selon eux vers une planète composée de régions démographiquement différentes : le contrôle de la population sera dû dans certaines à la hausse des taux de mortalité plutôt qu'à la baisse des taux de natalité.

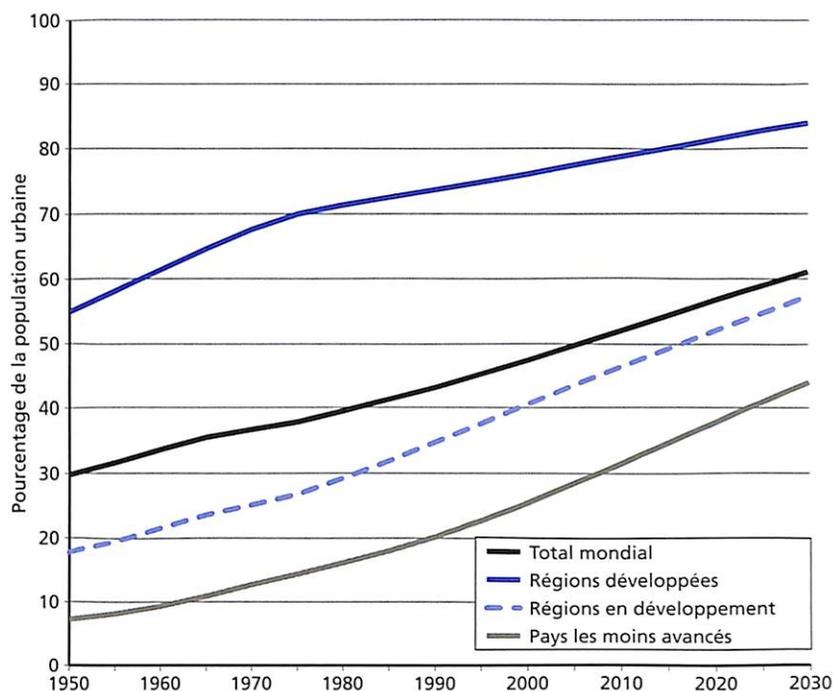
Eau, terre et ressources vivrières

Dans l'Afrique subsaharienne et diverses parties du sous-continent indien, qui comprennent ensemble un tiers environ de la population mondiale, les taux de mortalité augmentent et comptent pour un tiers de la baisse des prévisions démographiques à long terme⁴⁴. Les taux de natalité n'y ont pas baissé aussi rapidement qu'ailleurs, tandis que l'épuisement des nappes aquifères et la diminution de la surface arable par habitant déterminent dans une large mesure les prévisions relatives à la démographie et à l'évolution des ressources.

Pour de nombreux pays en croissance rapide, une préoccupation connexe immédiate porte sur le rétrécissement de la surface arable par habitant. Au Nigéria, les emblavures ne représenteraient plus en 2050 que 0,07 hectare par habitant au lieu de 0,15. Durant la même période, elles tomberaient au Pakistan de 0,09 hectare à 0,04⁴⁵. Les pays qui disposent actuellement de 0,03 hectare ou moins d'emblavures par habitant, comme la Corée du Sud, le Japon et Taiwan, importent environ 70 % de leurs céréales. Comme la production céréalière mondiale par habitant est stationnaire depuis plus de 10 ans et que les réserves mondiales de céréales de la récolte précédente diminuent constamment, on s'interroge avec inquiétude quant aux effets de ces tendances sur les ressources, les marchés et la répartition des vivres au niveau mondial. Les pays et les groupes de population qui ont besoin d'en importer pourront-ils se le permettre dans l'avenir ?

Dans bien des parties du monde tant développé qu'en développement, la demande en eau dépasse déjà sensiblement les réserves renouvelables⁴⁶. En Inde, par exemple, le volume de la consommation d'eau équivaldrait au double de la reconstitution des nappes aquifères, de sorte que le niveau hydrostatique baisserait de 1 à 3 mètres par an⁴⁷. D'après l'Institut international de gestion des ressources en eau, le manque d'eau pour

DIAGRAMME 6: Tendances mondiales à l'urbanisation, 1950-2030



Source : Organisation des Nations Unies. *World Urbanization Prospects (The 1996 Revision)*.

l'irrigation, s'il se vérifiait, pourrait réduire de 25 % la production céréalière de l'Inde : grave problème dans un pays dont la population a atteint un milliard en 1999 et augmente au rythme de 18 millions par an, et où 53 % des enfants souffrent actuellement de malnutrition⁴⁸.

La croissance démographique a réduit de 50 % depuis 1950 la surface des emblavures par personne au niveau mondial⁴⁹. Peu de terres agricoles demeurent inexploitées, tandis que l'expansion des industries et des quartiers d'habitation continue d'empiéter sur les terres de culture. Si la surface de celles-ci n'augmente pas, il faut que l'amélioration des rendements céréaliers progresse au même rythme que la population mondiale, soit actuellement 1,3 % par an, cela seulement pour préserver le statu quo sur le plan de la production vivrière par habitant. De nouvelles améliorations de la technologie agricole et de la productivité des cultures peuvent sans doute faire progresser encore les rendements céréaliers, mais probablement pas à la même échelle que durant la "révolution verte" des dernières décennies; selon certains indices, il est probable que les rendements ne pourront dépasser des limites imposées par la biologie.

Changement climatique, dégradation des ressources naturelles et biodiversité

En se poursuivant, la croissance démographique aura d'autres conséquences écologiques, notamment l'effondrement des pêcheries, la disparition progressive des forêts, la hausse des températures et la perte massive d'espèces végétales et animales.

Le réchauffement de la planète est un phénomène d'ampleur imprévisible indissolublement lié aux problèmes concernant la population, dont la consommation de combustible, les compromis in-

ENCADRÉ 10

Une personne sur quatre pourrait souffrir de pénuries d'eau d'ici 2050

Selon une récente étude de Population Action International, un quart de la population mondiale vivra probablement en 2050 dans des pays exposés à des pénuries chroniques ou périodiques d'eau douce.

Dès maintenant, affirment ses auteurs, plus de 430 millions de personnes, soit 8 % de la population mondiale, vivent dans des pays où l'eau est à peine suffisante ou franchement rare. On prévoit que ce chiffre quadruplera, atteignant près de 2 milliards au milieu du prochain siècle.

Plusieurs pays se disputent déjà farouchement l'eau pour l'irrigation et l'hydroélectricité — en particulier dans les bassins du Tigre-Euphrate et du Nil. Le long de l'Euphrate, l'Iraq, la Syrie et la Turquie se disputent une ressource en eau de première importance. La rivalité deviendra plus vive si, comme on le prévoit, le chiffre de leurs populations combinées augmente de 50 % environ au cours des 30 prochaines années.

Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord sont les régions aujourd'hui les plus touchées par la pénurie d'eau, mais l'Afrique subsaharienne le sera de plus en plus au cours du prochain demi-siècle, à mesure que sa population doublera, voire triplera. Dans plusieurs pays, les ressources en eau sont déjà insuffisantes pour répondre aux demandes d'un secteur industriel en voie de développement. Il est prévu que dans les 10 prochaines années, l'Afrique du Sud, le Kenya, le Maroc, le Rwanda et la Somalie s'ajouteront au nombre des pays à ressources en eau insuffisantes.

D'un autre côté, selon l'étude, une croissance démographique plus lente qu'on ne l'avait d'abord prévu peut limiter la menace de pénurie en eau et donner plus de temps pour élaborer des stratégies de conservation en Inde, au Pakistan, en Jordanie, à Sri Lanka et en El Salvador.

L'étude se fonde sur une méthodologie très utilisée, mise au point par l'hydrologue suédois Malin Falkenmark. L'idée de base est que les pays dont les ressources annuelles en eau douce renouvelables sont inférieures à 1 700 mètres cubes par personne commenceront à éprouver une "gêne hydrique" périodique ou chronique et que ceux où ces ressources sont inférieures à 1 000 mètres cubes par personne connaîtront une "pénurie hydrique" entravant le développement économique et menaçant la santé et le bien-être collectifs.

Source : Population Action International, 1997. *Sustaining Water, Easing Scarcity: A Second Update*, Washington.

tervenus dans l'utilisation des sols et les limites potentielles des ressources vivrières et hydriques. Le Groupe d'experts intergouvernemental pour l'étude du changement climatique patronné par l'ONU et composé de 2 500 spécialistes, prévoit que, si l'émission de gaz à effet de serre continue sur sa lancée actuelle, la température moyenne au sol augmentera de 1 à 3,5 degrés centigrades durant le prochain siècle⁵⁰. Selon le scénario "le plus vraisemblable" du Groupe, le niveau de la mer aura monté de 15 à 95 centimètres d'ici 2100. Cette élévation aurait des impacts écologiques et humains : inondations plus sérieuses, érosion du littoral, salinisation des terres de culture proches des côtes et des nappes aquifères, déplacement de millions de personnes vivant à faible distance des côtes.

Il est probable que le régime des précipitations changera également, ce qui, avec l'effet combiné de la hausse des températures moyennes, pourrait altérer sensiblement la productivité agricole relative des différentes régions.

Les émissions de gaz à effet de serre sont étroitement liées tant à la croissance démographique qu'au développement. Si la population augmentait moins vite, il serait plus facile de réduire le volume des émissions et l'éventail des modes possibles d'adaptation au changement climatique s'élargirait.

Santé et droits en matière de reproduction



Nigel Dickenson / Still Pictures

L'approche centrée sur la santé en matière de reproduction

La CIPD a admis que le droit à la santé en matière de reproduction et de sexualité figure au nombre des droits de l'homme. Les droits de l'homme liés à la santé en matière de reproduction sont les suivants :

Prise de décisions en matière de reproduction sur la base de l'égalité entre femmes et hommes, y compris le choix volontaire du conjoint et la détermination du nombre d'enfants, du moment et de l'espacement de leur naissance;



Sécurité de l'activité sexuelle et procréatrice, y compris le droit d'être à l'abri des violences sexuelles et de la contrainte, et le droit au respect de la vie privée.

Photo : Au Brésil, une mère et ses enfants dans un quartier de taudis. Dans le monde entier, des millions de femmes pauvres souhaitent retarder la prochaine grossesse ou n'en plus avoir, mais n'ont pas accès aux informations et services de planification familiale.

L'accès universel à des services de qualité est un moyen primordial d'assurer la santé en matière de reproduction et un objectif fondamental du Programme d'action de la CIPD.

Le besoin est aussi pressant aujourd'hui qu'il l'était en 1994 :

Mortalité maternelle. Plus de 585 000 femmes meurent chaque année des suites de grossesse¹. Au moins 7 millions de femmes souffrent de graves problèmes de santé et non moins de 50 millions, de séquelles durables de l'accouchement.

Avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Chaque année, dans les pays en développement, quelque 20 millions d'avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses et non moins de 70 000 femmes en meurent, ce qui représente 13 % des décès maternels².

Maladies sexuellement transmissibles. On dénombre chaque année plus de 330 millions de cas de maladies sexuellement transmissibles qui sont curables; 33,4 millions de personnes sont atteintes du VIH/sida et il y a chaque année 5,8 millions d'infections nouvelles, soit 11 par minute.

Grossesses non souhaitées. Sur un chiffre total de près de 175 millions de grossesses par an, non moins de la moitié ne sont pas souhaitées ou surviennent à un moment défavorable. Environ 120 millions de femmes ne souhaitent pas un nouvel enfant avant deux ans, ou n'en souhaitent plus, mais n'utilisent même méthode de planification familiale faute d'accès, d'information ou de soutien des familles et communautés. Plus de 350 millions de femmes ne sont pas en mesure de choisir des méthodes de contraception sans danger et efficaces. Sur un chiffre total annuel de naissances voisin de 130 millions, plus de 60 millions ne bénéficient pas de l'assistance d'une accoucheuse qualifiée : parmi celles-ci, plus de 98 % se situent dans les régions en développement.

Plus de 585 000 femmes meurent chaque année des suites de grossesse.

ENCADRÉ 11

Le droit à la santé en matière de reproduction

Le principe 8 du Programme d'action de la CIPD énonce ce qui suit :

"Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre. Les États devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité. Les programmes de santé en matière de reproduction devraient offrir la plus vaste gamme possible de services sans aucun recours à la contrainte..."

Le paragraphe 7.3 du Programme d'action de la CIPD énonce ce qui suit :

"... les droits en matière de reproduction correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et 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 reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de reproduction sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans les documents relatifs aux droits de l'homme."

Les violences d'origine sexuelle prélèvent un lourd tribut sur la santé mentale et physique. Des millions de femmes ont besoin d'une attention médicale ou subissent d'une manière quelconque les conséquences du viol, de l'inceste et de la violence familiale; la peur de la violence empêche toute discussion et limite les choix et les perspectives de millions d'autres. Plus de la moitié des femmes subiront à un moment quelconque de leur vie une forme ou une autre de violence d'origine sexuelle. Plus de 2 millions de fillettes et de femmes sont happées chaque année par le trafic du sexe, souvent obéissant à la contrainte ou au désespoir. Deux millions de fillettes et de jeunes femmes sont exposées chaque année à la mutilation génitale féminine (MGF) et 130 millions environ en ont été déjà victimes.

Santé des adolescents en matière de reproduction. Les jeunes filles courent ici un risque particulier. Plus de 14 millions d'adolescentes donnent le jour chaque année. Une forte proportion de ces grossesses ne sont pas désirées et l'OMS évalue à non moins de 4,4 millions le nombre d'avortements que ces adolescentes recherchent chaque année. Des pratiques nuisibles, comme la MGF et le mariage des enfants, à la suite duquel une grossesse précoce est attendue, accroissent encore le risque de mauvaise santé en matière de reproduction.

Dans la plupart des pays, la planification familiale est toujours l'élément central des services de santé en matière de reproduction. Cependant, cinq ans après la CIPD, tous les pays ont pris certaines mesures pour garantir l'accès à des informations et services détaillés sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité. De nombreux pays ont adopté la définition de la santé en matière de reproduction proposée par la CIPD et s'orientent vers une approche centrée sur le client pour répondre aux besoins de santé en matière de reproduction. Dans certains pays, l'application du Programme avance rapidement³.

Les progrès ont été plus lents concernant l'application des programmes intégrés de santé en matière de reproduction, parce que les infrastructures de prestation de services sont faibles et que les ressources humaines et financières font défaut⁴.

Les composantes de la santé en matière de reproduction

Les points clefs d'une politique de la santé en matière de reproduction sont les suivants :

- Répondre aux besoins de planification familiale;
- Assurer la santé maternelle et réduire la mortalité infantile;
- Prévenir et traiter les MST, dont le VIH/sida;
- Éliminer les pratiques traditionnelles qui, comme la MGF, nuisent à la santé des femmes en matière de reproduction et à leur bien-être.

Les pays font de plus en plus place à d'autres soucis, comme la prévention du cancer du sein et du col de l'utérus et la lutte contre la stérilité.

La planification familiale

Bien que le taux d'utilisation des contraceptifs dans les pays en développement ait augmenté de 1,2 % par an entre 1990 et 1995⁵, les besoins de 20 à 25 % des couples environ ne sont pas encore satisfaits. La proportion des besoins non satisfaits était la plus élevée en Afrique subsaharienne (29 %) et la plus basse en Amérique latine et dans les Caraïbes (18 et 20 %, respectivement). L'accès à la planification familiale s'est remarquablement amélioré dans certains pays, dont le Népal et le Bhoutan. Dans certains pays d'Asie centrale (Kazakhstan, Ouzbékistan et Kirghizistan), 59 % des couples mariés pratiquent aujourd'hui la planification familiale, contre moins de 20 % en 1990.

De nombreux pays se sont efforcés d'élargir l'éventail des méthodes de contraception; d'améliorer l'information et la délivrance de conseils afin de permettre le choix de contraceptifs en fonction de la sexualité individuelle, du partenaire et des relations sociales de chacun; et de fournir des informations et conseils plus complets et précis sur les effets secondaires des méthodes et sur les moyens d'y faire face.

Des études menées dans huit pays ont établi que, si femmes et hommes sont persuadés que le recours à la planification familiale et la diminution du nombre d'enfants offrent des avantages sur les plans économique et sanitaire, les programmes peuvent néanmoins être améliorés de bien des manières⁶. Les études ont par exemple établi que les femmes sont plus soucieuses des effets secondaires de certaines méthodes contraceptives que les prestataires de services ne le réalisent.

Dans tous les pays, il est possible d'améliorer la qualité des services. Plus précisément, les conseillers doivent prendre en considération le fait que les rôles traditionnellement assignés aux sexes peuvent faire obstacle au recours à la planification familiale, tant par les femmes que par les hommes. En particulier, là où la planification familiale est d'introduction récente, où les femmes utilisent souvent les contraceptifs en cachette et où leur emploi est abandonné en raison des effets secondaires, il faut créer des réseaux d'utilisatrices régulières pour venir en aide aux nouvelles. Il faut former les hommes et les autres membres de la famille qui exercent une influence à appuyer les choix des femmes en matière de contraception.

En de nombreuses parties du monde, l'accès aux services de planification familiale s'est élargi du fait de la diversification des prestataires de services. Par exemple, plus de 16 millions de couples répartis en 55 pays ont bénéficié en 1997 de ventes subventionnées, contre 14,4 millions en 1996, soit une augmentation de 13 %. Les programmes de ventes subventionnées ont écoulé 937 millions de préservatifs en 1997, soit 20 % de plus qu'en 1996, cette forte augmentation résultant des programmes conduits en Inde et en Indonésie. L'augmentation des ventes de préservatifs indique aussi leur importance pour la prévention des MST, dont le VIH/sida.

Deux nouvelles méthodes de contraception, des injectables mensuels et le préservatif féminin, sont offertes depuis 1994. La durée de conservation du préservatif féminin a été portée de trois à cinq ans, ce qui permet à davantage de femmes, dans le monde entier, de se le procurer. La contra-

ception d'urgence, qui est un contraceptif oral à forte dose utilisé par les femmes après un rapport sexuel pour prévenir les grossesses non désirées, est également devenu plus facilement accessible depuis 1994.

Mais les méthodes de régulation de la fécondité masculine demeurent très insuffisantes. Il faut investir davantage dans la recherche et la mise au point de nouvelles méthodes destinées aux hommes, ainsi que des méthodes à adjuvant, que les femmes contrôlent, pour prévenir tant la transmission des MST que les grossesses. L'appui des donateurs à la production de contraceptifs a augmenté de 15 % entre 1994 et 1996⁷.

La maternité sans risques

La CIPD et d'autres conférences des Nations Unies ont souligné que la mortalité maternelle est un problème tant de développement que de droits fondamentaux. L'objectif de la CIPD est de réduire de moitié en l'an 2000 les niveaux de mortalité maternelle de 1990 — cet objectif ne sera pas atteint — et à nouveau de moitié d'ici 2015 (c'est-à-dire, dans les pays où les niveaux de mortalité sont les plus élevés, à moins de 60 pour 100 000 naissances vivantes).

En 1997, une réunion organisée par le Groupe interinstitutions sur la maternité sans risques⁸ est parvenue à la conclusion qu'il ne suffit pas de former des accoucheuses traditionnelles, d'assurer le dépistage des cas de grossesses difficiles et de fournir des trousseaux d'accouchement élémentaires. Il y a un besoin de sages-femmes qualifiées, surtout dans les zones rurales, et il faut adopter des réglementations les autorisant à effectuer les procédures et dispenser les soins post-partum nécessaires; elles doivent être

ENCADRÉ 12

Le Japon approuve l'usage des contraceptifs oraux

Neuf ans après qu'un groupe de sociétés pharmaceutiques a demandé au Ministère japonais de la santé et de la protection sociale l'autorisation de commercialiser une pilule anticonceptionnelle à faible dose, le Conseil central des affaires pharmaceutiques, organe du Ministère, a donné son approbation en juin 1999. Le Japon était l'unique pays membre de l'ONU à interdire les contraceptifs oraux.

La levée de l'interdiction contribuera sans aucun doute beaucoup à prévenir les grossesses non désirées. La forme de planification familiale aujourd'hui la plus répandue au Japon est le préservatif et les femmes n'avaient qu'un recours limité à des méthodes sur lesquelles elles puissent exercer un entier contrôle. Le passage à des méthodes plus efficaces pourrait aussi réduire le nombre annuel d'avortements, qui serait de 340 000.

L'une des raisons de la répugnance du Conseil des affaires pharmaceutiques à approuver la pilule était la crainte que l'utilisation des préservatifs ne diminue et que la population ne soit davantage exposée aux maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida. Le Ministère de la santé et de la protection sociale espère maintenir l'incidence des MST à un niveau minimal en obligeant les femmes à obtenir une prescription médicale et en publiant un manuel destiné aux médecins et aux utilisatrices.

L'approbation de la pilule pourrait accélérer la tendance à une égalité plus complète entre les sexes. Une loi sur l'égalité des chances devant l'emploi, qui renforce un texte antérieur, est entrée en vigueur en avril et une loi sur l'égalité des sexes doit être adoptée d'ici la fin de l'année.

Source : "La pilule est approuvée", *Mainichi Shimbun*, 4 juin 1999.

dotées d'un équipement adéquat et disposer de moyens de transport en cas d'urgence, tout en étant supervisées et contrôlées⁹.

Si les progrès ont été décevants, certains pays ont investi dans la maternité sans risques. Par exemple, la Tunisie a commencé en 1990 son Programme de maternité sans risques. Après la CIPD, le Ministère de la santé a mis au point une stratégie détaillée de santé en matière de reproduction, qui comprend d'autres composantes telles que les examens de dépistage du cancer de l'appareil génital, la prévention et le traitement des MST. En Indonésie, un bien plus grand nombre de femmes ont bénéficié de soins prénatals et d'une assistance durant l'accouchement après la mise en route par le Gouvernement d'un programme destiné à former plus de 54 000 sages-femmes de communauté.

Au Ghana, au Nigéria, en Ouganda et au Viet Nam, les sages-femmes ont été formées à sauver des vies grâce à une formation d'ensemble mise au point par l'American College of Nurse-Midwives qui porte sur l'évaluation des risques, la solution des problèmes et la prise en charge des soins cliniques, nécessaires pour sauver la vie de femmes en cas d'urgence obstétricale. Le Ministère ougandais de la santé a lancé dans un district un projet pilote visant à mettre en place un système d'aiguillage viable qui comportait le renforcement des centres de traitement spécialisé et des moyens de communication et transport. Grâce à ce projet, le nombre d'aiguillages obstétricaux et de césariennes a triplé de 1995 à 1996.

L'amélioration de la santé maternelle suppose celle des centres de santé, des systèmes logistiques et de la formation afin de garantir des soins appropriés et efficaces. Une autre tâche doit être menée à bien : éliminer les obstacles sociaux à l'accès aux soins, c'est-à-dire notamment faire mieux comprendre par les hommes leurs rôles et responsabilités dans la santé féminine. C'est là sans doute un point essentiel : une enquête récemment menée au Népal, par exemple, a établi que la décision de faire dispenser des soins aux femmes enceintes ou venant d'accoucher était le plus souvent prise par leur mari, et ensuite par leur belle-mère; les femmes elles-mêmes n'intervenaient que rarement dans cette décision¹⁰.

Prévenir et traiter l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses

La plupart des pays redoublent d'efforts pour prévenir les grossesses non désirées et certains s'efforcent systématiquement de limiter l'impact des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, qui sont encore l'un des principaux points noirs dans le domaine de la santé publique.

Légaliser l'avortement relève d'une décision au niveau national : selon la Division de la population (ONU), 189 des 193 pays du monde autorisent l'avortement pour sauver la vie de la femme, 120 l'autorisent pour préserver sa santé physique, 122 pour préserver sa santé mentale, 83 en cas de viol ou d'inceste, 76 dans les cas où le développement du fœtus est compromis, 63 pour des raisons économiques ou sociales, et 52 sur demande¹¹. Depuis 1985, 19 pays au moins ont, selon une récente étude¹², promulgué une nouvelle législation de l'avortement ou modifié la législation existante afin d'élargir la liberté de choix des femmes.

Les études menées et l'expérience faite avec divers programmes montrent que le meilleur moyen de réduire le nombre d'avortements est de prévenir les grossesses non désirées en facilitant l'accès aux services de planification familiale. Par exemple, dans les trois républiques d'Asie centrale du Kazakhstan, de l'Ouzbékistan et du Kirghizistan, l'amélioration de l'accès aux services et à l'information a permis d'augmenter de 30 à 50 % depuis 1990 le recours à la contraception moderne et les taux d'avortement ont diminué de non moins de moitié¹³.

Un certain nombre de pays (Kenya, Tanzanie, Ouganda, Éthiopie, Ghana, Zambie, Nigéria, Malawi, Afrique du Sud, Zimbabwe, Mexique, Brésil, Équateur, Pérou, Paraguay, Chili, Nicaragua, Honduras, Guatemala et El Salvador) se préoccupent avant tout de limiter l'impact des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses en dispensant des soins d'après-avortement. Certains pays forment les sages-femmes et les autres catégories de prestataires à fournir des soins d'après-avortement, notamment en se mettant en rapport avec les services de planification familiale pour prévenir les avortements répétés.

Au Ghana, une étude a montré que les sages-femmes affectées aux centres de santé de niveaux primaire et secondaire savaient offrir des soins d'après-avortement. Cette étude a prouvé que le système d'aiguillage vers les hôpitaux de district s'était amélioré, que les communautés étaient désormais mieux informées des réalités de l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses et que ces sages-femmes jouissaient d'un statut plus élevé au sein de leurs communautés¹⁴.

Le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles

Le VIH/sida est un problème de santé publique encore plus grave que la CIPD ne l'avait prévu, surtout en Afrique subsaharienne où 20,8 millions de personnes sont infectées, soit près de 70 % du nombre mondial de séropositifs (voir l'encadré du Chapitre 2 sur l'impact démographique du VIH/sida).

Malgré ces chiffres, plusieurs pays ne voient pas encore dans le VIH une menace d'importance majeure. En outre, on compte environ 333 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles chaque année, mais de nombreux pays n'ont pas la capacité de les diagnostiquer et soigner. Toute personne atteinte d'une maladie sexuellement transmissible non soignée est jusqu'à 10 fois plus exposée au risque d'infection par le VIH.

En 1996, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est devenu opérationnel, avec mission de conduire, renforcer et appuyer une campagne plus vaste de prévention de la transmission du VIH, de dispenser des soins et de réduire la vulnérabilité des individus et des communautés au VIH/sida. ONUSIDA travaille en complet partenariat avec les institutions du système des Nations Unies qui le patronnent, dont le FNUAP. Depuis janvier 1996, des groupes thématiques d'ONUSIDA ont été créés dans la plupart des pays afin d'améliorer l'efficacité des activités de l'ONU et d'agir en co-

Le meilleur moyen de réduire le nombre d'avortements est de prévenir les grossesses non désirées en rendant la planification familiale plus accessible.

Le Programme d'action de la CIPD et l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses

Le paragraphe 8.25 du Programme d'action de la CIPD énonce ce qui suit :

"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 intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses 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."

Dans son examen de l'application de la CIPD après cinq ans, l'Assemblée générale des Nations Unies a également convenu que partout où l'avortement n'est pas illégal, les systèmes de santé doivent former et équiper des prestataires de services de santé et prendre d'autres mesures pour faire en sorte que l'avortement soit sans danger et accessible.

Source : Organisation des Nations Unies, 1999. *Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session de l'Assemblée générale (A/S-21/5/Add.1).*

ordination avec les programmes nationaux de lutte contre le sida. Des ONG sont aussi membres du groupe thématique ou de groupes de travail techniques en de nombreux pays, notamment les suivants : Brésil, Cambodge, Chili, Indonésie, Jordanie, République démocratique du Congo, Rwanda, Swaziland et Viet Nam.

Les programmes de santé en matière de reproduction peuvent réduire l'incidence des MST, dont le VIH/sida, en fournissant des informations et conseils sur divers problèmes critiques comme la sexualité, les rôles sexospécifiques et l'inégalité des rapports de force entre femmes et hommes, et la transmission du VIH de la mère à l'enfant; en distribuant des préservatifs féminins et masculins; en diagnostiquant et soignant les MST; en élaborant des stratégies pour retrouver les sujets contact; et en aiguillant les sujets infectés par le VIH vers des services spécialisés.

Bien que le personnel sanitaire ne reçoive généralement pas une formation et un appui suffisants pour fournir une information et des services concernant les MST et le VIH/sida, des études de cas menées dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest et de l'Est et d'Afrique australe (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ouganda et Zambie) ont établi que les prestataires de services étaient disposés à parler de sexualité et des MST avec leurs clients et pouvaient comprendre la nécessité d'identifier les individus qui risquaient de contracter des infections sexuellement transmissibles¹⁵.

Selon une étude relative à l'impact d'une éducation préventive sur le comportement sexuel des jeunes, menée en 1997 par ONUSIDA, une éducation sexuelle bien conduite aide les adolescents à différer le moment d'avoir des rapports sexuels et à s'engager de préférence dans des pratiques sexuelles sans danger¹⁶. Depuis la CIPD, il a été prêté appui dans 64 pays à l'intégration des modules de prévention du VIH/sida aux programmes d'éducation scolaire et extrascolaire.

Au Swaziland, le programme SHAPE (Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education Programme) a été lancé en 1990 pour prévenir la diffusion du VIH/sida et limiter le nombre de grossesses parmi les jeunes filles scolarisées de 14 à 19 ans. En 1997, à la suite de la CIPD, le programme a été également introduit dans les écoles primaires. Il a permis d'améliorer les connaissances et attitudes plus que le comportement¹⁷.

Actuellement, 27 millions de personnes environ ignorent qu'elles sont séropositives, ce qui souligne la nécessité d'utiliser des méthodes simples pour diagnostiquer le VIH. Les pays ont déjà introduit l'usage du préservatif féminin, unique méthode à adjuvant contrôlée par la femme qui puisse la protéger contre la transmission du VIH, en réponse à la demande organisée de groupes de femmes et parce que l'importance d'aider les femmes à exercer un contrôle dans ce domaine a été reconnue.

Une étude menée en Thaïlande a établi que le risque d'infection par le VIH chez les enfants, non nourris au sein, de femmes séropositives diminuait de moitié si on leur administrait durant un mois un médicament antirétroviral. En 1998, ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS ont commencé d'offrir aux femmes enceintes, dans 11 pays pilotes, des conseils et tests destinés à les protéger contre le VIH, sans aucune obligation et

dans le secret. Celles qui apprennent qu'elles sont infectées reçoivent des médicaments antirétroviraux, de meilleurs soins durant l'accouchement, des conseils postnatals ou concernant la manière d'alimenter les nourrissons sans les mettre en danger, et sont informées des méthodes de planification familiale¹⁸.

La mutilation génitale féminine

La CIPD a demandé qu'il soit mis fin à la mutilation génitale féminine (MGF), excision partielle ou totale des parties génitales externes de la femme, car cette pratique a de graves conséquences sur les plans sanitaire et psychologique. On évalue à 130 millions dans le monde entier le nombre de fillettes et de femmes qui ont subi une forme quelconque de MGF et à 2 millions le nombre de celles qui sont exposées chaque année à la subir. La MGF est pratiquée surtout dans 28 pays d'Afrique, de la péninsule arabique et du golfe Persique. Des milliers de femmes meurent chaque année de ses suites — infections et hémorragies — ou durant l'accouchement.

Le Programme d'action demandait instamment aux gouvernements "d'interdire la mutilation génitale féminine dans tous les pays où elle existe et d'appuyer énergiquement les efforts menés par les organisations non gouvernementales, les associations communautaires et les institutions religieuses pour y mettre fin"¹⁹.

Lutte contre les MST et le VIH en Ouganda

En Afrique, le VIH/sida est non seulement une tragédie individuelle et familiale, mais aussi un obstacle majeur au développement économique et social. En Ouganda, l'épidémie a suscité une réaction nationale sans précédent. On évalue à 1,5 million, sur une population totale de 21 millions, le nombre d'Ougandais infectés et à un million celui des enfants devenus orphelins du fait du sida. Le groupe d'âge le plus touché (15 à 50 ans) comprend les soutiens de famille et fournit une grande partie de la population active et des dirigeants.

Le Gouvernement a reconnu sans tarder l'impact dévastateur que le sida aurait sur le développement et le rôle capital des maladies sexuellement transmissibles dans sa diffusion. Le programme national a commencé à la fin des années 80 avec le soutien financier des principaux donateurs, dont le FNUAP. Il fait intervenir plusieurs ministères et comporte des campagnes d'information, des recherches, des tests médicaux non imposés et la délivrance de conseils, la constitution de réserves de sang non contaminé pour les transfusions, des programmes de santé scolaire, la prestation de soins à domicile aux sidéens et une campagne nationale de traitement des MST.

Le programme de lutte contre les MST et le VIH vise en priorité à atteindre les groupes mal desservis, surtout les jeunes, et à faire participer les parents et les communautés locales. La Commission ougandaise du sida, qui coordonne les politiques et programmes dans tout le pays, comprend des parlementaires, des représentants du Gouvernement et des dirigeants religieux.

Ces activités produisent des résultats. La population adulte est désormais consciente en presque totalité des dangers du VIH et, dans certaines parties du pays, les taux d'infection parmi les femmes recherchant des soins prénatals ont diminué d'un tiers ou davantage. La campagne a habitué à faire preuve de plus d'ouverture face aux problèmes de santé sexuelle et rendu le Gouvernement plus déterminé à offrir des services de santé en matière de reproduction à tous les secteurs de la population. Les taux de prévalence du VIH chez les jeunes sont en cours de stabilisation.

Source : L. Ashford et C. Makinson, 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*, Washington, DC, Population Reference Bureau.

Au cours des quelques dernières années, la lutte contre la MGF s'est intensifiée, en grande partie grâce aux activités de plaidoyer d'ONG comme les chapitres nationaux du Comité interafricain des pratiques traditionnelles. Le Sénégal a banni la pratique au début de 1999, rejoignant le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Djibouti, le Ghana, la Guinée, la République centrafricaine, la Tanzanie et le Togo. Des lois similaires ont été proposées au Bénin, au Nigéria et en Ouganda²⁰. En Égypte, la Cour suprême a confirmé en 1997 un décret ministériel interdisant aux médecins de prêter leur assistance à la MGF, ainsi qu'une loi de 1959 qui criminalisait toutes les MGF effectuées dans le pays.

La pratique de la MGF est profondément enracinée dans les traditions culturelles et il faudra des efforts opiniâtres pour l'éliminer. Certaines femmes âgées insistent pour faire mutiler leurs filles ou petites-filles parce qu'elles y voient une condition nécessaire au mariage. Des femmes plus jeunes partagent leur point de vue et craignent d'être ostracisées si elles ne subissent pas la MGF.

Diverses initiatives sensibles aux valeurs culturelles ont été prises pour montrer que des pratiques traditionnelles nuisibles peuvent changer sans compromettre les valeurs. En Ouganda, le programme Reproductive, Educative and Community Health (REACH) a substitué aux rituels de la MGF la remise de dons et une célébration publique de l'accès des fillettes à la condition de femme adulte. La campagne, commencée en 1995, a réduit de 36 % en 1996 l'incidence de la MGF dans

le district de Kapchorwa. Ce programme, soutenu par le FNUAP, fait participer la communauté à tous les niveaux, en particulier les Anciens. Les femmes qui pratiquaient la MGF reçoivent une formation d'accoucheuse traditionnelle.

De même, l'organisation kényenne de femmes Maendeleo ya Wanawake encourage des solutions de rechange aux rituels de passage associés à la MGF, en insistant sur les traditions culturelles positives de la communauté. Les femmes qui pratiquaient la MGF sont aidées à trouver d'autres moyens de subsistance.

Au Sénégal et en Égypte, les campagnes des militants des droits de la femme ont réussi à faire changer les lois et pratiques concernant la MGF. En Égypte, l'équipe de travail de la MGF, composée de militants, de chercheurs, de médecins et de féministes, a joué un rôle capital dans l'élargissement du débat sur le problème délicat de la MGF et dans l'instauration d'un climat propice à l'interdiction de la pratique. Des coalitions Gouvernement-ONG sont en voie de formation au Mali et au Nigéria pour combattre la MGF et la violence contre les femmes²¹.

Fournir des services de santé en matière de reproduction

Changement de politique depuis la CIPD

L'objectif de la CIPD d'assurer à tous l'accès aux soins de santé en matière de reproduction suppose un changement de politique, et plus de 40 pays ont pris des mesures dans ce domaine depuis la CIPD. Certains ont mis au point des politiques nationales détaillées de santé en matière de reproduction, tandis que d'autres n'ont traité que d'aspects spécifiques. Toute politique couronnée de succès a reposé avant tout sur la prise en compte d'intérêts très divers et sur l'adoption d'une approche multisectorielle.

L'Inde a remplacé sa politique de planification familiale fondée sur des objectifs, en place depuis plusieurs décennies, par une approche des besoins de santé en matière de reproduction centrée sur le client, en fournissant toute une gamme de services, dont un choix élargi de méthodes contraceptives. Ce changement de politique est antérieur à la CIPD et résulte des efforts soutenus de militants de la santé féminine et d'autres partisans du changement.

Au Bangladesh, un consortium Gouvernement/donateurs/ONG a mis au point la Stratégie des secteurs santé et population de 1997, qui affirme les principes de la CIPD. La Zambie a fait intervenir les districts sanitaires locaux, les ONG, les organisations donatrices et les institutions privées dans la formulation de sa nouvelle politique nationale de santé en matière de reproduction. Le processus détaillé d'évaluation des besoins a abordé les problèmes propres aux deux sexes, dont la participation des hommes, et la question de l'affectation des ressources nécessaires. En Afrique du Sud, les ONG ont fourni un appui indispensable aux gouvernements provinciaux pour mettre au point une politique de la santé féminine.

Le Brésil a élaboré une politique détaillée de la santé féminine 10 ans avant la CIPD, mais l'intégration de la santé en matière de reproduction dans le Système de santé unifié a progressé plus vite après la CIPD. En 1997, le Congrès a adopté une loi de planification familiale qui approuve toutes les méthodes contraceptives d'effet temporaire et reconnaît dans la stérilisation volontaire une procédure courante.

En Chine, un programme soutenu par le FNUAP est en cours d'introduction dans 32 comtés dispersés à travers tout le pays, avec une approche centrée sur le client conformément aux recommandations de la CIPD. S'il réussit, ce programme sera étendu à d'autres parties du territoire²².

Outre une politique nationale de grande ampleur, des pays tels que le Ghana et le Népal ont élaboré des principes opérationnels relatifs aux modalités de prestation des services de santé en matière de reproduction. De nombreux pays suppriment les règlements et politiques qui limitent l'accès aux services de planification familiale, concernant par exemple l'autorisation maritale, la situation matrimoniale et les limites d'âge. Cependant, en 1997, 14 pays exigeaient encore l'autorisation maritale pour délivrer aux femmes des services de contraception et 60 autres l'exigeaient pour les méthodes de contraception permanente²³.

Les progrès ont été moins rapides dans la réorientation des politiques concernant les questions liées à l'égalité des sexes. Certaines de ces politiques reconnaissent la nécessité de relever la condition de la femme, mais peu portent expressément sur les relations entre les sexes et sur les rapports de force qui affectent les décisions en matière de procréation.

Réforme et décentralisation du secteur sanitaire

On aborde souvent les questions de santé en matière de reproduction en même temps que les réformes de l'ensemble du secteur sanitaire, cela tandis que de nombreux pays décentralisent les services de santé, qui passent du ministère aux pouvoirs locaux. Dans le cadre de la réforme du secteur sanitaire, la plupart des pays définissent des secteurs prioritaires d'investissement et font des choix difficiles concernant l'affectation des ressources humaines, financières et institutionnelles, qui sont insuffisantes.

La réforme et la décentralisation du secteur sanitaire ne garantissent pas que la santé en matière de reproduction sera incluse dans cette politique — c'est parfois l'opposé qui se produit²⁴. Mais on s'attend généralement à ce que le processus débouche sur un meilleur rapport coût-efficacité et sur une satisfaction accrue des consommateurs, qui à son tour conduira sans doute à une utilisation plus efficace de l'information et des services.

Des pays comme l'Afrique du Sud, le Bangladesh, l'Inde, le Mexique, les Philippines et la Zambie, qui ont mis en place un ensemble de services essentiels dans le cadre de leur réforme du secteur sanitaire, y ont généralement inclus la santé en matière de reproduction. Par exemple, l'ensemble de services essentiels du Bangladesh comprend : santé maternelle (soins prénatals, lors de l'accouchement et postnatals, régulation de la menstruation et soins en cas de complications d'après-avortement);

planification familiale destinée aux adolescents; traitement et prévention/contrôle des infections de l'appareil génital, des MST et du VIH/sida; et santé infantile.

La décentralisation a souvent consisté à donner une responsabilité accrue aux pouvoirs locaux sans leur fournir les ressources adéquates²⁵. Certains ont donc commencé à rendre payants même les services de base, de sorte que les pauvres, surtout les femmes et les enfants, doivent souvent se passer de soins de santé. Il importe que la réforme et la décentralisation du secteur sanitaire ne négligent pas l'engagement pris à la CIPD d'améliorer les soins de santé en matière de reproduction.

Intégrer et élargir les programmes de santé en matière de reproduction

La plupart des pays atteignent un stade critique quand ils s'efforcent de mettre au point des programmes de santé en matière de reproduction intégrés et complets. Il serait regrettable de susciter chez les clients potentiels une attente sans leur fournir les services correspondants, mais tant le processus que les ressources nécessaires pour le mener à bien posent divers problèmes, et il y a ici peu de modèles à suivre.

ENCADRÉ 15

Au Sénégal, un groupe spécialisé dans l'alphabétisation conduit la lutte contre la MGF

Depuis 1997, des dizaines de communautés sénégalaises ont estimé qu'il était temps de mettre fin à la mutilation génitale féminine et pressé d'autres communautés de s'associer à elles. Leur activité a incité le Président et le Parlement à bannir la pratique en janvier 1999.

Cette action militante s'est développée à partir des efforts d'une ONG appelée Tostan ("Percée"). Elle fut créée il y a 11 ans, en tant que programme d'alphabétisation et d'acquisition de savoir-faire professionnels destiné aux femmes, et prit naissance autour de débats de groupe. Avec l'aide financière de l'UNICEF, elle a recruté des villageois pour enseigner et publié des manuels dans les langues locales.

Au lieu d'affronter directement des problèmes comme la MGF, Tostan a passé plusieurs mois avant d'aborder le sujet de la santé des femmes. Même alors, selon Molly Melching, fondatrice et directrice du groupe, "nous n'avons jamais parlé de sexualité. Nous n'avons parlé que de santé et de droits." Les villageois disent que des mois de débat sur les infections, l'accouchement et les douleurs dans les organes sexuels ont inévitablement conduit à mettre en question l'excision. "Tostan nous a appris qu'il n'y avait aucun mal à dire ce que nous pensions", a déclaré une femme.

La participation des hommes n'a pas été moins intense. "Il est pénible d'admettre que quelque chose qu'à la suite des ancêtres, on a cru bon toute sa vie est en fait mauvais", a dit l'un des Anciens qui s'est mêlé aux discussions.

Melching croit que faire de l'excision féminine un problème politique ou la qualifier de barbare ne convainc pas beaucoup de gens. "Ces femmes aiment réellement leurs enfants", a-t-elle dit. Bien que Tostan mette l'accent sur les violations des droits fondamentaux, ce sont les risques de santé qui parlent à l'esprit de tous. Criminaliser la pratique de la MGF, craint Melching, "pourrait avoir l'effet de la rendre clandestine".

En amenant des villages entiers à adhérer au plan, l'approche de Tostan garantit que nul n'est frappé d'infamie. Le mouvement a pris de l'ampleur à mesure que la nouvelle de la décision de villageois se répand dans tout le pays.

Une femme qui avait ainsi perdu son emploi a été persuadée d'abandonner la pratique après des mois de débats. "Une fois que j'ai su que l'excision pouvait être cause de stérilité et d'infections, je n'ai pas voulu en porter la responsabilité", a-t-elle dit.

Source : Vivienne Walt, 11 juin 1998. "Circumcising a Ritual". Service d'information du Los Angeles Times-Washington Post.

De nombreux pays mettent à l'essai des moyens d'intégrer les services de santé en matière de reproduction.

De nombreux pays mettent à l'essai des moyens d'intégrer les services de santé en matière de reproduction : Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Cambodge, Égypte, Ghana, Inde, Jamaïque, Mexique, Ouganda, Pérou, Philippines, Sénégal, Thaïlande, Tunisie, Viet Nam et Zambie. Le changement le plus fréquent a consisté à intégrer la planification familiale et la santé maternelle et infantile dans le cadre d'une institution commune : l'Égypte, par exemple, a centralisé les services de santé en matière de reproduction, qui relèvent désormais d'un Ministère de la santé et de la population récemment créé. Plusieurs pays ont réuni les composantes de la santé en matière de reproduction au moyen d'un système d'aiguillages, qui concerne en particulier la planification familiale, la santé maternelle et infantile et les services relatifs aux MST/VIH/sida.

En Afrique subsaharienne, de nombreux pays ont commencé à intégrer les services relatifs aux MST/VIH/sida dans leurs services de santé maternelle et infantile et de planification familiale assurés dans les dispensaires, y voyant le moyen le plus économique d'atteindre la proportion la plus élevée possible de femmes sexuellement actives et de leurs partenaires. Toutefois, peu de temps après l'intégration des services, l'analyse menée dans plusieurs pays (Botswana, Ghana, Kenya, Zambie et Zimbabwe) a montré qu'à peu près aucun client des services de planification familiale n'avait subi de diagnostic ni suivi de traitement pour les MST/VIH/sida. La même analyse a cependant montré aussi qu'il serait au moins possible de fournir des informations sur les symp-

tômes, les modes de transmission et les comportements à suivre pour se protéger²⁶.

L'intégration des structures institutionnelles et administratives est particulièrement difficile. En de nombreux pays, surtout en Asie, la planification familiale et la santé ont été longtemps gérées à part, ce qui coûte fort cher, mais les changements intervenus depuis la CIPD n'ont été que de surface, du fait de l'inertie bureaucratique et des différences entre régimes de programmation, de formation et d'évaluation. L'intégration a davantage progressé au niveau de la prestation des services. De nombreux pays ont déjà intégré les services de planification familiale et de santé maternelle et infantile et, depuis la CIPD, ont poussé cette intégration plus loin, tant entre ces deux services qu'avec la prévention, le dépistage et le traitement des MST et du VIH/sida. Par exemple, les services peuvent être offerts au même endroit par des prestataires différents, ou par le même personnel mais des jours différents.

Certains pays, comme le Bangladesh, groupent en un seul point l'ensemble de services essentiels. D'autres, comme l'Inde, adressent les clients à plusieurs centres de prestation où ils peuvent trouver des services plus spécialisés, par exemple le traitement des MST ou les soins obstétricaux d'urgence.

Un complément de formation peut permettre d'élargir l'éventail des services offerts aux centres de prestation existants sans intégration formelle : des pays comme le Mozambique et le Burkina Faso ont ajouté aux services de planification familiale la prévention et le traitement des MST, dont le VIH/sida. De nombreux autres pays africains relient les programmes de planification familiale et de MST/VIH/sida par un réseau d'aiguillages mutuels.

ENCADRÉ 16

La réforme du secteur sanitaire

En de nombreux pays, les services de santé se sont dégradés en raison de la médiocrité de la gestion et de l'organisation, ainsi que du mauvais entretien de l'infrastructure, tandis qu'en outre la priorité accordée aux grands hôpitaux des centres urbains a privé de ressources les hôpitaux de district et les centres de soins primaires. La décentralisation de la gestion, diverses innovations en matière de financement et de stabilisation des coûts, la réorganisation de la prestation des services, tels sont les points sur lesquels portent les réformes. On met l'accent, plus qu'auparavant, sur les soins de santé primaires et préventifs, y compris la santé en matière de reproduction.

Il est demandé aux administrateurs des services de santé d'adopter l'approche centrée sur la santé en matière de reproduction et, simultanément, de conduire la réforme d'ensemble des services de santé. Les deux activités peuvent être complémentaires et se renforcer mutuellement; en fait, l'efficacité des services de santé en matière de reproduction mesure parfaitement la qualité du fonctionnement de l'ensemble du système de santé. Il y a cependant des zones possibles de conflit dans la conception et l'exécution, ce qui tient à la manière dont les services étaient fournis avant la réforme et à celle dont la transition est conduite.

L'une des principales difficultés de la réforme réside dans le financement et la gestion des soins de santé en matière de reproduction. Les gestionnaires d'un domaine spécifique, comme la planification familiale, la vaccination ou la lutte contre les MST, voient dans la santé en matière de reproduction une invitation à intégrer leurs services aux autres composantes de l'ensemble. D'autre part, quand les réformateurs du service de santé répondent à l'invitation à adopter une approche centrée sur la santé en matière de reproduction, ils risquent de voir dans les services intégrés de santé en matière de reproduction un nouveau programme "vertical".

Source : T. Merrick, 1999. "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities". (En préparation)

Services de santé en matière de reproduction assurés par les ONG

Dans certains pays, les ONG, en premier lieu les associations de planification familiale affiliées à la Fédération internationale de planification familiale, ainsi que des organisations de femmes, peuvent remodeler les programmes et former du personnel avec plus de souplesse que les services gouvernementaux. Dans des domaines particulièrement délicats comme les problèmes des adolescents et la violence d'origine sexuelle, les ONG peuvent agir plus librement que les organisations gouvernementales. Dans des pays comme le Bangladesh, la Colombie, le Mexique, le Pérou et la Jamaïque, les ONG sont les premières à élargir les services de santé en matière de reproduction et, surtout, à fournir des services de planification familiale dans le contexte de la santé en matière de reproduction, ainsi qu'à offrir des services aux hommes et aux adolescents.

En Zambie, les ONG appuient sans réserve le processus de réforme du secteur sanitaire et le Gouvernement reconnaît en elles d'importants partenaires dans les limites de ce secteur. Les ONG sont en position d'accélérer la mise en oeuvre de l'agenda de santé en matière de reproduction, de se montrer plus novatrices et créatrices, de prendre des risques et de mettre à l'essai des modèles de fourniture de services intégrés, que le secteur public peut reproduire à plus grande échelle. Les donateurs et les

ENCADRÉ 17

En Ouganda, intégration au niveau de la prestation des services

En Ouganda, les centres de santé offrent désormais chaque jour la planification familiale, les soins prénatals et postnatals, des conseils concernant les MST/VIH, l'éducation nutritionnelle et la vaccination des enfants, plutôt que des services différents à des jours fixes. Les infirmières estiment que l'intégration a de bons et de mauvais côtés : leur volume de travail a augmenté sans hausse comparable de la rémunération, mais l'intégration leur fait gagner du temps ainsi qu'à leurs clients, et l'alourdissement des responsabilités leur a valu un surcroît de prestige.

L'intégration a progressé plus vite dans les centres de santé que dans les hôpitaux, bien que ces derniers assurent un plus large éventail de services. Les rapports montrent que davantage de clients utilisent les services de planification familiale et de traitement des MST — les uns et les autres auparavant jugés honteux dans certaines communautés — maintenant qu'ils font partie d'un ensemble plus vaste. L'intégration des services de santé en matière de reproduction dans les centres de santé primaire a facilité la vie de certaines femmes; une femme enceinte a dit : "Maintenant, il est bien plus commode de venir ici parce qu'ils soignent chaque jour pour tout...Cela coûte moins cher."

Source : L. Ashford et C. Makinson, 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, DC, Population Reference Bureau.

3

organismes d'assistance technique qui estiment leur liberté d'action diminuée par les exigences du secteur public peuvent faire valoir leurs idées auprès des ONG²⁷.

À Sri Lanka, en vertu d'une longue tradition, les organisations à base communautaire qui s'occupent de développement et les ONG sont en liaison par l'entremise d'un secrétariat des ONG. Les quatre principales ONG spécialisées dans la planification familiale, dont l'Association sri-lankaise de planification familiale, font figure de pionniers et continuent de s'occuper d'éducation, d'activités de plaidoyer et de prestation de services dans les domaines de la planification familiale et de la santé en matière de reproduction. Le FNUAP leur octroie des fonds aux fins de regrouper de petites organisations à base communautaire qui dispensent éducation et information concernant la planification familiale. Le FNUAP octroie aussi des fonds à quatre autres ONG pour qu'elles s'occupent d'établir des liens entre santé en matière de reproduction et autres problèmes de développement, ainsi que de communiquer des informations à de nouveaux groupes cibles²⁸.

Le rapport coût-efficacité des services d'ONG peut être meilleur que celui des programmes gouvernementaux. Le coût par client servi est parfois plus élevé en raison des frais généraux, de la création de capacités, des déséconomies d'échelle et du rayon géographiquement limité de leur action. Cependant, depuis la CIPD, les ONG ont joué un rôle de plus en plus important dans l'application du Programme d'action.

Dans une étude récente, étendue à huit pays, sur l'application du Programme d'action de la CIPD, les ONG ont été partout jugées plus efficaces que les gouvernements dans la prestation de services de santé en matière de reproduction. Les personnes interviewées dans ces pays (Bangladesh, Inde, Népal, Jordanie, Ghana, Sénégal, Jamaïque et Pérou) ont noté qu'avec leur administration simplifiée, les ONG ont la souplesse nécessaire pour élargir leurs services²⁹.

Les ONG ont, les premières, formé les prestataires à offrir des services centrés sur le client. Par exemple, une association jamaïcaine de planification familiale, FAMPLAN, a récemment participé à un projet visant à intégrer les services de planification familiale et ceux relatifs aux MST. Ce projet, qui comportait une formation destinée à aider les prestataires à surmonter leurs préjugés envers les clients souffrant de MST, a réussi à augmenter le taux d'utilisation des préservatifs sans que les prestataires passent plus de temps avec chaque client.

On a aussi reconnu aux ONG le mérite d'être proches des communautés. Au Pérou, les ONG de niveau communautaire qui s'occupent des femmes voient mieux que les institutions gouvernementales quels sont leurs besoins sur le plan de la santé en matière de reproduction. Les ONG travaillent en liaison étroite avec le personnel sanitaire pour aiguiller les femmes vers les organisations en mesure de les aider.

Dans la plupart des pays, les ONG ne fournissent pas de services à la même échelle que les organismes du secteur public; en fait, leur dimension est probablement l'un des facteurs qui leur donne la souplesse nécessaire pour modifier les services en fonction des besoins. Au Sénégal, les

grandes ONG fournissent une faible proportion des services de planification familiale et de santé en matière de reproduction, mais les personnes interviewées ont déclaré qu'elles fixent les normes de qualité et font bénéficier le programme de leurs compétences techniques. Les petites ONG jouent aussi un rôle important au niveau communautaire, surtout dans la lutte contre le sida et la MGF. Les organisations communautaires de femmes dispensent une éducation sur le plan de la santé en matière de reproduction, tâche pour laquelle les agents sanitaires du secteur public manquent souvent de temps.

Actuellement, toutefois, les ONG n'ont pas les ressources nécessaires pour offrir toutes les composantes de la santé en matière de reproduction. Ce serait dans la plupart des pays un bon investissement que d'augmenter les ressources acheminées vers les ONG. Mais, si l'on demandait aux ONG de grandir au point de servir le même nombre de clients et les mêmes secteurs géographiques que les organismes du secteur public, elles risqueraient de ne plus être aussi aptes à offrir une programmation souple et novatrice.

Rendre les services de qualité plus accessibles

La qualité des soins de santé en matière de reproduction est un facteur déterminant de la satisfaction des clients et de leur désir d'en faire usage. Les différents traits qui définissent la qualité des soins sont bien connus. Les clients ont besoin d'un choix de méthodes contraceptives, d'une information exacte et complète, de prestations délivrées avec compétence, de rapports personnels faciles avec les prestataires, de soins continus, et d'un ensemble de services connexes³⁰. Cela s'applique également à d'autres composantes des soins de santé en matière de reproduction.

Si les clients ont le choix, ils se rendront dans les centres et auprès des prestataires qui à leurs

Ce que les clients veulent : respect, informations exactes, services d'accès facile, rapides et fiables.

yeux offrent les meilleurs soins. Des études menées dans le monde entier³¹ aident à bien voir ce que veulent les clients :

- **Respect**, amitié, politesse, confidentialité et protection de la vie privée;
- **Compréhension** par les prestataires de la situation et des besoins de chaque client;
- **Information complète et exacte.** Les clients veulent connaître tous les faits, surtout concernant les effets secondaires des contraceptifs;
- **Compétence technique.** Les clients portent un jugement sur la propreté des dispensaires, le sérieux des examens médicaux, et les types de médicaments donnés; et, en fin de compte, décident si leurs besoins sont satisfaits et leurs problèmes résolus;
- **Accès aux soins et fournitures et délivrance régulière de ceux-ci.** Les clients veulent disposer de services et fournitures appropriés et fiables, cela sans retard. La notion d'accès recouvre aussi la fiabilité et le prix modéré des services, ainsi que la facilité de les obtenir;
- **Équité.** Les clients attendent des prestataires qu'ils offrent information et services à tout le monde, sans considération de classe ni d'appartenance ethnique.
- **Résultats.** Les clients éprouvent un sentiment d'impatience quand on leur dit d'attendre ou de revenir un autre jour, ou si leurs plaintes sont rejetées comme futiles.

Des études menées en Jamaïque, au Kenya et au Malawi ont montré que les clients attachent en général plus d'importance que les prestataires à des problèmes tels que la durée d'attente, le temps passé à la consultation et la nature des informations qui leur sont communiquées³². La recherche menée au Maroc a fait apparaître des problèmes de communication parce que le client est placé en position d'infériorité et que les prestataires sont exclusivement masculins. Des femmes ont dit qu'elles souhaitaient recevoir davantage d'informations sur les méthodes contraceptives et se voir offrir plus que la planification familiale au sens strict³³. En Albanie, certains centres de prestation de services négligent l'occasion d'offrir aux femmes accès à la planification familiale. Dans l'une des études, une femme a déclaré : "Dans notre secteur, le personnel ne s'occupe pas des femmes; ils disent qu'ils sont là seulement pour vacciner les enfants. Ainsi nous ne savons pas où obtenir ce service [la planification familiale]"³⁴.

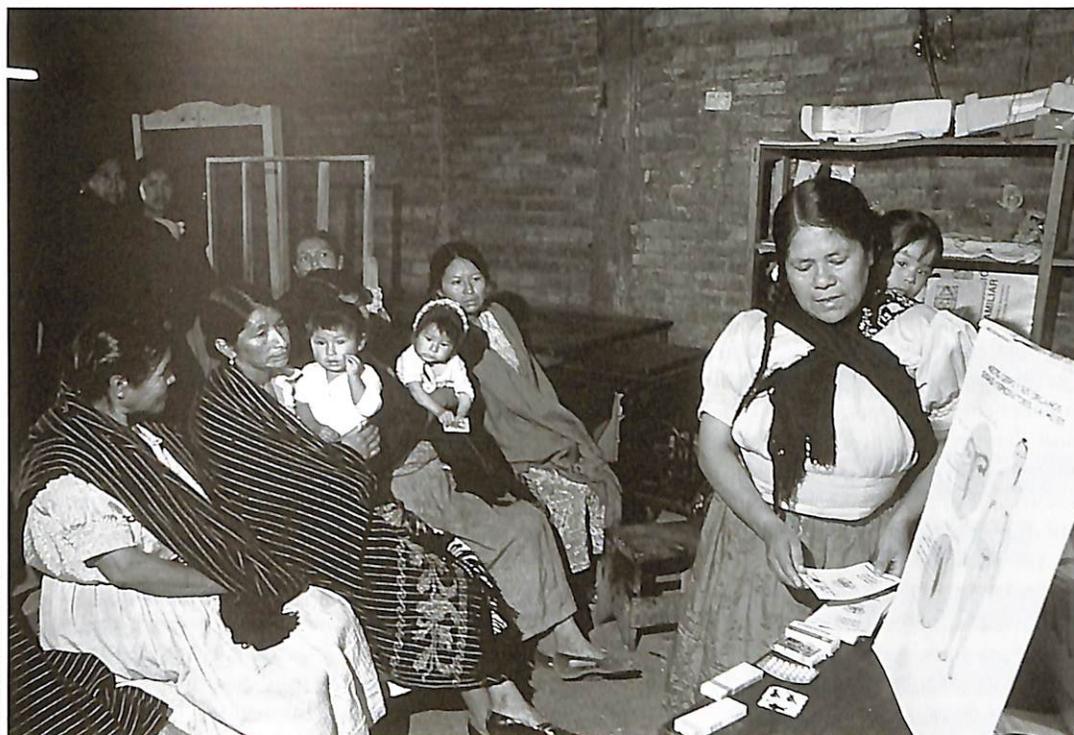
Les clients sont attentifs à la qualité. En Bolivie, les femmes interviewées dans une étude ont dit qu'elles seraient prêtes à se rendre dans des dispensaires plus éloignés pour obtenir des soins de meilleure qualité. Une femme a dit : "Je préfère aller là-bas [au dispensaire de planification familiale] même si c'est loin. Ils me parlent; ils expliquent les choses. Même si je dois payer, cela me va"³⁵. En Tanzanie, une autre étude a établi le même point : la qualité des soins influait sur le choix du centre de soins par la clientèle³⁶. Au

Bangladesh, a noté une femme, "j'étais assise dans le bureau [de la prestataire] et elle m'a demandé... mon nom et quantité de détails sur moi-même — combien d'enfants j'avais, quel était l'âge du plus jeune, et ainsi de suite.... Elle m'a dit que si j'avais un problème sérieux dans l'intervalle, je devrais revenir la voir. ...[Elle] a été gentille avec moi. Il n'y a pas eu de difficultés"³⁷.

La recherche et l'évaluation peuvent indiquer ce qu'il faut faire pour apporter des améliorations. Les études d'analyse de situation menées par le Population Council en Afrique subsaharienne ont montré combien la sous-utilisation des ressources diminue la qualité et le choix des soins offerts aux clients³⁸. Ailleurs, la qualité des soins pâtit du manque d'eau, d'électricité, de matériel ou de fournitures, surtout dans les zones rurales. Au Pakistan, par exemple, environ 10 % seulement de la population ont accès aux services de planification familiale³⁹. Au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, beaucoup de dispensaires n'offrent pas la planification familiale.

Les études d'analyse de situation menées dans cinq pays d'Afrique subsaharienne ont montré que diverses occasions étaient manquées d'améliorer la qualité des soins⁴⁰ :

- Les nouvelles clientes désireuses d'espacer les grossesses n'ont pas eu connaissance de toutes les méthodes disponibles à la clinique, ce qui limitait leur capacité de choisir la plus appropriée ou la plus souhaitable;
- Les prestataires ne font généralement pas usage de documents d'information qui pourraient aider les clientes à mieux comprendre et à prendre des décisions en meilleure connaissance de cause;
- La plupart des prestataires ne voient chaque jour que trois clientes au maximum s'intéressant à la planification familiale, ce qui fait penser que la durée de chaque visite pourrait être plus longue, la qualité des informations communiquées, meilleure, et les services de santé en matière de reproduction offerts, plus variés;
- Les prestataires utilisent souvent, s'ils en disposent, du matériel tel que sphygmomanomètres et sondes utérines; cependant, il leur arrive souvent de ne pas se laver les mains durant les examens de la région pelvienne, même s'il y a de l'eau propre et des gants dans la salle d'examen, exposant ainsi leurs clientes à un risque d'infection;
- Les prestataires ne s'informent souvent pas du nombre de partenaires et de la fréquence des rapports sexuels, ni si le partenaire participe à la décision d'utiliser des moyens contraceptifs, de sorte qu'ils ne sont pas en mesure de procéder à une évaluation ou de recommander les méthodes appropriées;
- Le fait qu'une méthode donnée est de nature à protéger contre les infections sexuellement transmissibles — en particulier l'avantage qu'ont les préservatifs de protéger les deux partenaires — est rarement mentionné.



La communication, assurée en liaison avec les services, est une part essentielle des programmes de santé en matière de reproduction. A gauche, une aide soignante parle aux femmes d'un village mexicain de planification familiale et de santé en matière de reproduction.

Pour améliorer la qualité des soins, il faut mettre l'accent sur le processus de prestation des services, notamment sur la communication et le partage des informations; fixer des normes minimales en matière de procédure et d'examen; et veiller à ce que les clients reçoivent les services appropriés à leurs besoins. Certains pays, comme Sri Lanka, ont considérablement progressé, dès avant la CIPD, dans la fourniture de services intégrés de haute qualité et centrés sur le client.

Les études montrent qu'il est possible d'améliorer la qualité à un coût raisonnable; à défaut de ces améliorations, le public ne viendra pas ou cessera de venir⁴¹. Les prestataires de services de planification familiale et les superviseurs sont formés dans le monde entier à améliorer la qualité des soins⁴², ce qui suscite en eux la détermination de résoudre les problèmes à mesure qu'ils se posent.

Parmi les approches permettant d'apporter des améliorations, l'une des plus généralement utilisées est COPE (Orientation vers le client et efficacité des prestataires — Client-Oriented and Provider Efficient), mise au point par l'Association internationale pour une contraception volontaire et sans danger. COPE utilise une série d'éléments simples d'auto-évaluation destinés aux agents des dispensaires spécialisés dans la planification familiale et aux superviseurs. Le personnel analyse la composition de la clientèle du dispensaire à mesure des visites, interviewe les clients et remplit un questionnaire sur tous les aspects de la prestation des services. COPE a été utilisé dans plus de 35 pays. Une évaluation menée dans 11 dispensaires en Afrique a établi que les équipes d'agents avaient résolu 64 des 109 problèmes identifiés grâce au processus COPE⁴³.

La formation à dispenser des soins de qualité suscite chez les agents la détermination de résoudre les problèmes à mesure qu'ils se posent. Les principes à appliquer sont les suivants : bien traiter le client, offrir au client sa méthode préférée, individualiser les soins, rechercher une interaction dynamique, éviter toute surcharge d'information, enfin utiliser et fournir des aide-mémoire⁴⁴. Certains

pays, comme l'Inde, le Népal, l'Égypte, l'Indonésie et la Jordanie, mettent en place des procédures qui garantissent la qualité des services de santé en matière de reproduction. Le programme égyptien Étoile d'or (Gold Star) est l'un des plus importants programmes de cette nature dans le monde. Il est conçu non seulement pour améliorer la qualité des services, mais aussi pour susciter l'attente de meilleurs services. Environ la moitié de tous les départements et bureaux du Ministère de la santé et de la population avaient atteint la norme Étoile d'or à la fin de 1998⁴⁵.

Dans de nombreux pays, les prestataires du secteur public travaillent aussi à temps partiel dans le secteur privé. Beaucoup de clients préfèrent les prestataires du secteur privé parce que leurs dispensaires offrent plus d'avantages pratiques et sont moins encombrés, et parce qu'ils croient que les prestataires du secteur privé sont plus compétents; mais il pourrait s'agir là d'un mythe plus que d'une réalité. Parmi les mécanismes de nature à améliorer la qualité du secteur privé, il faut citer la formation médicale continue sur des points concernant la santé en matière de reproduction, la mise en place de mécanismes garantissant la qualité et le renforcement des liens entre prestataires des secteurs public et privé.

Communication et éducation

Une communication bien conçue renforce les programmes de qualité, mais une information non accompagnée de services ne peut inspirer que le mécontentement. Faire prendre mieux conscience de l'importance de la santé en matière de reproduction ne suffit pas à accroître le taux d'utilisation des services. En de nombreux pays, les campagnes d'information sont lancées sans la participation des prestataires locaux, des communautés, ni de représentants des groupes cibles. Les messages sont généralement destinés aux femmes adultes et négligent des groupes cibles comme les hommes, les adolescents, les nouveaux mariés et les guides de l'opinion publique.

En de nombreux pays, le manque de personnel qualifié a ralenti l'extension des services de santé en matière de reproduction.

Les stratégies de communication ne sont pas toujours bien reliées aux services : une campagne peut faire prendre conscience de la contraception, mais sans dire où en trouver les moyens; ou susciter des clients potentiels avant que les services ne soient disponibles. Les stratégies d'information, communication et éducation (IEC) concernant la santé en matière de reproduction doivent aller bien au-delà de la sensibilisation et fournir des informations sur les moyens d'éviter les infections de l'appareil génital, les grossesses non désirées et les complications obstétricales, par exemple. Les lignes téléphoniques ouvertes en permanence et les émissions radio assorties d'un segment questions-réponses sont un bon moyen de communiquer des informations précises et confidentielles. L'appel simultané à plusieurs médias renforce également les messages⁴⁶.

Les stratégies d'information et d'éducation relatives à la santé en matière de reproduction, ainsi qu'à la population et au développement, doivent viser au-delà des campagnes de prise de conscience. Aussi bien les responsables que les bénéficiaires de programmes ont besoin d'informations qui les aideront à prendre des décisions et à y donner suite. Ils ont besoin d'informations concernant, par exemple, les risques de MST, les signes de danger dans une grossesse difficile, les méthodes de contraception disponibles. Ils ont aussi besoin d'informations concernant l'identité de ceux qui peuvent leur prêter assistance, l'endroit où les services sont disponibles, et les types de traitement qu'ils peuvent espérer et qu'ils ont le droit de demander.

Ces informations doivent atteindre tous ceux qui ont besoin de les connaître. Les médias sont utiles pour communiquer des informations pratiques⁴⁷, mais les circuits de communication traditionnels et locaux ont aussi leur rôle, de même que les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires.

Les pays qui souhaitent améliorer l'IEC n'ont pas besoin de commencer à partir de rien : beaucoup disposent d'une documentation abondante, surtout pour la planification familiale, la santé maternelle et infantile, les MST/sida et la sexualité, qu'il serait possible d'adapter à la perspective de la santé en matière de reproduction. Par exemple, aux Philippines, la stratégie nationale et le manuel d'IEC en planification familiale sont excellents et pourraient être facilement modifiés dans la perspective de la santé en matière de reproduction.

Développement des ressources humaines

En de nombreux pays, surtout dans l'Afrique subsaharienne, mais aussi au Népal, en Inde et au Pakistan, et en diverses parties de bien d'autres, surtout dans les zones rurales, le manque de personnel (en particulier de prestataires féminins) a ralenti l'extension des services de santé en matière de reproduction. En Inde et ailleurs, le taux de rotation du personnel est élevé et de nombreux postes restent vacants pendant de longues périodes. En de nombreux pays, le personnel, surtout les médecins, ne veulent pas être affectés dans les centres de santé ruraux.

Les conclusions de l'analyse de situation montrent que le personnel peut être formé à dis-

penser non seulement des services de planification familiale de meilleure qualité, mais aussi d'autres services répondant aux besoins de santé en matière de reproduction et de sexualité. Les prestataires apprécient l'approche centrée sur la santé en matière de reproduction, mais se demandent combien de tâches un agent peut être formé à exécuter, surtout un agent de rang modeste. En Inde, par exemple, une infirmière auxiliaire-sage-femme est déjà supposée accomplir 40 tâches: peut-elle faire encore davantage?

Les pays reconnaissent que la formation est indispensable au succès de l'approche centrée sur la santé en matière de reproduction. Le Pérou, le Mexique, la Colombie et la Jamaïque ont élaboré des programmes de formation intégrée. Au Bangladesh, un programme formant les prestataires à tous les aspects de la santé en matière de reproduction est en cours d'élaboration. La Roumanie a donné priorité à la formation du personnel à la planification familiale, afin d'intégrer celle-ci aux soins de santé primaires. De manière générale, pourtant, la formation a pris du retard par rapport à l'extension des services.

Dans la plupart des pays, les programmes de formation, tant initiale qu'en cours d'emploi, sont lentement adaptés à l'approche centrée sur la santé en matière de reproduction, qui vise d'abord à satisfaire les clients en fonction de leurs besoins, bien que la sexualité, les droits en matière de reproduction et l'impact des relations hommes-femmes sur l'interaction client-prestataire soient souvent omis ou traités superficiellement. Dans tous les pays, il faudra du temps pour recycler tous les prestataires de services, tâche qui s'ajoute à la formation de nouveaux.

Dans le secteur de la formation, comme partout, les ressources humaines sont très insuffisantes. Il n'y a pas assez d'experts pour remodeler les programmes destinés au personnel, tant préalables à l'emploi qu'en cours d'emploi, ni pour former les formateurs. La décentralisation des activités de programme a montré combien il y a peu de personnel pour assurer la formation au niveau local.

La formation à la santé en matière de reproduction devrait commencer durant les études de médecine et la préparation aux métiers d'infirmière et de sage-femme. La formation préalable à l'emploi bouleverse généralement moins le système de prestation de services, est moins coûteuse et plus aisément viable à long terme que la formation en cours d'emploi⁴⁸, mais elle impose de remanier les programmes des écoles de médecine et des établissements de formation. Dans la plupart des pays, il est nécessaire de renforcer la supervision continue et le suivi de la formation.

Pour tirer le meilleur parti de leur formation, les prestataires ont besoin d'équipement et de fournitures, de la promesse de récompenses, d'une évaluation, de possibilités de mettre en pratique leurs compétences nouvelles, d'une meilleure politique du recrutement et d'affectations plus attirantes⁴⁹.

Suivi et évaluation

Afin de préserver les gains réalisés avec les politiques et programmes issus de la CIPD (et de mettre en lumière leurs insuffisances), le Pro-

gramme d'action a demandé un suivi et évaluation attentifs de la mise en oeuvre de l'agenda de la santé et des droits en matière de reproduction. Dans l'idéal, les programmes doivent comporter des systèmes d'information simples et d'utilisation claire au niveau de la prestation des services; seules les données les plus essentielles sont collectées; la technologie appropriée est appliquée; et les conséquences sont d'intérêt immédiat au niveau de la prestation des services, mais également à des niveaux plus élevés du système de soins de santé. Des progrès ont été réalisés dans ce domaine en de nombreux pays. Par exemple, l'Iran aussi bien qu'État de Rajasthan, en Inde, offrent des exemples de systèmes efficaces d'information.

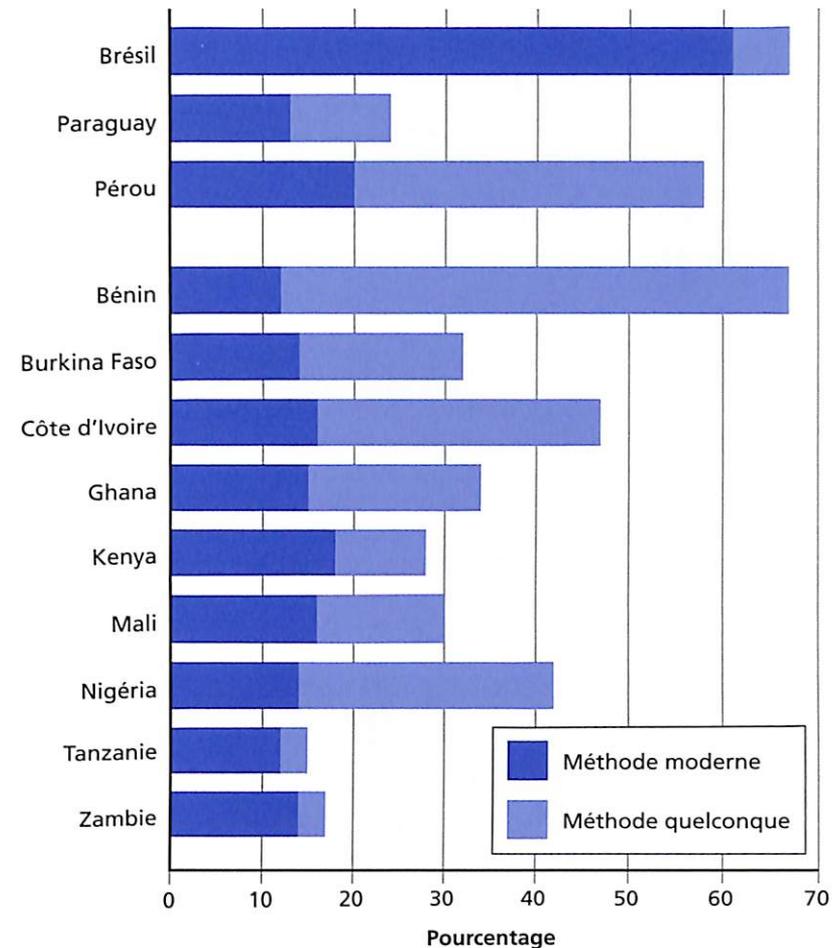
Des organisations internationales, dont le FNUAP, ont les premières mis au point des indicateurs de santé en matière de reproduction pour aider les pays à remanier leurs systèmes d'information sur la gestion, afin de suivre les progrès réalisés dans l'exécution des programmes relatifs à la santé et aux droits en matière de reproduction. Les progrès ont été les plus rapides dans les pays où toutes les parties intéressées qui peuvent faire usage de l'information (par exemple, représentants des communautés, prestataires de services, directeurs de programmes, chercheurs) ont participé à l'élaboration des systèmes d'information.

Par exemple, le Réseau sanitaire de l'Amérique latine et des Caraïbes — en collaboration avec les gouvernements de plusieurs pays de la région — a identifié une série de questions à suivre dans chaque pays où il est actif, à savoir la sexualité et la santé des adolescents en matière de reproduction; la qualité des soins; le traitement des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses; l'intervention des hommes; et la participation des femmes à la prise de décisions. Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs ont été identifiés pour chacune de ces questions et serviront à évaluer la situation propre à chaque pays sur le plan de la santé en matière de reproduction.

Les ONG, en particulier les groupes de femmes, suivent également l'application du Programme d'action de la CIPD afin d'attribuer aux gouvernements la responsabilité des progrès ou de l'absence de progrès. Par exemple, le Réseau de santé féminine de l'Amérique latine et des Caraïbes est actif au Brésil, au Chili, en Colombie, au Nicaragua et au Pérou, où il suit cette application. Six problèmes retiennent son attention : amélioration de la condition des fillettes; responsabilité des hommes; participation du mouvement pour la santé féminine aux processus de prise de décisions; qualité des services de santé en matière de reproduction; accès des adolescents à l'éducation sexuelle et aux services de santé en matière de reproduction; et avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

Le suivi ainsi assuré a fait apparaître : des difficultés considérables à inclure la société civile, et tout particulièrement les femmes, dans le processus d'application (dans trois des cinq pays); l'absence de données ventilées par sexe, âge et zone géographique; une prise en compte incomplète (dans les cinq pays) des droits en matière de reproduction et de sexualité dans la législation et les services de santé; la qualité toujours médiocre des services de santé en matière de reproduction; la non-application des programmes nationaux d'éducation sexuelle

DIAGRAMME 7 : Pourcentage, dans un certain nombre de pays, des jeunes femmes sexuellement actives, célibataires et âgées de 15 à 19 ans, qui recourent à la planification familiale



Source : B.S. Mensch, J. Bruce and M.E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.

(dans deux des cinq pays); et le faible impact des changements intervenus depuis la CIPD au niveau des services et des politiques sur les taux de mortalité maternelle, l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses demeurant une cause majeure de décès maternels⁵⁰.

Informations et soins destinés aux adolescents

Les jeunes femmes et jeunes hommes sont exposés à de nombreux risques de santé, et pourtant ne reçoivent que des informations, conseils et services insuffisants pour les aider à effectuer le difficile passage à l'âge adulte.

Les adolescents ont besoin d'appui pour acquérir confiance en eux-mêmes, se doter des savoir-faire nécessaires à la vie, dont l'art de conduire des relations intimes, et respecter dans la pratique l'égalité des sexes. La responsabilité première à cet égard appartient aux parents : ils doivent participer à l'élaboration des programmes destinés aux adolescents et, d'autre part, être encouragés à parler à leurs enfants de la sexualité et de la santé en matière de reproduction. De nombreuses

études ont montré qu'une meilleure information encourage la responsabilité sexuelle chez les adolescents, y compris l'abstinence⁵¹.

Dans la plupart des cultures, les normes en vigueur traitent inégalement filles et garçons sur le plan de la vie sexuelle⁵². Les filles sont souvent privées des informations ou des possibilités offertes aux garçons, bien qu'elles courent plus de risques⁵³. Une grossesse précoce rétrécit les perspectives qui leur seraient ouvertes. En de nombreux pays, les filles qui deviennent enceintes ne sont pas autorisées à poursuivre leurs études. Dans d'autres, l'éducation des garçons est simplement appréciée à plus haut prix que celle des filles : les filles représentent les deux tiers des plus de 130 millions d'enfants qui ne sont pas scolarisés. Au Kenya seulement, 10 000 filles environ quittent chaque année l'école parce qu'elles sont enceintes⁵⁴.

En de nombreux pays, le problème de la sexualité des adolescents et de leur santé en matière de reproduction est encore délicat à poser et les informations et services de santé en matière de reproduction n'atteignent pas la plupart des adolescents. Cependant, 55 pays environ ont pris des mesures pour répondre aux besoins des adolescents sur le plan de la santé, y compris la santé en

matière de reproduction. Certains, comme la Jamaïque, placent les adolescents au centre de leurs stratégies de santé en matière de reproduction. Le Burkina Faso a été l'un des premiers pays d'Afrique de l'Ouest à lancer un programme de santé en matière de reproduction répondant aux besoins des jeunes. L'idée maîtresse du programme a consisté à créer dans les zones urbaines des centres de jeunesse où ils peuvent recevoir des services de santé en matière de reproduction et une éducation dispensée par leurs compagnons d'âge.

Les études montrent que l'éducation à la vie familiale doit commencer de bonne heure, dans certains pays avant même l'adolescence, afin d'aider les jeunes durant les années où ils atteignent la puberté, s'instruisent de leur sexualité et commencent à s'intéresser aux questions sexuelles⁵⁵.

Les messages destinés aux jeunes sexuellement actifs doivent différer de ceux destinés aux jeunes qui n'ont pas encore d'activité sexuelle⁵⁶; de plus, ils doivent être aussi spécifiques que possible. Par exemple, dans une étude, un jeune Albanais a dit qu'il souhaitait recevoir des renseignements pratiques sur la manière d'éviter la rupture des préservatifs et sur la contraception d'urgence⁵⁷.

Comme des relations sexuelles non protégées exposent les adolescentes au risque d'une grossesse non désirée et les adolescents des deux sexes à celui des MST, dont le VIH/sida, ils ont besoin non seulement de services préventifs, mais aussi de services de santé accueillants aux jeunes et qui assurent diagnostic, traitement, information et délivrance de conseils. Le personnel des dispensaires doit recevoir une formation spéciale pour apprendre à traiter les jeunes clients avec sympathie et à s'abstenir de tout jugement⁵⁸. Les jeunes adultes ont également besoin d'informations sur la planification familiale et sur les MST, dont le VIH/sida.

L'expérience faite au niveau mondial⁵⁹ a montré que les programmes destinés aux adolescents doivent :

- Reconnaître que les besoins des jeunes auxquels les programmes ont à répondre diffèrent en fonction de leur expérience sexuelle et d'autres traits essentiels, et tenir compte de ce fait;
- Prendre pour point de départ ce que les jeunes veulent et ce qu'ils font déjà pour obtenir une information et des services sur le plan de la santé en matière de reproduction;
- Faire place à l'acquisition de savoir-faire (tant de caractère général que se rapportant expressément à la santé en matière de reproduction), ce qui doit constituer un mode d'intervention fondamental;
- Engager les adultes à créer un environnement plus sûr et plus sympathique où les jeunes puissent s'épanouir et apprendre à diriger leur vie, y compris sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité;
- User de contextes et de prestataires plus variés — dans les secteurs public et privé, à l'intérieur comme en dehors des centres de santé — pour fournir des informations et

ENCADRÉ 18

L'éducation par les compagnons d'âge, moyen de réduire le nombre de grossesses d'adolescentes

En République dominicaine, la grossesse est devenue la principale cause de décès parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Près d'une sur quatre est enceinte ou a déjà donné le jour. Il y a peu de services de santé en matière de reproduction destinés aux jeunes dans les communautés marginales situées à la périphérie des principales villes, où 64 % de la population sont concentrés.

Deux organisations non gouvernementales — l'Association dominicaine pour le bien-être familial (*Profamilia*) et l'Institut dominicain pour un développement intégré (IDDI) — s'efforcent depuis 1997 d'élargir l'accès des jeunes à l'éducation sexuelle et aux services de santé en matière de reproduction dans 36 quartiers de Saint-Domingue et dans trois villes d'importance secondaire.

Faisant appel à des compagnons d'âge pour éduquer et conseiller, le projet patronné par le FNUAP vise à réduire le nombre de grossesses d'adolescentes et les taux d'infection par les MST et le sida, en rendant les jeunes plus conscients des risques que comportent des rapports sexuels non protégés. Les adolescents sont encouragés à différer leur premier rapport sexuel ou à être fidèles à un seul partenaire.

Quelque 360 adolescents ont été formés au rôle de conseillers de leurs compagnons d'âge sur les problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction. Chacun conseille de 15 à 30 jeunes et distribue un matériel éducatif et, avec l'assentiment parental, des contraceptifs (préservatifs, spermicides et, après prescription initiale par un médecin, pilules); ils renvoient les cas spéciaux aux services de santé et en assurent le suivi. Les conseillers organisent aussi des réunions publiques et des représentations théâtrales à l'intention de leurs communautés.

En l'espace de deux ans, ce projet a permis de conseiller près de 9 000 jeunes, dont 30 % ne sont pas scolarisés. Une demande croissante a donné naissance à des activités éducatives dans les écoles, les églises et les locaux publics de chaque communauté. Des liens solides se sont créés entre les conseillers et leurs clients, comme on l'a bien vu au lendemain du cyclone Georges, qui a causé de graves dégâts.

Le projet a permis également de former 90 médecins, infirmières et psychologues du Ministère de la santé aux soins de santé intégrés pour adolescents; et de publier un manuel sur la santé en matière de reproduction et de sexualité, de produire une vidéocassette et divers matériels d'enseignement.

services sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité;

- Tirer le meilleur parti de ce qui existe. En faire la base de nouvelles activités et établir des liens entre les programmes et services existants de manière originale et souple afin d'atteindre beaucoup plus de jeunes.

Les ONG ont été particulièrement actives s'agissant de mettre à l'essai de nouvelles approches pour atteindre les adolescents, comme l'éducation par les compagnons d'âge, l'acquisition de savoir-faire, la délivrance de conseils, les services de santé et autres services. On reconnaît maintenant que les initiatives qui encouragent les adultes, dans la famille et la communauté, à faire preuve de compréhension et sympathie, constituent aussi un investissement essentiel. En Colombie, l'ONG *Profamilia*, parmi beaucoup d'autres activités orientées vers la santé en matière de reproduction et l'émancipation des femmes, appuie l'éducation à la santé en matière de reproduction et de sexualité dans des centres de jeunesse de 20 villes du pays.

Au Kenya, la chanson "I Need to Know" (J'ai besoin de savoir), interprétée par de jeunes musiciens de Nairobi avec un immense succès, a aidé les adolescents à demander que les services de santé scolaires fassent désormais place à la santé en matière de reproduction. Grâce à un programme "Les jeunes parlent aux jeunes" en place aux Îles Marshall, des éducateurs et conseillers qualifiés de compagnons d'âge dispensent une éducation sanitaire aux jeunes, à leurs familles et à la communauté concernant des problèmes tels que les grossesses d'adolescentes, les MST et le VIH/sida, l'abus des drogues et la nutrition. Le programme répond également aux besoins des adolescents en matière de contraception.

Participation et responsabilité des hommes

Le Programme d'action de la CIPD reconnaît que les hommes doivent assumer la responsabilité de leur propre comportement sexuel, aussi bien que respecter les droits et la santé de leurs partenaires. Les programmes de planification familiale ont généralement négligé les hommes et furent conçus pour maintenir en vigueur des normes selon lesquelles il incombe aux femmes de contrôler la reproduction et la fécondité⁶⁰.

Une étude menée en Bolivie a établi que les hommes n'avaient pas à l'égard de la planification familiale une attitude aussi négative que les femmes le pensaient. En fait, les hommes connaissaient légèrement mieux que les femmes les méthodes de planification familiale, mais les couples n'abordaient pas toujours ouvertement la question du nombre d'enfants souhaité par chacun des partenaires. Les conclusions d'une étude menée au Mali n'ont pas été aussi positives : les hommes qui ont participé à un débat de groupe ont estimé à l'unanimité que les femmes n'avaient pas le droit de recourir à la planification familiale sans la permission de leur mari⁶¹.

Trente-six pays ont fait savoir qu'ils avaient adopté des mesures destinées à élargir ou promouvoir la participation des hommes à la santé en

ENCADRÉ 19

Enseigner aux hommes les avantages de la planification familiale

Une étude sur les nouvelles utilisatrices de moyens de contraception, menée au Mali dans le cadre du Projet "Etudes féminines" de Family Health International, a montré combien il importe de faire participer les hommes à la promotion de la santé en matière de reproduction.

Légalement, les Maliennes n'ont pas besoin du consentement marital pour obtenir des contraceptifs. Néanmoins, la décision des maris, en tant que chefs de famille, concernant la planification familiale détermine en grande partie le recours ou l'absence de recours des femmes à la contraception. Les programmes doivent donc envisager des moyens d'enseigner aux hommes les avantages de la planification familiale, y compris avec l'aide d'éducateurs chargés d'instruire des groupes d'hommes. En outre, les responsables nationaux souhaiteront peut-être envisager un remaniement des lois qui font du mari l'arbitre des décisions relatives à la santé de la femme. Dans le cas des femmes dont le mari désapprouve la planification familiale, les prestataires devraient offrir des conseils afin de les aider à résoudre le conflit et à prendre la décision la plus appropriée à leur cas.

Source : B. Barnett et J. Stein, 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, Caroline du Nord, Family Health International.

matière de reproduction et de sexualité⁶²; mais la situation au Nicaragua est à cet égard assez représentative : le plan national de santé ne fait pas mention de la responsabilité masculine en matière de planification familiale et ne crée pas de services de santé en matière de reproduction destinés aux hommes. Aux Philippines, la santé masculine en matière de reproduction est l'une des 10 composantes du programme de santé dans ce domaine, mais on a très peu fait jusqu'à présent. Au Népal, le programme s'adresse essentiellement aux femmes. Bien qu'hommes et femmes soient officiellement supposés partager la responsabilité en matière de planification familiale, on note par exemple que la proportion des hommes qui acceptent une vasectomie n'a cessé de diminuer.

Au Mexique, bien que les prestataires comprennent généralement le concept de santé en matière de reproduction, on continue à y voir un programme "de femmes". Peu d'efforts ont été faits pour intéresser les hommes aux services ou les faire participer comme partenaires.

Au Maroc, les femmes mariées d'âge procréateur sont le principal groupe cible et il n'existe pas de stratégie nette visant les hommes. C'est un grave problème dans les zones rurales où le meilleur moyen d'approcher les femmes est de passer par leurs partenaires. En Ouganda, le personnel chargé de l'application du programme et les prestataires de services ont négligé dans une large mesure le rôle des hommes. Depuis la CIPD, certains efforts ont été faits pour les atteindre, notamment afin de remédier aux effets des attitudes et pratiques socioculturelles, ainsi que de la violence sexuelle, sur la santé sexuelle des femmes et fillettes ougandaises et leurs droits en matière de reproduction.

Dans les pays où des activités relatives à la santé en matière de reproduction s'adressent aux hommes, il s'agit le plus souvent de campagnes de plaidoyer. Depuis la CIPD, il semble que les hommes aient été un peu plus nombreux à utiliser des préservatifs et à subir une vasectomie et que les services concernant les MST destinés aux hommes aient pris une certaine extension.

Dans quelques pays, les ONG mettent au point des approches novatrices destinées à encourager la participation des hommes à la grossesse et aux soins aux enfants, ainsi qu'à les inciter à avoir des relations intimes fondées sur l'égalité et le respect mutuel. Par exemple, au Mexique, un groupe de sages-femmes a formé des agents de santé communautaire à enseigner aux hommes que la grossesse et la naissance concernent la famille entière et ne sont pas seulement une "affaire de femmes".

Une initiative internationale "Les hommes comme partenaires" élabore actuellement des programmes relatifs à la santé en matière de reproduction pour former les prestataires de soins et sensibiliser les agents aux besoins de la clientèle masculine⁶³. Certains pays ont renforcé la législation destinée à affirmer les rôles des hommes dans la famille, surtout concernant la pension alimentaire.

Santé en matière de reproduction à l'intention des réfugiés et des personnes déplacées

Partout où survient un conflit ou une catastrophe naturelle, il faut se préoccuper en priorité de garantir la santé des réfugiés et personnes déplacées en matière de reproduction et de protéger les réfugiées de la violence sexuelle. Le Programme d'action de la CIPD a reconnu la nécessité de garantir les droits en matière de reproduction et de dispenser des soins de santé en matière de repro-

duction dans les situations d'urgence, notamment aux femmes et aux adolescents.

Le nombre de réfugiés, de rapatriés et de personnes déplacées dans leur propre pays auxquels s'étend le mandat du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) est passé de 1,4 million en 1961 à un chiffre maximal de 27 millions en 1995. Il était ensuite retombé à 22,3 millions au début de 1998⁶⁴. Depuis la CIPD, les soins de santé en matière de reproduction ont été de mieux en mieux garantis dans les situations d'urgence, alors qu'auparavant les services correspondants n'avaient généralement pas été fournis aux réfugiés.

Les besoins des femmes placées dans des situations d'urgence sur le plan de la santé en matière de reproduction sont satisfaits grâce à une initiative commune du HCR et du FNUAP, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et diverses ONG⁶⁵. L'initiative a été lancée en 1995 en réponse à la présence massive de réfugiés dans la région des Grands Lacs africains.

Le programme forme du personnel et dispense l'équipement et les fournitures nécessaires pour répondre aux besoins dans les domaines suivants : planification familiale, dont la contraception; assistance aux accouchements; complications des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses (ces complications représentent de 25 à 50 % environ des décès maternels parmi les réfugiées); violence sexuelle et viol, y compris contraception d'urgence après un rapport sexuel; et prévention des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida.

Un Consortium de santé en matière de reproduction pour les réfugiés a été créé; il a élaboré des manuels d'évaluation des besoins et produit des matériels. Un groupe de travail interinstitutions a mis au point un Ensemble minimal de services initiaux, dont des médicaments essentiels, des fournitures et un matériel chirurgical de base. On a constitué des stocks de trousse de santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence, à distribuer en fonction des besoins.

Le FNUAP a utilisé ces stocks en avril 1999 pour fournir une aide d'urgence sur le plan de la santé en matière de reproduction aux centaines de milliers de personnes cherchant refuge du conflit au Kosovo dans des camps situés en Albanie⁶⁶. Le Fonds a également conduit une enquête sur les violences sexuelles dirigées contre les femmes du Kosovo; il a recueilli d'inquiétants récits d'enlèvements, de viols et de tortures. Le FNUAP et ses partenaires donnent une formation aux conseillers pour qu'ils viennent en aide aux réfugiées qui ont fait l'objet de violences sexuelles⁶⁷.

La détresse des Kosovars a appelé une attention beaucoup plus large dans le monde entier que les autres crises de réfugiés survenues en Afrique et en Asie, où se trouvent la grande majorité des 13 millions de réfugiés du monde — les 2,6 millions de réfugiés afghans en composent le groupe le plus nombreux (1,2 million se trouvent dans des camps au Pakistan)⁶⁸.

Bien que les services de santé en matière de reproduction soient désormais assurés dans les situations d'urgence, le manque de personnel sanitaire formé à fournir des informations et services dans ce domaine constitue souvent un obstacle.

ENCADRÉ 20

Au Kenya, le viol est chose courante dans un camp de réfugiés

Des milliers de Somaliens ont fui au Kenya pour éviter les combats dans leur pays. Aujourd'hui, dans un camp de réfugiés qui abrite 100 000 personnes près de Dadaab, petite ville du Kenya, ils vivent dans la peur continue d'être volés, tués ou violés par des groupes de bandits en constant déplacement.

Cinq hommes armés ont envahi la cabane de boue où Safia Wanderi, 34 ans, vit avec son mari et ses enfants. Trois des hommes — probablement les membres d'une milice combattant en Somalie — l'ont battue et violée l'un après l'autre devant sa famille. Le mari de Safia, qui l'a jugée responsable de l'incident, a abandonné sa famille.

Auparavant, dit Safia, sa fille de 11 ans avait été violée par un voisin. Selon elle, beaucoup d'autres femmes du camp de Dadaab ont fait des expériences similaires.

Plus de 90 % des viols ont lieu quand les femmes collectent du bois de feu à la lisière des camps. Rukim Nour Mohammed, 50 ans, a été violée et battue un matin en faisant cette collecte; ses agresseurs l'ont laissée sur place, perdant son sang en abondance. Elle réussit à marcher jusqu'au camp, distant de plus de 15 kilomètres, où elle reçut des secours médicaux.

Un membre des services d'aide, John Amollo, dit que les rivalités traditionnelles entre clans, exacerbées par la guerre, expliquent pour une grande part les très nombreux viols commis à Dadaab. "Chaque fois qu'un conflit s'élève entre clans, le coup le plus sévère qu'un clan puisse porter à un autre est de violer ses femmes." Selon lui, le problème est encore aggravé parce que les hommes sont inactifs, frustrés et mentalement traumatisés par les expériences subies pendant la guerre.

Source : *Voix de l'Amérique*, 18 mai 1999.

Partenariat et émancipation



Mark Edwards / Still Pictures

Le Programme d'action de la CIPD représente un consensus entre les États, mais reconnaît que pour donner un effet pratique au concept d'un développement centré sur les aspirations et les valeurs des êtres humains, une collaboration devra s'engager entre les gouvernements, la société civile et la communauté internationale. Beaucoup de problèmes ont été d'abord portés à l'attention des pays et de la communauté internationale par des organisations ne relevant pas du gouvernement de leurs pays respectifs, et la mise en oeuvre des recommandations de la CIPD suppose des initiatives, des campagnes de plaidoyer, une gestion attentive et une rétro-information de la part des nombreux participants.

Au premier plan se placent les champions de la santé publique, dont les organisations de planification familiale, les groupes qui s'intéressent à l'éducation, les organisations de femmes ou à vocation familiale. Les représentants d'une gamme plus large d'intérêts et de préoccupations sont intervenus, dont beaucoup se soucient du développement économique, de la pauvreté, de l'environnement, des affaires urbaines, des droits de l'homme, des questions religieuses et éthiques, etc. L'un des signes les plus importants de progrès dans l'application du Programme d'action, au cours des cinq dernières années, a été la participation croissante des organisations ne relevant pas du gouvernement.

Photo : Un agent de santé communautaire d'ONG montre aux femmes d'un village bangladais la manière d'utiliser un préservatif. Les groupes de la société civile jouent un rôle grandissant dans l'application du Programme d'action de la CIPD.

La vision nouvelle de la société civile

Ce processus a appelé une attention renouvelée sur la diversité des organisations de la société civile et sur les relations entre celles-ci et le secteur public. La société civile prend des formes différentes, mais on peut la concevoir comme un éventail d'associations, d'organisations et d'institutions qui rapprochent des personnes animées d'intérêts similaires. Elle comprend des groupements auxquels leurs membres appartiennent de leur propre choix, le secteur privé et ses groupes et associations, des organisations culturelles et des groupes spécialisés dans le plaidoyer. Elle compte des coopératives, des syndicats, des groupes de microentrepreneurs et d'auto-assistance, des groupes de femmes, des mouvements de défense de la santé et du développement et des groupes spécialisés dans la prestation de services, des associations de chefs d'entreprise, des associations charitables, des organismes religieux, des partis politiques, des clans et d'autres réseaux de caractère familial, des groupes de pression, des mouvements sociaux, des associations professionnelles, des groupes d'hommes, des groupes de jeunesse — en bref, l'éventail entier des modes de rassemblement auxquels les individus recourent pour faire connaître leurs opinions et parvenir à leurs fins sans passer par les structures officielles de l'État¹.

L'État peut intervenir, à un degré différent selon les contextes, auprès d'un large éventail de ces groupes (par exemple, en tant que sponsor, partenaire, organisateur, bailleur de fonds, gérant, distributeur de licences ou agent régulateur), mais les rôles et responsabilités propres de l'État sont distincts. L'expression "organisation non gouver-

nementale" (ONG) est souvent utilisée pour désigner des groupes qui ne font pas partie de l'appareil étatique, mais on admet généralement qu'elle est d'extension moindre que l'expression "organisation de la société civile" (OSC)².

Les parlementaires assument un rôle particulier au niveau national. Ils forment un pont entre la société civile et le secteur public, servant de voix aux groupes locaux, aux animateurs et autres membres influents des communautés et à l'électorat. Les dirigeants locaux sont des figures respectées qui peuvent aussi mobiliser, faire office de médiateurs, unifier l'opinion publique et l'action collective.

Les ONG nationales et internationales ont joué un rôle important dans le processus de la CIPD, dans l'application de ses principes et l'examen des résultats. Au moment de la troisième réunion du Comité préparatoire, en 1994, où fut négocié le projet final du Programme d'action, 934 ONG avaient été accréditées. Au moment de la CIPD elle-même, 1 254 ONG venant de 138 pays et territoires l'étaient. Elles ont participé soit directement (si leur représentant était membre de délégations nationales), soit indirectement (comme avocats et participants au Forum des ONG) aux travaux de la Conférence.

Les ONG et les autres organisations de la société civile ont aussi participé activement à l'évaluation des progrès réalisés depuis la CIPD. Une table ronde sur le partenariat avec la société civile s'est tenue en juillet 1998 à Dhaka (Bangladesh)³. Il y a eu également un Forum des ONG et un Forum de la jeunesse à La Haye, en février 1999, auxquels ont assisté des représentants venus du monde entier⁴. Les ONG qui ont participé à l'application du Programme d'action étaient aussi ac-

Les ONG et les autres organisations de la société civile ont participé activement à l'évaluation des progrès réalisés depuis la CIPD.

TABLEAU 1 : Mesures prises pour créer des partenariats avec la société civile

Mesures prises	Pays
Représentation dans les organes gouvernementaux	Belize, Botswana, Côte d'Ivoire, Égypte, Gambie, Ghana, Jamaïque, Jordanie, Liban, Madagascar, Maroc, Népal, Pérou, Sénégal, Sri Lanka, Syrie, Tunisie, Turquie
Consultation/dialogue	Bangladesh, Botswana, Colombie, Cuba, Gambie, Lettonie, Malawi, Maldives, Mali, Mexique, Mozambique, Panama, République démocratique populaire lao, République dominicaine, Swaziland, Tanzanie, Trinité-et-Tobago, Venezuela, Zambie
Mécanisme de coordination	Afrique du Sud, Colombie, Côte d'Ivoire, Égypte, Gambie, Jamaïque, Mali, Népal, Roumanie, Sénégal, Sri Lanka
Création d'un climat habilitant	Afrique du Sud, Burundi, El Salvador, Guyana, Mexique, Népal, Ouganda, République de Corée, Roumanie, Sénégal
Reconnaissance du rôle de la société civile dans les politiques/le plan	Afrique du Sud, Burkina Faso, Niger, Samoa, Uruguay

Source : FNUAP, 1999. Rapport de l'enquête sur le terrain conduite par le FNUAP en 1998 : Progrès dans l'application du Programme d'action de la CIPD. New York, FNUAP.

créditées à participer aux réunions préparatoires de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, en 1999.

Dans les années qui ont suivi la CIPD, les rapports entre organisations de la société civile et gouvernements sont devenus plus confiants. Dans de nombreux pays, même en développement, les ONG sont désormais moins éloignées de participer à la prise de décisions. Elles ont souvent part aux débats sur la politique nationale de la population et figurent dans les délégations officielles aux conférences internationales et régionales. Elles ne plaident pas seulement pour la santé et les droits en matière de reproduction et pour l'équité entre les sexes, mais jouent aussi un rôle actif dans les programmes destinés à améliorer la condition et les droits de la femme, ainsi que les services de santé en matière de reproduction.

La CIPD a marqué un tournant dans la reconnaissance des ONG en tant que partenaires authentiques des gouvernements dans la planification, l'application, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes. Cependant, dans l'enquête sur le terrain menée en 1998 par le FNUAP, 49 pays seulement sur 114 ont déclaré avoir pris des mesures de quelque importance pour promouvoir l'intervention des ONG à diverses étapes de l'application des politiques et des programmes.

Vingt-six autres pays ont pris des mesures d'importance tendant à renforcer la capacité institutionnelle de la société civile. Certains pays ont agi sur les deux plans, de sorte qu'au total 56 pays se sont vivement préoccupés de consolider le partenariat avec la société civile. Dans 19 pays, des représentants d'ONG ou d'autres éléments de la société civile siégeaient dans les organes nationaux chargés de formuler les politiques ou dans d'autres comités responsables des problèmes de population et de développement et, plus récemment, de santé en matière de reproduction.

Dix-neuf pays ont fait place aux ONG dans la consultation et le dialogue sur l'application des politiques et programmes. Onze pays ont créé des comités chargés de coordonner les activités des ONG, et 10 pays ont suscité un climat propice à l'action de la société civile en instituant des procédures officielles d'homologation, en offrant des avantages fiscaux ou en autorisant des mécanismes de financement à plus large rayon d'action.

Des progrès sensibles ont été accomplis, mais cinq ans après Le Caire le partenariat entre les gouvernements et la société civile n'est pas complet, ni même reconnu dans certains pays.

La gamme des activités des OCS et des ONG dans le monde entier est trop étendue et diverse pour qu'un rapport unique en donne une idée exacte. Les exemples ici présentés n'ont qu'une valeur indicative.

Émancipation, égalité des sexes et droits en matière de reproduction

Action en faveur de l'émancipation des femmes

Depuis la CIPD, un large accord s'est fait jour sur les stratégies de base à appliquer pour favoriser

l'émancipation et la participation des femmes, y compris l'examen des conditions habilitantes dans les textes législatifs et la pratique.

Le principe du microcrédit aux pauvres, et surtout aux femmes pauvres, a été plus généralement admis et soutenu par les donateurs et prêteurs internationaux (y compris les institutions financières internationales), les organisations d'aide au développement, les fondations et un nombre croissant de pays⁵. Le microcrédit a été greffé sur un vaste éventail d'activités de projet concernant des domaines tels que la santé en matière de reproduction, la protection de l'environnement et l'éducation.

La participation sociale et l'activité politique des femmes, sous forme de l'attribution du droit de voter et de présenter leur candidature, continuent de se répandre dans maints contextes. Certains pays sont en train de remanier leurs lois électorales et d'autres, comme le Koweït, ont récemment envisagé la possibilité de candidatures féminines aux élections nationales et locales. Un nombre croissant de pays, dont l'Inde, démocratie parlementaire la plus nombreuse du monde, prescrivent la présence d'une proportion minimale de femmes dans les organes électifs aux niveaux national et local.

Le débat se poursuit entre avocats des droits de la femme concernant les stratégies à suivre pour émanciper plus complètement les femmes et leur ouvrir les voies d'un partenariat plus étroit avec les hommes dans la prise de décisions en matière sociale. On continue de se demander s'il importe davantage de donner à chaque femme plus de liberté d'action et les moyens de se faire mieux entendre, ou bien d'accroître le pouvoir collectif des femmes par le biais d'organisations et d'associations⁶.

En Jordanie, plus de 22 ONG s'intéressent aux problèmes féminins. La plupart d'entre elles instruisent de leurs droits juridiques les femmes de médiocre condition socioéconomique. En 1997, l'Union des femmes jordaniennes a ouvert une ligne téléphonique pour offrir aux femmes des conseils juridiques. En 1997 également, l'Équipe de travail interinstitutions sur l'égalité des sexes a tenu à Amman un atelier d'une journée consacré à l'étude de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, donnant ainsi les moyens à des groupes féministes comme le Comité national jordanien pour les droits de la femme de s'attaquer activement aux inégalités sanctionnées par la loi.

Ce Comité travaille en liaison étroite avec tous les groupes de femmes pour faire face aux obstacles et difficultés que les femmes rencontrent du fait de la loi. Le Comité s'est réuni fréquemment avec des représentants du Gouvernement pour modifier la législation. Par exemple, un important changement récemment intervenu autorise les femmes à obtenir un passeport sans l'assentiment de leur père/mari ou tuteur⁷.

Plaidoyer en faveur de la santé et des droits en matière de reproduction

En de nombreux pays (par exemple, Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Chili, Colombie, Inde, Pérou et Philippines), une communauté d'individus et de groupes plaidait avec force, dès avant la CIPD, pour la santé et les droits en matière de re-

En Inde, les ONG de femmes ont beaucoup fait pour encourager le Gouvernement à renoncer aux objectifs chiffrés et aux incitations financières.

production. Dans certains pays (Nigéria, Égypte, Mexique et Malaisie), cette communauté a pris naissance ou s'est renforcée lors des préparatifs de la CIPD, tandis que dans d'autres elle s'est développée après sa tenue. Dans certains pays, par exemple ceux des Caraïbes, les groupes de planification familiale ont ici joué un rôle éminent, tandis que dans d'autres, comme l'Inde, un large éventail d'organisations spécialisées dans le développement sont intervenues⁸.

Depuis la CIPD, les ONG, et en particulier les organisations de femmes, ont continué de plaider avec force pour la santé et les droits en matière de reproduction⁹. Dans certains pays, les ONG ont participé à la mise au point de la réforme des politiques et de la législation. De nombreuses ONG et organisations de la société civile ont collaboré avec les gouvernements dans les campagnes de plaidoyer destinées à promouvoir l'égalité des sexes et l'équité entre les sexes, surtout aux fins d'alphabétiser les femmes et de faire place aux hommes dans la santé en matière de reproduction¹⁰.

En Inde, un certain nombre d'ONG de femmes ont influé, à force d'interventions, sur la politique de la santé en matière de reproduction. Elles ont beaucoup contribué à soulever les problèmes de la qualité des soins et des droits des clients, ainsi qu'à encourager le Gouvernement à renoncer aux objectifs chiffrés concernant certaines méthodes et aux incitations financières¹¹.

En Asie du Sud-Est, un groupe de femmes a élaboré une conception d'ensemble des droits en matière de reproduction, vus dans une perspective islamique.

Au Pakistan, l'Association pakistanaise de planification familiale a, la première, adopté l'approche centrée sur la santé en matière de reproduction et considéré l'ensemble du cycle de vie. Mais une seule ONG s'intéresse à la santé en matière de sexualité¹².

En Équateur, les ONG de femmes ont déployé maints efforts pour mettre en lumière les problèmes de la santé et des droits en matière de reproduction et pour garantir que l'émancipation des femmes et l'amélioration de leur santé, y compris la santé en matière de reproduction, seraient inclus dans l'agenda national de développement social¹³.

Dans la région des États arabes, des changements considérables ont été introduits dans les programmes depuis la CIPD, surtout avec l'encouragement du FNUAP. Les ONG s'intéressent désormais très activement à l'exécution des programmes de santé en matière de reproduction et aux activités de plaidoyer connexes portant sur les problèmes relatifs aux relations entre hommes et femmes, notamment la promotion de l'égalité des sexes et de l'équité entre les sexes, l'émancipation des femmes, la participation des hommes et la santé des adolescents en matière de reproduction. Depuis la CIPD, les ONG nationales exécutent bien plus souvent des activités relevant des programmes de pays en Turquie, en Jordanie, en Tunisie et en Égypte. Elles ont participé à l'évaluation des priorités nationales et à l'élaboration des activités relatives aux programmes de pays¹⁴.

Au Mexique et au Brésil, un nombre croissant d'ONG collaborent avec le gouvernement central et les autorités locales pour formuler, appliquer et évaluer des programmes de santé en matière de re-

production qui tiennent compte de perspectives centrées sur l'égalité des sexes¹⁵.

Lutte contre la violence d'origine sexuelle

On a prêté ces dernières années plus d'attention à la violence d'origine sexuelle et débattu avec plus de vigueur de la politique à suivre en la matière. Un nombre croissant de pays ont remanié leurs codes pénaux et procédures policières pour mieux protéger les femmes qui sont victimes de la violence familiale. Des habitudes anciennes qui laissaient les hommes libres d'agir à l'égard des membres de leur famille sans contrôle extérieur sont remises en cause dans un nombre croissant de pays. Des réseaux d'entraide féminine, parfois avec l'aide et le soutien des pouvoirs publics, protègent les victimes de mauvais traitements infligés par des membres de leur famille.

On s'est aussi de plus en plus préoccupé de dénoncer diverses formes de violence — dont les meurtres pour non-paiement de dot, les crimes "d'honneur"¹⁶ et les aspersions d'acide — et de recommander des mesures de répression.

Au Pakistan, les ONG ont récemment créé dans les villes des centres d'accueil aux victimes de viols, d'incestes et d'autres formes de violence, et le Ministère de la promotion de la femme reconnaît la nécessité d'étendre ces services aux zones rurales¹⁷.

Des projets modèles traitant des problèmes relatifs à l'égalité des sexes et à la violence, y compris la violence sexuelle et familiale, sont en cours d'exécution en Colombie et en Équateur, au Cambodge et aux Philippines; ces projets comportent l'établissement de contacts entre les services gouvernementaux et les organes chargés de faire respecter la loi, les ONG et les groupes de femmes spécialisés, et bénéficient en même temps de l'appui financier et technique du FNUAP¹⁸.

Au Maroc, le FNUAP renforce la collaboration entre l'ONG AMEP (Association maghrébine des études de population) et le Ministère de la justice au moyen d'un projet qui porte sur les problèmes du mariage, du divorce et de la violence contre les femmes. Le projet vise à consolider les systèmes de collecte de données sur le mariage et le divorce en dispensant une formation aux juges et aux autorités religieuses chargées de l'état civil, ainsi qu'à mettre en place un mécanisme de suivi afin de dépister les cas de violence contre les femmes¹⁹.

Le nombre fait la force : réseaux et alliances

Depuis la CIPD, les réseaux et alliances d'organisations de la société civile formés pour en appliquer le Programme d'action ont pris une importance croissante. Les réseaux d'ONG qui militent ensemble se font mieux entendre que des organisations isolées. Ainsi, pour faire progresser la réalisation des objectifs du Caire, des groupes ont constitué de vastes alliances afin de surmonter les obstacles au choix et à la liberté en matière de reproduction. Des coalitions Sud-Sud et Nord-Sud d'organisations vouées à la défense de la santé et des droits des femmes ont également maintenu à

l'ordre du jour de la communauté internationale la santé et les droits en matière de reproduction²⁰.

Depuis la CIPD, le nombre d'ONG qui s'occupent de la santé et des droits en matière de reproduction a augmenté, de même que le nombre de réseaux d'organisations de la société civile. L'enquête menée sur le terrain par le FNUAP, en 1998, a établi que, dans les deux tiers environ des pays signalant que la société civile jouait un rôle majeur, les ONG avaient constitué une coalition ou un réseau autour d'un thème commun relatif aux droits des femmes, à la jeunesse ou à la santé en matière de reproduction.

Les pays où des coalitions ont pris naissance sont, entre autres, le Botswana, la République islamique d'Iran, le Kenya, Madagascar, le Népal, El Salvador, le Panama, l'Ouzbékistan et les Îles Cook. Des réseaux d'ONG particulièrement solides se sont formés pour faciliter l'exécution et le suivi du Programme d'action de la CIPD dans les pays d'Amérique latine suivants : Venezuela, Argentine, Uruguay, Pérou, Chili, Mexique, Brésil et République dominicaine²¹.

En Asie, une initiative spéciale a pris forme grâce aux efforts conjugués de la Commission des communautés européennes (CE), du FNUAP et de quelque 22 ONG européennes et 66 organisations ou institutions nationales. L'initiative CE/FNUAP pour la santé en matière de reproduction en Asie cible sept pays d'Asie du Sud et d'Asie du Sud-Est afin d'aider à y dispenser à des communautés d'accès difficile des services de santé en matière de reproduction qui soient de haute qualité, ainsi qu'à aborder la question des besoins des adolescents sur le plan de la santé en matière de reproduction. Plus de 30 millions de dollars seront engagés durant une période triennale (1998-2001) au bénéfice de 43 projets distincts dans les pays suivants : Bangladesh, Cambodge, Laos, Népal, Pakistan, Sri Lanka et Viet Nam. La mise en place de capacités au bénéfice d'organisations à base communautaire et l'encouragement à établir des rapports entre ONG, et entre les ONG elles-mêmes et les services gouvernementaux, constituent un important aspect de l'initiative CE/FNUAP pour la santé en matière de reproduction en Asie.

L'Association turque de planification familiale crée actuellement un réseau d'ONG qui seront en mesure de plaider, parmi les responsables aux niveaux national et local, pour l'application des programmes d'action de la CIPD et de Beijing²².

Dans les États arabes, un projet du FNUAP visant à renforcer la capacité des ONG a amélioré les moyens de gestion de 162 ONG environ appartenant à 18 pays. Il a d'autre part facilité la constitution d'un réseau d'ONG au niveau régional et rendu les gouvernements et le public plus conscients de l'existence du secteur des ONG et de ses rôles, problèmes et besoins²³.

L'expérience de l'Argentine montre comment les alliances entre praticiens de la santé, membres de communautés et églises peuvent agir dans un environnement caractérisé par des impératifs divers. Les services de santé en matière de reproduction ont été introduits en 1998 sans aucune opposition dans la province de Buenos Aires, qui groupe un tiers de la population du pays. De semblables alliances sont également à l'origine d'une loi portant création d'un programme de planification familiale destiné aux femmes²⁴.

Au Mexique, le Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, ou Groupe d'information sur le choix en matière de reproduction), fondé en 1992, fait partie de plusieurs groupes créés pour aider à suivre les mesures prises par le Gouvernement aux fins d'appliquer le Programme d'action de la CIPD. En outre, le Forum national des femmes et de la politique en matière de population, réseau non gouvernemental groupant plus de 70 institutions dans l'ensemble du pays, met au point des mécanismes afin de promouvoir de tels accords²⁵.

Depuis 1996, le Réseau latino-américain et caraïbe de santé féminine a activement suivi l'application de la CIPD au Brésil, au Chili, en Colombie, au Nicaragua et au Pérou. D'autres pays envisagent des initiatives similaires. Cet effort multinational, dont le FNUAP s'est fait le catalyseur et le soutien, incarne les principes fondamentaux de responsabilité sociale énoncés dans le Programme d'action. Il s'agit de forger des partenariats (commissions triparties ou autres arrangements institutionnels) au sein desquels le gouvernement, les ONG locales (notamment les groupes de femmes, les défenseurs de la santé publique et les chercheurs) et les institutions des Nations Unies et autres donateurs assureront de concert un suivi régulier à long terme.

Leur recherche a montré que les progrès jusqu'ici réalisés étaient inégaux, en particulier que la législation et les services de santé ne faisaient qu'incomplètement place aux droits en matière de reproduction et de sexualité et qu'il demeurerait nécessaire d'améliorer la qualité des services de santé en matière de reproduction. Les membres de ces partenariats ont d'autre part noté, ce qui est particulièrement inquiétant, le faible impact qu'ont sur la mortalité maternelle les changements intervenus depuis la CIPD dans les services et les politiques, et que les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses demeureraient la principale cause de décès maternels²⁶.

Partenariats entre gouvernements et société civile

Les ONG ont collaboré avec les gouvernements pour mettre en place des mécanismes institutionnels de défense des droits de la femme. Des ministères ont été récemment créés à cette fin en Colombie, au Costa Rica et au Mali. La Chine, Fidji, la République islamique d'Iran, le Mali et le Nigeria ont lancé des plans d'action en faveur des femmes qui procèdent des conférences du Caire et de Beijing. Au Zimbabwe, le Gouvernement et les ONG ont entamé des consultations nationales sur une nouvelle politique d'égalité des sexes²⁷.

Au Ghana, les ONG et les organisations de la société civile participent à l'élaboration des politiques. L'organisme gouvernemental du rang le plus élevé responsable de la coordination des problèmes de population, le Conseil national de la population, compte parmi ses membres des représentants d'ONG. Celles-ci ont également participé à la mise au point du document sur les normes des politiques et services de santé en matière de reproduction. Au Botswana et en Tanzanie, les

Les réseaux d'ONG ont maintenu à l'ordre du jour des pays et de la communauté internationale la santé et les droits en matière de reproduction.

*Au Mexique,
un réseau
d'ONG de
femmes s'est
efforcé de
forger un
partenariat avec
des institutions
gouvernementales.*

défenseurs des droits des femmes ont collaboré avec des organismes gouvernementaux pour appliquer des peines plus sévères aux auteurs de viol, surtout s'ils sont séropositifs²⁸.

Aux Philippines, la Commission nationale du rôle des femmes philippines, en collaboration avec huit réseaux d'organisations de la société civile et d'ONG, ont tenu une conférence sur l'interface Le Caire-Copenhague-Beijing afin de continuer à organiser des forums aux fins de poursuivre l'application des programmes gouvernementaux relatifs aux objectifs du Programme d'action. Au Maroc, la Commission nationale de la population, créée en 1998, conduit des activités de plaidoyer en collaboration avec les ONG²⁹.

Au Mexique, le Forum national des femmes et de la politique de la population, réseau de 70 ONG de femmes mexicaines et d'établissements universitaires, a travaillé à améliorer les relations avec le Gouvernement au moyen d'activités de partenariat. Le concept de partenariat, officialisé dans le Programme d'action de la CIPD, a surpris le mouvement féministe mexicain, qui n'était pas accoutumé à négocier avec les représentants du Gouvernement. En outre, les deux parties étaient animées d'une profonde méfiance mutuelle. Depuis lors, un net mouvement s'est dessiné en faveur de partenariats où les ONG partagent avec des institutions gouvernementales la responsabilité d'appliquer les accords du Caire³⁰.

En Asie du Sud-Est, le Centre Asie-Pacifique de ressources et de recherches pour les femmes et le Centre de développement Asie et Pacifique ont conduit dans huit pays, en 1996, une étude sur l'environnement dans lequel est appliqué le Programme d'action de la CIPD. En Chine, à Fidji, en Indonésie, en Malaisie, au Pakistan, à Singapour, en Thaïlande et au Viet Nam, ils ont constaté que les ONG agissaient dans un climat toujours incertain, les services gouvernementaux demeurant particulièrement mal disposés à l'égard des ONG qui s'appliquent à recommander certaines politiques. Peu d'ONG ont mené des campagnes de plaidoyer. Les ONG de femmes n'avaient qu'une faible capacité de jouer un rôle efficace dans ce domaine³¹.

Le Gouvernement péruvien a introduit de nouvelles procédures pour garantir que les stérilisations ne seront effectuées qu'avec le consentement des intéressés. Une Commission tripartite de suivi de l'application du Programme d'action de la CIPD a été créée en août 1997, en réponse aux allégations d'ONG, notamment d'ONG de femmes, selon lesquelles le Ministère de la santé procédait à des stérilisations chirurgicales sans conseiller suffisamment les sujets qui s'y prêtaient. Les ONG, les universités, les organismes internationaux de coopération et les institutions gouvernementales sont représentés au sein de la Commission, dont ils assument à tour de rôle la présidence.

Après avoir examiné le programme, la Commission a conclu que la critique était fort exagérée, mais que la qualité des services n'était pas au-dessus de tout reproche. Depuis mars 1998, le Ministère a révisé le mode de délivrance des conseils, imposé une période d'attente avant la stérilisation et fixé des normes concernant l'homologation des prestataires de services et des locaux. En avril 1999, le Costa Rica a créé sa propre Commission tripartite sur le modèle péru-

vien; le Chili et d'autres pays de la région envisagent actuellement de suivre cet exemple.

L'Agence canadienne de développement international (ACDI) et d'autres donateurs aident à renforcer la capacité des organisations de la société civile de promouvoir l'égalité des sexes³². Une étude menée sur 10 États membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a établi que certains n'avaient que peu de rapports avec les organisations locales de femmes, tandis que d'autres les ont aidées à intervenir dans des questions délicates comme la mutilation génitale féminine, l'avortement et la violence contre les femmes³³.

Le FNUAP soutient actuellement la création d'un Centre d'aide arabe aux ONG afin de promouvoir la formation de réseaux, la coopération et la coordination entre elles et de contribuer à la mise en place de capacités des ONG³⁴. Par l'intermédiaire de projets tels que *Policy*, de Futures Group International (financé par l'Agency for International Development des États-Unis), et *Access*, du Centre for Development and Population Activities (CEDPA, qui est soutenu par le FNUAP, la Banque mondiale, l'UNICEF, l'Agency for International Development des États-Unis et près de 30 fondations), l'aide internationale a aidé les ONG à améliorer leurs activités de plaidoyer et leurs services³⁵.

Le projet *Policy* travaille avec 13 réseaux, dans huit pays, à renforcer la capacité des femmes de participer au dialogue sur les politiques et à rendre les réseaux plus aptes à mener des activités de plaidoyer, de formation et de recherche. En Jordanie, par exemple, le projet a assuré à un certain nombre d'organisations de femmes une formation aux activités de plaidoyer et, en outre, aidé à conduire un atelier national consacré à fixer les priorités de la recherche sur les problèmes féminins. La première étude a porté sur la participation des femmes aux élections de 1997, comme candidates aussi bien qu'électrices.

En Afrique du Sud, le Projet "Santé des femmes" mené par des ONG a travaillé en collaboration avec trois gouvernements provinciaux à transformer les services de santé en matière de reproduction. Ce projet a non seulement amélioré la qualité des soins, mais aussi cherché à faire mieux comprendre l'impact de l'inégalité sociale, surtout de l'inégalité entre les sexes, sur la santé et les services de santé.

Les gouvernements témoignent parfois de manque de souplesse dans la conception et l'exécution des programmes; or le partenariat avec une ONG peut introduire dans leurs démarches souplesse et esprit d'innovation. Les ONG ont une marge de manoeuvre suffisante pour aider à donner forme aux agendas gouvernementaux. Mais le succès suppose plusieurs conditions : il faut mettre en place des partenariats où règne un esprit d'assistance mutuelle, gérer efficacement les partenariats déjà en place, et convaincre les représentants du gouvernement, à tous les niveaux, de soutenir les idées et le processus³⁶.

Collaboration avec d'autres secteurs de la société civile

De nouveaux efforts ont été faits depuis la CIPD pour mobiliser les groupes religieux et culturels,

les parlementaires et le secteur privé au service de l'application du Programme d'action.

Les dirigeants religieux

De nombreux dirigeants religieux peuvent jouer un rôle important dans la promotion des problèmes de population et de santé en matière de reproduction et s'avérer de précieux partenaires dans l'application du Programme d'action de la CIPD, étant donné leur autorité et leur influence sur les fidèles.

Le FNUAP l'a reconnu et a fait participer les autorités religieuses aux débats. La Division de l'Afrique a organisé en novembre 1998 à Niamey (Niger) une conférence internationale sur le thème "L'islam et la population", à l'intention de 80 dirigeants musulmans ou docteurs de l'islam originaires de 19 pays d'Afrique subsaharienne et de huit autres pays. La réunion a présenté des recommandations visant à poursuivre l'application du Programme d'action de la CIPD, surtout en ce qui concerne l'islam face à la santé en matière de reproduction, à la condition de la femme, enfin à la population et au développement.

Les dirigeants religieux participent également de plus en plus aux activités menées au niveau national. Au Ghana, par exemple, huit organisations religieuses sont en train de préparer des manuels qui intègrent aux activités religieuses l'éducation à la vie familiale et qui encouragent les parents à parler de sexualité avec leurs enfants.

En Ouganda, le Secrétariat de la population coordonne et supervise les activités de développement et la fourniture de services de santé en matière de reproduction, qu'assure un consortium national d'ONG où sont représentés les dirigeants catholiques et musulmans.

Les parlementaires unis pour la santé et les droits en matière de reproduction

Les parlementaires jouent un rôle unique dans le partenariat entre gouvernement et société civile. Ils servent par nature de pont entre société civile et gouvernement. Les parlementaires peuvent jouer un rôle direct dans la définition des programmes et l'allocation des budgets. Le développement considérable des activités de plaidoyer les a sensibilisés aux questions soulevées par la CIPD. De ce fait, le mouvement parlementaire a grandi, la pression qu'il exerce dans les parlements mêmes s'est intensifiée et une législation a été promulguée; enfin, les réseaux régionaux et internationaux de parlementaires sont en plein essor.

Les activités de plaidoyer menées par des parlementaires ont permis de maintenir durablement le niveau de financement dans certains pays où il était prévu de le diminuer ou de l'éliminer. Par exemple, dans la région de l'Asie et du Pacifique, le FNUAP a financé deux projets comportant l'organisation de conférences et de forums auxquels des parlementaires ont participé.

Plus de 200 parlementaires représentant 103 pays ont participé à La Haye, en février 1999, à un Forum international de trois jours dans le cadre des réunions CIPD+5. Ils se sont mis d'accord sur une déclaration demandant l'adoption de textes législatifs, la conduite d'activités de plai-

doyer et l'augmentation des ressources aux fins de garantir que les pays satisferont aux obligations souscrites à la CIPD concernant la santé et les droits en matière de reproduction, l'équité entre les sexes et l'émancipation des femmes, ainsi que la prévention de la violence contre les femmes, y compris la MGF³⁷.

Le secteur privé

Le secteur privé pourrait jouer plusieurs rôles importants dans l'application du Programme d'action. Premièrement, les entreprises qui ont un intérêt direct dans la délivrance de fournitures ou de services et dans la mise à disposition de compétences techniques peuvent collaborer avec les gouvernements pour éliminer les obstacles à l'accès aux services et à l'information et pour créer des marchés destinés à tous ceux qui sont en mesure de payer le prix normal. Elles peuvent travailler à la conclusion d'accords avantageux à toutes les parties, qui viseraient à étoffer les services et les réseaux logistiques.

Deuxièmement, elles peuvent veiller à ce que les services relatifs à la planification familiale et à la santé en matière de reproduction figurent dans les ensembles d'avantages et services offerts à leur propre personnel et soient prévus dans les réglementations qui régissent les entreprises.

Depuis de longues années, le FNUAP, en collaboration avec l'Organisation mondiale du Travail, a pour objectif de fournir aux travailleurs des informations et une éducation sur les problèmes relatifs à la vie familiale. Les entreprises qui offrent leur participation en tirent des avantages directs du fait de l'augmentation de la productivité, parce que les salariés et leur famille sont moins souvent malades et que la vie familiale engendre désormais moins de tension. Au Cameroun, en Érythrée et au Malawi, par exemple, le FNUAP a récemment prêté appui aux ministères du travail de ces pays afin de dispenser aux salariés des entreprises publiques et privées une éducation à la vie familiale aussi bien que des services de santé en matière de reproduction, par l'entremise de dispensaires ou dans le cadre d'initiatives à base communautaire.

ENCADRÉ 21

Le FNUAP et les parlementaires

Le FNUAP travaille avec les parlementaires depuis sa fondation, en 1969.

En 1979, le FNUAP a convoqué à Colombo (Sri Lanka) une réunion de l'Organisation internationale de parlementaires pour la population et le développement. Le FNUAP a organisé par la suite une série de réunions de parlementaires asiatiques, dont l'une, tenue en 1982 à Beijing, a facilité la formation du Forum asiatique de parlementaires pour la population et le développement.

Il a également été prêté appui ces dernières années à d'autres groupes régionaux de parlementaires, à savoir le Groupe interaméricain de parlementaires pour la population et le développement et le Forum des parlementaires africains et arabes pour la population et le développement.

Ces groupes régionaux ont joué un rôle capital dans l'organisation du Forum international des parlementaires consacré à l'examen de la CIPD, qui s'est tenu en février 1999 à La Haye.

En Inde, la puissante société industrielle Tata a fait progresser l'application du Programme d'action en s'intéressant tout particulièrement à la santé des adultes en matière de reproduction, à la jeunesse, et à la prévention du VIH/sida. Le groupe Tata a expérimenté hardiment des approches diverses. Il a formé des partenariats avec les belles-mères, dont le soutien était requis pour que les jeunes femmes reçoivent des soins de santé ou se rendent dans les dispensaires de planification familiale. Il a tenu des consultations et aidé à ouvrir des dispensaires au niveau des communautés, gérés par des clubs de jeunes et des organisations bénévoles.

Les associations d'entreprises et les groupes communautaires ont aussi un rôle à jouer. Rotary International a, grâce à son réseau d'associations locales, offert une tribune pour susciter une prise de conscience accrue des problèmes de population et de développement. Certains clubs nationaux ont mobilisé des ressources au service des activités de population, souvent avec l'appui de membres du Rotary dans d'autres pays, de la Fondation Rotary et de donateurs bilatéraux. Le Rotary encourage les programmes communautaires visant à réduire la pression démographique, prévenir la dégradation de l'environnement et éliminer la pauvreté.

Rotary International a créé au Sénégal, en 1995, sa propre dotation pour la population et le développement et élargi ses activités au bénéfice d'autres associations nationales intéressées. C'est désormais la plus importante de ses dotations.

En Thaïlande, la Coalition d'entreprises pour la lutte contre le sida réunit 126 entreprises qui fournissent une aide en nature aux initiatives de lutte contre la pandémie.

Les associations médicales

Les associations médicales, comme la Commonwealth Medical Association et la Fédération internationale d'obstétriciens et gynécologues, ainsi que leurs filiales locales, ont plaidé en faveur d'un accès élargi aux meilleurs services de santé en matière de reproduction. Ces organisations aident d'autre part l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et d'autres institutions internationales à définir des codes nationaux et internationaux de conduite et des normes de soins qui protègent les droits fondamentaux. Elles peuvent aussi jouer un rôle important s'agissant de dessiner le contexte général de la politique sanitaire dans lequel sont offerts les services de santé en matière de reproduction.

Renforcement des partenariats

Les obstacles actuels

Nécessité de dégager une volonté politique et des ressources. Si les gouvernements ont de plus en plus fait une place aux ONG dans le processus d'élaboration des programmes de population, il s'est souvent agi en premier lieu des ONG qui interviennent dans l'exécution du programme gouvernemental. Alors que la CIPD enjoint de collaborer avec les organisations de femmes et d'autres ONG, les rapports ont parfois pris la forme de contrats par lesquels les gouvernements confient à des ONG la prestation de services. Cette pratique tend à favoriser les ONG spécialisées dans la planification familiale et, à l'occasion, d'autres services de santé en matière de reproduction. En de nombreux pays, on s'est relativement peu intéressé et on a consacré de faibles ressources financières à soutenir les ONG qui oeuvrent en faveur d'une émancipation à long terme, de l'équité entre les sexes et du changement social au moyen de la mobilisation des communautés, d'activités de plaidoyer et d'une action politique intersectorielle³⁸.

Des partenariats incomplets dans la phase de planification du programme. En outre, les organisations de donateurs, bien qu'elles encouragent la participation et le partenariat, n'ont pas toujours réussi à soutenir les organisations de la société civile et les ONG durant le processus d'élaboration des politiques et d'exécution des programmes. L'étude des 10 États membres du CAD (OCDE) a permis d'établir que, si tous soulignent l'importance de mettre en place des partenariats, ainsi que de consulter et faire participer les parties intéressées, ce sont souvent les donateurs et leurs homologues gouvernementaux, pour l'essentiel, qui interviennent dans les dialogues sur les politiques. Les groupes de la société civile en général et les organisations de femmes en particulier voient souvent leur rôle limité au processus de consultation³⁹.

Absence d'interprétations communes du partenariat. C'est pourquoi de nombreuses ONG estiment que leur "participation", aux côtés du gouvernement, à l'application du Programme d'action de la CIPD devrait être plus substantielle. Les ONG ont souvent été invitées à participer à des programmes en cours sans avoir les moyens de les concevoir ou réorienter. Certaines

ENCADRÉ 22

Le secteur privé participe à la couverture des besoins en contraceptifs

Dans le cadre de son Initiative mondiale de gestion des articles concernant la santé en matière de reproduction, le FNUAP aide les pays à déterminer les moyens de couvrir, durant les 10 prochaines années, leurs besoins en contraceptifs et autres articles concernant la santé en matière de reproduction.

L'Initiative offre une assistance technique afin d'évaluer les besoins nationaux et d'élaborer des stratégies permettant de les couvrir. Elle aide aussi à faciliter les négociations entre gouvernements et fournisseurs et réunit des experts de différents pays pour comparer leurs besoins et approches. Un groupe consultatif composé d'importants donateurs se réunit périodiquement, aidant ainsi à mieux coordonner la fourniture des articles.

L'un des principaux objectifs est d'amener le secteur privé et les ONG à s'intéresser davantage aux moyens de rendre plus accessibles des produits et services de prix raisonnable, pour libérer des ressources au bénéfice des groupes qui ne peuvent en payer intégralement le prix.

Dans le cadre de son programme national en Inde, le FNUAP a organisé des réunions avec des producteurs et distributeurs du secteur privé afin de mettre à la portée d'un plus grand nombre des méthodes de contraception non permanente. L'intention est d'offrir davantage de choix aux femmes désireuses d'espacer leurs grossesses.

Source : FNUAP, 1999. *Donor Support for Contraceptive Commodities 1997*.

ONG ont le sentiment que le Gouvernement voit en elles des outils commodes pour appliquer des programmes préétablis et non des partenaires capables de jouer un rôle précieux à travers le dialogue et les activités de plaidoyer⁴⁰.

Nécessité d'une coordination. Les programmes de santé en matière de reproduction dirigés par le gouvernement, les ONG et le secteur privé sont peu coordonnés; ces programmes sont distincts et parallèles.

Viennent ensuite d'autres obstacles, à savoir l'insuffisance de la capacité institutionnelle, des ressources humaines et de personnel qualifié des ONG et du gouvernement; l'insuffisance de la coordination entre ONG; la confiance insuffisante qui règne dans les rapports entre gouvernement et ONG; l'absence de prise de conscience ou de compréhension des problèmes dans la société civile; l'absence de prise de conscience ou de compréhension de l'importance du partenariat et la faiblesse de l'engagement politique.

Fourniture de moyens sûrs de financement

Selon une proposition maintes fois avancée lors des consultations, les gouvernements devraient dégager des ressources expressément destinées à faciliter la participation des ONG et de la société civile, tandis que les organismes internationaux d'assistance affecteraient un "pourcentage des fonds de programmes de pays" à la participation des ONG et de la société civile. Les ONG doivent apprendre à adopter auprès des donateurs une approche plus persuasive, afin d'en obtenir l'appui au bénéfice de leurs besoins programmatiques et institutionnels.

Au Tchad, par exemple, le Gouvernement a recouru à l'Assistance internationale pour le développement (Banque mondiale) afin de créer un fonds spécial de plusieurs millions de dollars pour aider les ONG actives dans le domaine de la population. Au Gabon, un réseau national d'ONG servant les jeunes a été créé avec l'aide du FNUAP; la puissante Fédération catholique des mouvements de jeunesse en est membre. En Gambie, le Gouvernement a affecté des fonds et d'autres ressources à diverses ONG pour exécuter des programmes de plaidoyer et de santé en matière de reproduction, de santé sexuelle et de planification familiale.

En Inde, 10 % des fonds d'un projet soutenu par le FNUAP seront programmés par l'entremise d'ONG. Aux Philippines, dans un programme soutenu par le FNUAP, 25 % environ des fonds affectés aux services de santé en matière de reproduction et de planification familiale ont été programmés par l'intermédiaire d'ONG.

Renforcement de la capacité institutionnelle

Dans 44 pays au moins, des ONG ont pris des initiatives en matière de renforcement institutionnel, de mise en place de coalitions ou de mobilisation des ressources. Au total, cependant, les ONG n'ont réalisé dans la plupart des pays que des progrès limités dans le sens d'un renforcement de leur durabilité institutionnelle et financière, de la constitution de réseaux et d'une amélioration de leurs transparence, responsabilité et adaptation aux attentes des mandants, ou de la mobilisation

d'un appui public et financier plus large en faveur des activités de population. Comme la réussite n'est que moyenne sur ce plan, les ONG sont moins bien placées pour apporter une contribution. Mais on leur fait à juste raison crédit de leurs approches novatrices.

Il faut mettre en place divers mécanismes pour promouvoir et rehausser encore le professionnalisme des institutions de la société civile. Ces mécanismes pourraient inclure, par exemple, des centres de formation et de recherche destinés à renforcer les compétences de gestion et les capacités organisationnelles des ONG; la création d'un organisme indépendant chargé d'homologuer les ONG et de fixer des normes applicables à leurs activités.

Le FNUAP et les ONG

Depuis la CIPD, le FNUAP s'est efforcé de promouvoir et d'élargir la coopération entre les ONG, les gouvernements et la communauté internationale.

Le FNUAP a créé le Comité consultatif des organisations non gouvernementales afin de promouvoir la coopération entre lui-même et la communauté des ONG. Des débats ont porté sur les problèmes qui appellent une attention spéciale, comme la responsabilité et la participation des hommes, la qualité des soins, la violence contre les femmes et les pratiques sociales nuisibles. Dans les réunions annuelles tenues depuis 1995, le Comité a formulé de nombreuses recommandations destinées au FNUAP — afin de guider son action aux niveaux national et international — aux ONG elles-mêmes, aux gouvernements et à la communauté des donateurs⁴¹.

En 1997, le FNUAP et la Women's Environment and Development Organization ont mené en commun des activités de plaidoyer afin de promouvoir l'égalité des sexes et l'équité entre les sexes, ainsi que l'émancipation des femmes, et ont identifié dans le monde entier 25 ONG de femmes, nationales ou à base communautaire, auxquelles octroyer des subventions non renouvelables pour la mise en place de capacités⁴².

Le FNUAP a recouru davantage aux ONG en tant qu'agents d'exécution de ses projets et programmes⁴³. Il a augmenté ses dépenses engagées par l'entremise d'ONG de 77 % en chiffres absolus durant la période 1995-1998 par rapport à la période 1991-1994 (163 contre 92 millions de dollars). Non moins de 132 ONG ont été accréditées en tant qu'agents d'exécution éventuels de projets interrégionaux ou régionaux financés par le FNUAP.

En décembre 1996, le FNUAP a organisé, en collaboration avec le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, le Centre pour les droits de l'homme et la Division de la promotion de la femme, une table ronde des organes de suivi des traités relatifs aux droits de l'homme sur le thème "Approches de la santé féminine centrées sur les droits fondamentaux, l'accent portant sur la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité". Tenue à Glen Cove (New York), cette réunion a été la première occasion offerte à des experts venus des six organes de suivi des traités, des représentants des entités du système des Nations Unies et d'ONG de se rencontrer pour examiner une question de fond.

Les ONG n'ont réalisé que des progrès limités dans le sens de la stabilité financière à long terme, de la transparence et de l'aptitude à répondre à l'attente de leurs mandants.

Un climat propice à un partenariat efficace

En 1998, le FNUAP et la Division de la population (ONU) ont organisé une table ronde sur le partenariat avec la société civile aux fins d'appliquer le Programme d'action de la CIPD. Cette réunion a recommandé que tous les gouvernements facilitent la participation de la société civile aux formulations, applications, suivis et évaluations des politiques, stratégies et programmes par les moyens suivants :

- Création de forums communs de dialogue;
- Réexamen des concepts, hypothèses de départ, agendas et priorités;
- Écoute attentive des expériences des autres partenaires, à accueillir avec respect;
- Identification des points forts comparatifs des divers partenaires et utilisation des rapports préexistants;
- Identification des problèmes clefs ainsi que des principaux acteurs et institutions;
- Responsabilité mutuelle et transparence entre partenaires;
- Élaboration de plans d'action communs à divers niveaux;
- Renforcement des capacités à tous les niveaux et garantie effective de leur durabilité;
- Encouragement à la constitution de coalitions et de réseaux;
- Suivi permanent de l'application du Programme d'action.

Source : FNUAP, 1998. *Partenariat avec la société civile aux fins d'appliquer le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Table ronde de Dhaka (Bangladesh), 27-30 juillet 1998.*

Les participants ont étudié l'interprétation des traités relatifs aux droits de l'homme et réfléchi sur la nécessité d'adopter de nouvelles procédures et de nouveaux indicateurs pour promouvoir les droits liés à la santé en matière de reproduction et de sexualité et s'assurer de leur respect. L'un des principaux résultats de la table ronde a été d'inviter les organes de suivi des traités, les institutions des Nations Unies et les ONG à oeuvrer de concert pour incorporer à leurs programmes respectifs une perspective soucieuse des sexes sur le plan des droits en matière de reproduction et des droits de l'homme.

En collaboration avec la Division de la promotion de la femme, le Haut Commissariat des

Nations Unies aux droits de l'homme, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le FNUAP soutient les efforts faits pour appliquer les recommandations de la réunion de Glen Cove. Celles-ci portent notamment sur les points suivants : formation du personnel du FNUAP, des gouvernements et des ONG aux droits en matière de reproduction dans le contexte des droits de l'homme; participation d'experts du Comité aux processus de programmation du FNUAP; coopération avec les gouvernements, les ONG et les organes de suivi des traités pour renforcer les mécanismes facilitant l'établissement de rapports au Comité par les États parties; et organisation de séminaires sur les activités de plaidoyer⁴⁴. Les bureaux de pays du FNUAP ont été encouragés à aider les ONG à établir des rapports fictifs au Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dans l'accès aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité.

En 1997, le FNUAP s'est associé à UNIFEM et à d'autres organisations dans une campagne de lutte contre la violence contre les femmes menée dans toute l'Amérique latine par le système des Nations Unies, à l'instigation des champions des droits des femmes qui ont proclamé depuis longtemps la nécessité de faire face à la violence d'origine sexuelle. On espère que la campagne officialisera des partenariats entre les gouvernements, les groupes de femmes et les ONG, les universités, la profession médicale, les étudiants, les médias, la police, les groupes religieux et les organisations du système des Nations Unies⁴⁵.

Le FNUAP s'est aussi activement occupé de promouvoir une coordination plus étroite avec les autres institutions, les donateurs, les gouvernements et les OSC aux fins de mettre au point les programmes des Nations Unies. La Directrice exécutive a présidé l'Équipe de travail sur les services sociaux de base pour tous. L'Équipe de travail a diffusé des directives dont useront les coordonnateurs résidents des Nations Unies pour aider les pays à formuler leurs plans nationaux de développement. Le Fonds participe également à l'élaboration du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, qui vise à réduire les doubles emplois, à attribuer les tâches en fonction des capacités et des avantages comparatifs, et à faire participer toutes les parties intéressées, y compris les OSC, aux activités de développement.

Dégager les ressources



Mark Edwards / Still Pictures

Investir dans le développement

Trente années après le début des activités du FNUAP, avec un million de dollars, les ressources mondiales pour la population et le développement se comptent en milliards de dollars. Cinq ans après le consensus historique de la CIPD, ses objectifs sont universellement reconnus pour indispensables à la promotion des droits de l'homme et du bien-être individuel, à la lutte contre la pauvreté et à l'amélioration de la sécurité aux niveaux national et mondial.

L'ensemble intégré d'investissements dans le domaine de la population et de la santé en matière de reproduction dans les pays en développement, défini dans le Programme d'action de la CIPD et dont le coût a été évalué à 17 milliards par an en 2000, est jugé un élément capital de la stratégie globale de développement.

Une panoplie complète de services sociaux y ajouterait la santé de base; l'éducation de base; la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement à prix modéré dans les régions en développement. Selon les évaluations, le coût annuel de cet ensemble serait en l'an 2000 de 30 à 40 milliards de dollars de plus qu'en 1990¹.

Photo : Des travailleurs réparent la voie publique dans un quartier pauvre de Bogota. Il est capital d'augmenter les ressources au service du développement pour alléger la pauvreté et améliorer la qualité de vie.

Le déficit de ressources

Le monde est loin de répondre à ces besoins. L'aide publique au développement pour toutes fins, économiques aussi bien que sociales, est tombée de près de 61 milliards de dollars en 1992 à 47,6 en 1997. Dans l'intervalle, les opérations de maintien de la paix et les situations d'urgence ont exigé infiniment plus de ressources qu'auparavant.

Les moyens de financement du Programme d'action de la CIPD sont très inférieurs au montant total prévu pour la fin du siècle. Aussi bien les pays donateurs que les pays bénéficiaires de programmes seront loin de couvrir la part du fardeau qui leur était attribuée (5,7 et 11,3 milliards de dollars, respectivement). Les pays donateurs ne fournissent que 1,9 à 2,0 milliards de dollars environ. Un petit nombre de grands pays en développement mobilisent la plus grande partie des 7,7 milliards de dollars prélevés chaque année sur les ressources nationales.

Le secteur privé, dont les ONG et les fondations, aide à combler l'écart et les redevances payées par les usagers de services produisent des ressources dans les pays en développement — mais rien ne peut remplacer la responsabilité qui incombe aux gouvernements tant des pays en développement que des pays donateurs. Dans la plupart des pays, la plus grande partie de la population est tributaire dans une certaine mesure des services publics d'éducation et de santé; et, dans les pays pauvres, les pauvres en sont plus tributaires que la plupart des autres.

Le redoutable problème des ressources

La pénurie de ressources a des causes structurelles aussi bien que temporaires, par exemple :

- Les contraintes liées à la mondialisation;
- L'écart croissant entre pays riches et pays pauvres;
- L'écart croissant entre riches et pauvres à l'intérieur d'un même pays;
- Le désengagement politique des donateurs à l'égard de l'aide au développement.

En outre, les pays en développement ont eu à essuyer des crises financières et économiques, ainsi qu'un "ajustement structurel" radical de leur économie, l'accent étant mis sur la compression des dépenses publiques.

L'intention des programmes d'ajustement structurel est d'améliorer les perspectives de développement économique d'un pays en réduisant les dépenses du secteur public. Mais l'ajustement structurel a frappé avant tout les pauvres, qui forment le groupe le plus tributaire des services publics gratuits ou à bas prix. En cas de suppression partielle des services publics ou d'introduction de redevances, les pauvres n'ont nulle part où s'adresser. On en a vu les preuves dans les secteurs éducatif et sanitaire comme dans bien d'autres².

Tous ces facteurs ont influé sur l'application du Programme d'action de la CIPD.

Que faudra-t-il faire?

Dégager les ressources qui permettront d'inscrire dans la réalité les recommandations du Programme d'action de la CIPD est affaire d'engagement politique autant que d'argent. Le Programme d'action exige un investissement additionnel dans la réorganisation et la réforme du secteur public, ainsi que dans le recrutement, la formation et la motivation des ressources humaines afin d'en tirer le meilleur parti. Il exige :

- Des efforts renouvelés afin d'accroître les ressources d'ensemble, efforts qu'avaient accomplis tous les pays à la Conférence internationale sur la population et le développement;
- Un zèle renouvelé à affecter aux services sociaux de base, dont la santé en matière de reproduction, une part accrue des ressources disponibles, qu'elles proviennent de la communauté internationale, du secteur public ou du secteur privé;
- Une efficacité accrue. Des mesures très diverses sont propres à accroître l'efficacité, selon les conditions locales;
- Des partenariats entre les gouvernements, la société civile et les donateurs — afin d'améliorer le financement et de faire parvenir l'information et les services là où ils sont le plus nécessaires.

Cette tâche est celle de la communauté internationale aussi bien que de chaque pays, pour dégager une aide complémentaire au service du développement comme pour l'acheminer de la manière la plus productive.

Augmenter les ressources

Les pays en développement sont engagés dans trois transitions simultanées. Ils doivent : modifier la définition des services de santé essentiels et les manières de les intégrer entre eux; redistribuer les responsabilités dans les services publics du niveau central au niveau local; et redéfinir le rôle et le rayon d'action des services publics.

Il est essentiel d'augmenter les ressources d'origine externe affectées aux programmes de population et de santé en matière de reproduction pour aider les pays à effectuer ces transitions et, simultanément, en tirer parti pour appliquer les recommandations de la CIPD, par exemple :

- Pour concevoir et exécuter des programmes qui satisfassent pleinement aux besoins et aux priorités des clients dans un environnement en évolution;
- Pour aider à renforcer les ressources matérielles et humaines, ainsi que les infrastructures institutionnelles;
- Pour fournir une assistance technique et des articles divers.

Les donateurs fournissent 1,9 milliard de dollars par an — un tiers des 5,7 milliards de dollars qui seraient nécessaires pour appliquer le programme de la CIPD.

Un complément de ressources, à dégager tant à l'intérieur qu'en dehors des pays bénéficiaires, est nécessaire d'urgence aux fins suivantes :

- Plaider avec plus d'insistance pour obtenir les investissements nécessaires au développement;
- Améliorer les données nécessaires à la conception, à l'exécution et au suivi des programmes;
- Faire face aux exigences et besoins en matière de services, qui ne cessent d'augmenter et de se diversifier;
- Améliorer la qualité des services de santé, y compris en matière de reproduction et de sexualité;
- Recycler le personnel afin d'éliminer tout obstacle qui, en raison de l'attitude des prestataires, détournerait des clients potentiels, à savoir notamment la pauvreté, l'emplacement géographique, le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique ou culturelle;
- Fournir des informations et services aux populations mal desservies, surtout aux pauvres;
- Écarter les obstacles culturels, sociaux et économiques qui limitent l'accès à l'information et la possibilité de saisir les chances offertes;
- Améliorer le recrutement, la formation, la stabilité et la motivation du personnel nécessaire pour appliquer les programmes, du niveau gouvernemental au niveau local.

D'où vient l'argent actuellement?

Les montants estimatifs des ressources d'origine internationale, régionale ou nationale affectées aux programmes de population et de développement, y compris la santé en matière de reproduction, sont fondés sur les informations concernant les pays et institutions pour 1997³.

L'aide extérieure

Les donateurs fournissent chaque année un montant de l'ordre de 1,9 à 2,0 milliards de dollars. Durant les années 90, les principaux donateurs, comme la Norvège et le Danemark, ont affecté à la population une fraction relativement importante de leurs contributions, tandis que d'autres, surtout les Pays-Bas, l'Australie et le Royaume-Uni, ont commencé à les imiter. D'autre part, les États-Unis et le Japon, qui sont traditionnellement les principaux donateurs en matière d'activités de population, ont récemment réduit leur soutien.

Le Japon, principal contributeur depuis 1986, a rempli pour la période 1994-2000 son engagement concernant l'aide aux problèmes mondiaux de population.

Le projet Commission européenne/FNUAP concernant la santé en matière de reproduction en Asie (voir p. 49) est un exemple de la volonté dont témoignent les pays membres de la CE de

respecter l'engagement qu'ils ont pris avant la CIPD. Mais il est nécessaire de faire encore beaucoup plus pour simplifier le processus d'acheminement des fonds par l'entremise de la bureaucratie de la CE.

La poursuite de l'Initiative 20/20, entre autres, fait espérer que le soutien des donateurs se renforcera. Il s'agit d'un engagement mutuel pris par les pays développés ou en développement partenaires d'affecter en moyenne 20 % de leur APD et 20 % de leur budget national, respectivement, aux services sociaux de base. D'après une définition convenue lors d'une réunion 20/20 tenue à Oslo en 1996, les cinq composantes des services sociaux de base sont les suivantes : santé de base; éducation de base; santé en matière de reproduction, dont planification familiale et santé sexuelle; nutrition; enfin, eau salubre et assainissement⁴.

La Banque mondiale mobilise des ressources en faveur des services sociaux de base, y compris la santé en matière de reproduction, et prend des mesures pour alléger le fardeau de la dette des pays pauvres lourdement endettés. Elle a déjà fourni 3,6 milliards de dollars pour aider les pauvres à faire face à une situation économique difficile, ainsi que pour aider les réfugiés et les personnes déplacées du fait de situations d'urgence.

La Banque mondiale offre également des prêts au titre d'activités diverses (santé, nutrition, population, éducation), sans parler des composantes "protection sociale" d'autres prêts (8,48 milliards de dollars en 1998). Les prêts de la Banque ont de plus en plus été accordés à des programmes intégrés de santé en matière de reproduction, tant directement que par le biais d'une aide d'ampleur sectorielle et de la réforme des services de santé.

Les dons des fondations deviennent plus importants. La Fondation Ford, la Fondation

ENCADRÉ 24

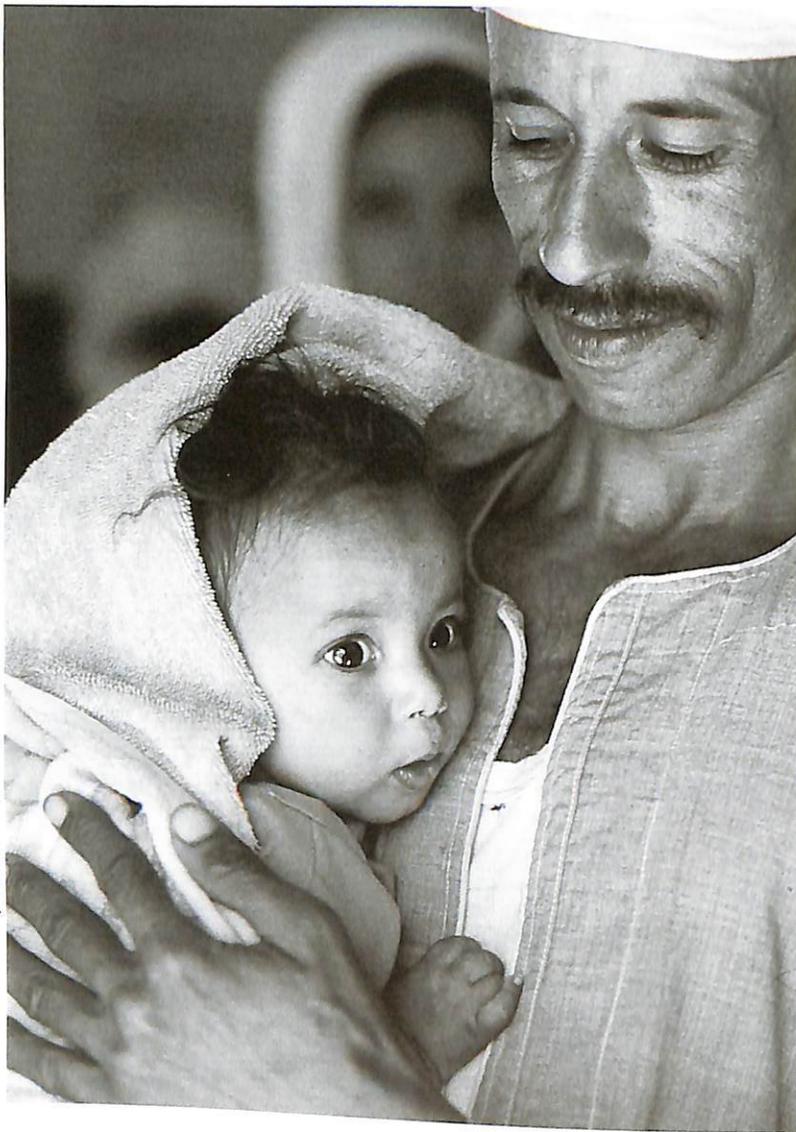
L'allégement de la dette et la difficile recherche des ressources

Pour rendre leurs problèmes encore plus pesants, de nombreux pays pauvres sont accablés par une dette extérieure très élevée, qui s'est accumulée avec l'encouragement des institutions de prêt avant qu'on ait reconnu l'importance des investissements sociaux de base. Dans certains pays, le service de la dette est plusieurs fois supérieur au montant total des fonds alloués à la santé ou à l'éducation.

Une main secourable

L'échange de la dette pour une augmentation de l'investissement social est un nouveau mécanisme qui permet d'en réduire le fardeau. L'Ouganda a négocié un "échange de la dette" avec les institutions financières internationales, et d'autres pays examinent actuellement les possibilités offertes. L'épargne ainsi réalisée par l'Ouganda a servi principalement à éliminer les droits d'inscription dans l'enseignement primaire. En deux ans, le taux de scolarisation a bondi de 54 à 90 %, en net contraste avec d'autres pays lourdement endettés.

Les donateurs ont renoncé à une partie de leurs créances bilatérales à la suite des catastrophes naturelles qui ont frappé l'Amérique centrale. Les pays donateurs ont proposé d'élargir le programme d'allégement de la dette de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (Initiative en faveur des pays pauvres lourdement endettés). Durant le processus CIPD+5, il a été vivement recommandé d'aller plus loin dans ce sens.



UNICEF / 1044 / Nicole Toutoumji

L'agenda de la CIPD ne peut être mis en oeuvre sans aide extérieure, y compris sur le plan de la promotion de la responsabilité masculine concernant la santé en matière de reproduction et la famille. Ci-dessus, un père et son enfant en Egypte.

Rockefeller, la Fondation MacArthur, la Fondation Hewlett et la Fondation Mellon⁵ ont versé chacune en 1996 une contribution de l'ordre de 10 à 30 millions de dollars en faveur des activités de population, et des montants similaires en 1997. En novembre 1998, la Fondation Packard a annoncé qu'elle affecterait au cours des cinq prochaines années plus de 300 millions de dollars aux programmes internationaux de population et de santé en matière de reproduction.

Durant sa première année d'attribution de subventions, la Fondation pour les Nations Unies, créée en 1997 par Ted Turner avec un capital d'un milliard de dollars, a donné plus de 12 millions de dollars à divers projets relatifs à la santé en matière de reproduction et à l'émancipation des femmes, dont plusieurs concernent la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité.

La Fondation William H. Gates, qui soutient les activités visant à améliorer la santé et l'éducation au niveau mondial, a versé à l'ONU 1,7 million de dollars, que le FNUAP utilisera pour faciliter la collaboration entre pays en développement. En 1999, elle a accordé à l'École de santé publique de l'Université Columbia une subvention de 50 millions de dollars, étalée sur plusieurs années, afin de combattre la mortalité maternelle, qui est traditionnellement le plus difficile à résoudre de tous les problèmes de santé en ma-

tière de reproduction. Un autre montant de 20 millions de dollars est destiné à aider l'Université Johns Hopkins à former des praticiens des pays en développement à la santé en matière de reproduction. En juin 1999, Bill et Melinda Gates ont ajouté 5 milliards de dollars au capital de la Fondation, dont ils doublent ainsi le montant.

Les ressources intérieures

Au niveau mondial, on estime qu'en 1997 les gouvernements et les ONG nationales ont consacré aux programmes de population près de 7 milliards de dollars provenant des ressources mobilisées dans les pays en développement⁶. On estime en outre, avec beaucoup moins de précision, que dans ces mêmes pays le secteur privé avait collecté un milliard de dollars.

Il est cependant très difficile d'établir exactement l'importance des montants consacrés à appliquer les dispositions du Programme d'action concernant la population et la santé en matière de reproduction⁷. Les systèmes comptables mesurent les catégories générales d'intrants, telles que salaires et fournitures, plutôt que les services rendus. L'ensemble "CIPD" n'évalue que le coût des services fournis au titre des soins de santé primaires, non celui des soins hospitaliers ou des autres services nécessaires aux niveaux plus élevés du système de santé.

Point encore plus important, il est difficile de vérifier le montant des dépenses engagées directement par les individus. Tous les pays ne mènent pas des enquêtes sur les dépenses des ménages, et en outre les enquêtes ne comportent ordinairement pas de questions relatives aux services de santé. On dispose d'informations de plus en plus nombreuses sur les paiements relatifs aux services de planification familiale et de santé maternelle et infantile⁸, mais elles ne couvrent pas les autres dépenses de santé en matière de reproduction.

Les pays d'Asie et du Pacifique bénéficiaires de programmes ont mobilisé les montants les plus importants pour les programmes de population et de santé en matière de reproduction (plus de 5 milliards de dollars), suivis par ceux d'Amérique latine et des Caraïbes (plus d'un milliard de dollars). De moindres montants y ont été affectés en Asie occidentale, en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne. On évalue à plus de 100 millions de dollars les montants mobilisés par les pays en transition.

Cet effort financier a été avant tout le fait d'un petit nombre de grands pays : les dépenses combinées de la Chine, de l'Inde, de l'Indonésie, de la République islamique d'Iran et du Mexique ont représenté 5,5 milliards de dollars, soit environ 80 % du montant total des ressources dégagées par les pays en développement pour les services de planification familiale et de santé en matière de reproduction. La plupart des autres pays en développement, et notamment les 51 pays les moins avancés, n'avaient ni les ressources publiques, ni les revenus privés nécessaires pour couvrir leurs besoins nationaux.

Dans certains domaines, l'impact de la pénurie de ressources se fait déjà sentir. Le Programme d'action de la CIPD avait proposé un montant de 1,3 milliard de dollars pour les programmes de

prévention des MST/VIH/sida en 2000, alors que les chiffres récents sont inférieurs à 550 millions de dollars par an⁹. Les programmes de prévention constituent la stratégie la moins coûteuse pour faire reculer la pandémie¹⁰. Des ressources additionnelles, qui ne sont pas comprises dans les montants estimatifs de la CIPD, seront nécessaires pour soigner les sujets infectés et pour aider les familles, les communautés et les pays touchés par la pandémie.

De nombreux pays s'efforcent d'augmenter les contributions du secteur privé et des organisations non gouvernementales. Dans plus de 37 pays, il existait, dès avant 1994, des initiatives du secteur privé (le plus souvent, commercialisation de contraceptifs subventionnés) et c'est le cas dans neuf autres depuis la CIPD. Certains pays, comme la Bolivie et le Mexique, font désormais place aux services de santé en matière de reproduction dans leurs plans nationaux d'assurance-maladie. Malgré de nombreuses difficultés techniques et de gestion, en particulier s'agissant d'atteindre les pauvres et autres couches de populations marginalisées, l'intervention du secteur privé va probablement s'élargir. Une initiative du secteur privé, copatronnée par le FNUAP, encourage ses représentants à répondre aux besoins de santé en matière de reproduction.

Vers plus d'efficacité

Pour être très efficace, il faut faire d'importants investissements initiaux, afin de couvrir tant la prestation actuelle des services que leur amélioration future. La réforme du secteur sanitaire, par exemple, rapportera de substantiels dividendes, mais il ne faut pas sous-estimer les coûts de la transition.

On ne saurait considérer l'efficacité isolément. Les activités de plaidoyer, par exemple, réussissent à stimuler la demande de services; mais les services doivent alors s'améliorer pour répondre à la demande. L'aiguillage est un moyen efficace de compléter les services rendus dans les dispensaires, mais seulement si les services vers lesquels les malades sont aiguillés sont équipés pour faire face à cette charge additionnelle.

Les investissements préparent souvent le terrain à une amélioration de l'efficacité dans l'avenir. Les pays industrialisés ont fait baisser la mortalité maternelle jusqu'aux très bas taux actuels en équipant davantage d'établissements pour faire face aux urgences de toutes sortes, y compris les urgences obstétricales. Certains investissements dont l'intérêt n'apparaît pas immédiatement s'avèrent utiles plus tard, comme le contrôle de la manière dont les tuberculeux s'administrent eux-mêmes leurs médicaments. L'investissement initial a stimulé la mise au point de méthodes plus rentables pour vérifier si les patients respectent les prescriptions.

Chaque fois que le souci d'efficacité domine la prise de décisions, les résultats mesurés doivent refléter en totalité la gamme des valeurs et des avantages que l'on recherche. Quand on mesurait la rentabilité d'un programme de planification familiale par le nombre de naissances évitées, l'accent était mis sur le choix des méthodes permanentes (par exemple, stérilisation) de préférence aux méthodes temporaires (par exemple, pilules, DIU, contraceptifs injectables et méthodes à adjuvant). Aujourd'hui, quand on mesure la rentabilité des soins, on s'efforce de prendre en considération la qualité des soins offerts, notamment l'éventail plus ou moins complet de contraceptifs proposés, et de tenir compte de l'avantage pour chaque client des différentes méthodes aux étapes successives du cycle de vie.

Pour améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé, il faut un investissement initial élevé.

5



La rareté des ressources, qui résulte en partie de la diminution de l'aide au développement, a nui aux services sociaux de base, comme l'éducation. A gauche, une école de village en Inde.

Partenariats pour la santé

Les gouvernements aussi bien que la société civile s'accordent à croire qu'il incombe principalement au secteur public d'assurer l'accès aux soins de santé. En même temps, on discute de la place du secteur privé.

Le Programme d'action de la CIPD reconnaît que la fourniture de services de santé en matière de reproduction suppose nécessairement un partenariat auquel de nombreuses institutions doivent participer. L'attribution de rôles appropriés aux diverses sources des secteurs public et privé, qu'il s'agisse de dispenser ou de financer les services de santé en matière de reproduction, doit donner lieu tant à un débat de principe qu'à une mise à l'essai pratique¹¹.

Qui paie : comment en décider?

Selon les évaluations de la Banque mondiale, non seulement les pays en développement consacrent moins de fonds à la santé que les pays à revenu plus élevé, mais encore les fonds publics y couvrent une proportion moindre des dépenses de santé.

De récentes études sur la comptabilité nationale du secteur sanitaire aux Philippines¹² et au Bangladesh¹³ ont confirmé que les dépenses privées directes au titre de la santé en matière de reproduction sont plus importantes qu'on ne l'avait cru antérieurement et pourraient dépasser les dépenses publiques. Une grande partie des dépenses de santé, publiques ou privées, va aux soins cura-

tifs; en cas de maladie grave, chacun fait tout le possible pour trouver l'argent nécessaire. D'autre part, les soins de santé en matière de reproduction sont surtout préventifs de sorte que l'on est moins disposé à payer pour se les procurer, et la planification familiale prévient non une maladie, mais la grossesse.

L'appel aux ressources privées pour les services de santé en matière de reproduction varie considérablement selon les pays. Au Brésil et en Colombie, par exemple, des organisations non gouvernementales jouent un rôle essentiel dans la prestation de ces services. Dans d'autres pays d'Amérique latine, des considérations d'ordre culturel et politique limitent l'intervention de l'État, ou préférence est donnée au secteur privé. En Amérique latine, il se pourrait que plus de la moitié de toutes les dépenses de santé soient financées au moyen d'allocations privées¹⁴, et les fonds privés couvrent une proportion probablement encore plus importante des soins de santé en matière de reproduction. En Afrique et dans beaucoup de pays asiatiques, l'État fournit une grande partie des services¹⁵.

Des raisons fondamentales militent en faveur d'un financement par le gouvernement des services de santé en matière de reproduction et d'autres stratégies de développement du Programme d'action¹⁶. Les gouvernements et les donateurs doivent subventionner :

- Les services auxquels la société juge que chacun doit avoir accès, qu'il soit ou non en mesure de les payer;

TABEAU 2 : Dépenses de santé publiques et privées¹⁷

	Dépenses de santé		Dépenses de santé par habitant
	Dépenses publiques : pourcentage du PIB	Dépenses privées : pourcentage du PIB	PPA (en dollars)
Monde entier	2,5	2,7	527
Pays à faible revenu	1,0	3,2	52
Pays à revenu intermédiaire	2,4	2,0	183
Pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure	2,2	1,7	119
Pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure	3,0	3,1	427
Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire	1,8	2,5	133
Asie de l'Est et Pacifique	1,8	1,8	118
Europe et Asie centrale	3,9	1,0	279
Amérique latine et Caraïbes	2,6	3,7	412
Moyen-Orient et Afrique du Nord	2,3	2,4	176
Asie du Sud	0,8	3,8	57
Afrique subsaharienne	1,7	1,5	82
Pays à revenu élevé	6,0	3,6	2 280

Source : Banque mondiale, 1999. *Indicateurs du développement dans le monde, 1999*. Washington, D.C., Banque mondiale.

- Les activités dont bénéficie non seulement l'individu, mais l'ensemble de la société;
- Les services que le secteur privé n'est que peu ou pas intéressé à fournir;
- Les services qui aident à réduire la pauvreté.

La première de ces raisons est fondée sur les principes d'équité et sur les droits. Le droit à la santé, le droit à la non-discrimination sur la base du sexe et le droit de choisir le nombre de ses enfants et l'espacement de leur naissance font partie des droits de l'homme fondamentaux¹⁸.

La deuxième tient aux avantages de caractère général que la société tire de ce financement. Ce sont, par exemple : la limitation de l'impact social des maladies sexuellement transmissibles; la diminution des coûts supportés par la communauté nationale du fait de la croissance démographique et de la dégradation de l'environnement qui en résulte; l'accélération du développement grâce à une participation accrue des femmes.

La troisième est que le financement public justifie les investissements faits dans la réglementation et le suivi, les tests, la recherche-développement des services de santé en matière de reproduction. Est aussi justifié le soutien prêté à la diffusion de l'information sur la santé en matière de reproduction, qui peut susciter une demande de nature à faciliter la formulation d'approches par le secteur privé. Cependant, le Programme d'action laisse aux pays le soin de décider des principes selon lesquels attribuer des responsabilités aux différentes parties. De même, l'importance d'un ensemble complet de services intégrés est clairement affirmée, sans qu'un schéma particulier soit proposé en la matière. Cette approche tient compte des priorités nationales et laisse une place aux apports, capacités, perspectives et valeurs propres à chaque pays.

La dernière raison est que les pauvres sont particulièrement exposés à la mauvaise santé et aux grossesses non désirées, ce qui leur rend encore plus difficile d'échapper à leur condition.

Veiller à ce que les services de santé en matière de reproduction atteignent les pauvres

Aux yeux de beaucoup, la logique commanderait de demander à ceux qui le peuvent de payer et de ne fournir qu'aux pauvres des services publics. Mais une telle limitation risque de réduire à rien le soutien politique : si seuls les pauvres bénéficient d'un programme, les responsables nationaux risquent de réduire les crédits qui lui sont affectés, surtout à l'heure des compressions budgétaires¹⁹.

Il est en outre difficile d'acheminer avec succès les fonds publics. Par le jeu des pressions politiques, les services vont surtout à l'élite ou aux populations urbaines, ce qui explique qu'une importante partie des budgets sanitaires soit affectée aux hôpitaux des villes. Même en l'absence de telles pressions, les groupes de population instruits et aisés sont mieux informés et ont plus d'assurance face à la bureaucratie. Les fonctionnaires se soucient peu des pauvres et des marginaux.

L'Etat peut réaliser des économies si ceux qui peuvent payer paient effectivement, soit parce

qu'ils sont orientés vers des prestataires privés, soit parce qu'ils versent une redevance en échange des services reçus dans le secteur public. Cependant, fixer un seuil de revenu et vérifier les ressources des bénéficiaires de services comporte un risque politique, prend beaucoup de temps et peut s'avérer une source de dépenses plus que d'économies.

Les données sont plus claires concernant l'utilisation des services par différents groupes de population dans le domaine de la planification familiale que dans d'autres domaines de la santé en matière de reproduction. Des études menées au Viet Nam, aux Philippines et en Indonésie montrent que le quintile le plus pauvre reçoit environ 15 % des services financés par le secteur public dans la planification familiale, et les deux quintiles les plus pauvres près de 36 % — soit moins dans chaque cas que le pourcentage de la population représenté.

Cependant, le quintile le plus pauvre reçoit moins de 9 % du revenu national et les deux quintiles les plus pauvres, 22 % seulement; de sorte que, si on établit une comparaison avec la répartition du revenu, les subventions accordées à la planification familiale reviennent à transférer des ressources aux pauvres. D'autre part, le recours disproportionné des groupes de revenu plus élevé aux prestations dispensées dans les hôpitaux plus coûteux explique qu'ils absorbent une part importante des dépenses de santé. Si ces services étaient payants, cela aiderait à réserver aux pauvres une part accrue des allocations de fonds publics.

Au Mexique, les ONG ont mieux réussi que le programme gouvernemental à orienter leurs services vers les pauvres parce qu'elles peuvent choisir les groupes de population desservis. Par exemple, les clients de la FEMAP (Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, AC) comprennent une proportion plus élevée de pauvres vivant à la périphérie des villes que les programmes gouvernementaux²⁰.

En tirant des recettes plus élevées de ceux qui peuvent acquitter le prix de services coûteux et en collaborant avec les ONG et le secteur privé pour atteindre les groupes de population retenus, le secteur public peut améliorer l'efficacité de ses services et fournir les ressources nécessaires pour en améliorer la qualité — par exemple, pour former le personnel à offrir de meilleurs services.

De nombreux analystes ont recommandé de faire davantage appel au secteur privé pour fournir plus efficacement des services de santé en matière de reproduction. La difficulté est d'y parvenir sans priver tous ceux qui, dans les pays en développement, ne peuvent payer. Une telle évolution ne réussira qu'à condition d'investir davantage, et non moins, dans la santé en matière de reproduction, afin de mettre à l'essai différentes options en matière de prestation et de financement des services et de comprendre l'impact de chacune sur la qualité des services et l'équité de leur répartition. Cela signifie qu'il faudra davantage, et non moins, de ressources externes pour fournir une assistance technique spécialisée.

Les donateurs doivent accepter leur responsabilité et garder à l'esprit le système de soins subventionnés qui a cours dans leurs pays respectifs, ainsi que la manière dont l'équilibre entre soins publics et soins privés s'y est progressivement établi. Les initiatives privées sont importantes, mais

Un appel accru au secteur privé ne doit pas avoir pour effet de priver les pauvres des services de santé.

ne doivent pas avoir pour effet de limiter les services destinés aux pauvres. L'accélération du développement et l'amélioration de la santé publique supposent un accès élargi aux services.

En même temps, les communautés sont disposées à partager risques et coûts pour améliorer les services de santé en matière de reproduction, et elles sont en mesure de le faire. Un projet en cours aux Philippines a lancé un système d'assurance sociale partageant les coûts très élevés des soins obstétricaux d'urgence qu'exigent des complications, ce qui arrive dans une grossesse sur 10. Le coût de l'assurance est de 2,48 dollars par grossesse; cependant, l'avantage économique de ce plan serait près de deux fois supérieur aux coûts²¹. Les bénéficiaires directs doivent encore couvrir une partie des coûts réels, ce qui demeure un lourd fardeau pour les plus pauvres; mais les individus et les familles sont disposés à faire tout le nécessaire pour trouver de quoi payer les soins qui sauveront des vies, et le plan en abaisse le prix pour tous.

Au Népal, certaines communautés ont également mis leurs ressources en commun pour financer le transport d'urgence des femmes enceintes ayant besoin de soins obstétricaux²². Si en même temps on apprend aux maris à discerner les risques et les signes annonciateurs de complications, l'aiguillage d'urgence peut sauver bien des vies.

La contribution des communautés peut aussi prendre la forme de travaux de réparation et d'entretien général. Les communautés peuvent souvent fournir les matériaux ou assurer la construction de locaux, tandis que les pouvoirs publics fournissent et rémunèrent le personnel.

Le versement de redevances peut aider à assurer la durée des programmes, mais une question se

pose : les redevances limitent-elles l'accès, découragent-elles de recourir aux services de santé? Les données ne vont pas toujours dans le même sens : certaines études ont établi que le nombre d'utilisateurs tombe si des redevances sont introduites, mais peut remonter avec le temps. Plusieurs études montrent que l'introduction de redevances est plus acceptable quand une partie du montant est destinée à améliorer la qualité des services et qu'en fait le nombre d'utilisateurs peut ensuite augmenter²³.

Conclusion

Malgré la maigreur des ressources et d'autres contraintes, tant les pays développés que les pays en développement ont édifié de nouveaux partenariats entre les gouvernements et la société civile au bénéfice de la population et du développement, créé des programmes intégrés de santé en matière de reproduction et de sexualité et fait progresser l'émancipation des femmes. Tout cela montre que les objectifs de la CIPD sont perçus comme nécessaires et réalisables.

Dans une ère de mondialisation, fournir les services sociaux de base relève de la responsabilité de tous. Si l'on néglige d'assister l'investissement à long terme dans le développement, ce qui recouvre les problèmes de population, il est de plus en plus probable que les conséquences en seront l'écroulement des structures sociales et une demande de plus en plus fréquente de secours immédiats. Remédier aux effets de cet écroulement sauvera des vies; mais en traiter d'avance les causes permettra aux individus et aux nations de construire eux-mêmes leur destin.

Notes

Chapitre premier

1. Christopher J.L. Murray et Alan D. Lopez (éd.), 1996. *The Global Burden of Disease : A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Publié par l'École de santé publique (School of Public Health) de Harvard pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale. Cambridge, Harvard University Press.
2. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 1998. *Rapport mondial sur le développement humain 1998*. New York et Londres, Oxford University Press.
3. Voir, par exemple, Warren Sanderson, 1994. "Simulation Models of Demographic, Economic, and Environmental Interactions", dans *Population, Development, Environment: Understanding Their Interactions in Mauritius*, publié par Wolfgang Lutz et al. (Berlin, Springer-Verlag). Des données récentes semblent indiquer que les oscillations du niveau de la mer liées aux cycles de périodes glaciaires se sont produites en quelques dizaines d'années et que le climat de l'Antarctique change actuellement avec une rapidité imprévue. Voir William K. Stevens, 7 juillet 1998, "Catastrophic Melting of Ice Sheet is Possible, Studies Hint", *The New York Times*; et William K. Stevens, 16 février 1999, "In Ancient Ice Ages, Clues to Climate", *The New York Times*.
4. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) évalue à quelque 50 millions dans le monde entier le nombre de personnes qui peuvent être à juste titre considérées comme victimes de déplacements forcés : soit environ 22 millions dont s'occupe directement le HCR (réfugiés, apatrides ou personnes de nationalité contestée, et certaines personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays), 20 autres millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays dont le HCR n'est pas responsable, et environ 3 millions de réfugiés palestiniens auxquels l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) vient en aide. Ces chiffres sont empruntés au site Web du HCR : <www.unhcr.ch>.
5. Un court exposé du consensus qui se dégage actuellement sur le rôle important des facteurs démographiques dans le développement économique figure dans le rapport du Colloque sur "Évolution démographique et développement économique" tenu du 2 au 6 novembre 1998 à Bellagio (Italie) sous les auspices des Fondations Rockefeller et Packard. L'interaction des deux concepts a fait l'objet d'un long exposé dans FNUAP, 1998a, *État de la population mondiale, 1998 : Les générations nouvelles*. New York, FNUAP.
6. FNUAP, 1999a. *Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York, FNUAP.
7. L'effet de l'éducation reçue par les parents (et notamment les mères) sur la fécondité est depuis longtemps établi par la recherche en sciences sociales (on en trouvera un récent exposé dans : Caroline Bledsoe et al., 1999. *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, DC, National Academy Press). Les données concernant la relation entre éducation des parents et scolarisation des enfants figurent dans : Mark R. Montgomery, Mary Arends-Kuenning et Cem Mete, 1999. *The Quantity-Quality Transition in Asia*. Policy and Research Division, Working Paper 123. New York, The Population Council.
8. Voir Thomas A. Mroz et al., 1999. "Quality, Accessibility, and Contraceptive Use in Rural Tanzania", *Demography*, 36 (1) : 23-40
9. L. Wall, 1998. "The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality Among the Hausa of Northern Nigeria". *Studies in Family Planning*, 29(4) : 343. New York, The Population Council.
10. FNUAP, 1998b. *Report of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Rights: Key Future Actions*. New York, FNUAP.
11. Les données relatives à l'augmentation des cas parmi les toxicomanes usant d'injections et parmi d'autres groupes de population ayant un comportement à risque élevé figurent dans : Banque mondiale, 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, chapitre 2. New York, Oxford University Press. Des simulations montrent que l'augmentation de la prévalence dans des groupes de population composés de travailleurs de l'industrie du sexe ayant des rapports non protégés et de personnes ayant des rapports sexuels multiples est plus lente, mais peut néanmoins passer d'un taux négligeable à plus de 15 % dans l'ensemble de la population en l'espace de 10 ans. Des études relatives à l'influence des réseaux sociaux sur la transmission du VIH/sida démontrent qu'une pandémie générale peut apparaître rapidement dans des groupes de population où un nombre relativement faible de femmes ont des partenaires multiples et où se rencontrent quelques groupes à risque élevé, quand des sujets masculins infectés entretiennent des rapports simultanément avec plusieurs femmes au lieu d'avoir une seule partenaire à la fois, et que cela pourrait avoir été le cas en Ouganda, où une pandémie générale a pris naissance (Martina Morris, 1999. "Sexual Networks and HIV: The Population Dynamics of Infectious Disease". Communication faite devant le Population Council, à New York, le 4 mars 1999).
12. Les ménages dont le chef est une femme représentent une proportion appréciable et croissante des pauvres (Organisation des Nations Unies, 1995. *Les femmes dans le monde : Des chiffres et des idées*, 2e éd. (Numéro de vente : F95/XVI.2). Série K des statistiques et indicateurs sociaux, No 12. New York, ONU). Il est possible que certains participants à ce débat aient exagéré la gravité des privations dont souffrent les femmes (voir Alain Marcoux, 1998. "The Feminization of Poverty: Claims, Facts, and Data Needs". *Population and Development Review*, 24(1) : 131-139. New York, The Population Council). Cependant, les données relatives à la pauvreté des femmes rurales et des femmes âgées montrent indiscutablement que les femmes représentent une proportion croissante des pauvres.
13. FNUAP, 1999b. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York, FNUAP.
14. Communiqué de presse du FNUAP : "Les lauréats du Prix des Nations Unies en matière de population 1998 sont annoncés", 5 juin 1998.
15. On trouvera un aperçu général des principes, de la pratique et de l'impact de la communication dans Phyllis Piotrow et al., 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport (Connecticut), Praeger.
16. Voir, en outre, Banque mondiale, 1998. *Assessing Aid*. New York, Oxford University Press.

Chapitre 2

1. Les statistiques reproduites dans cette section ne concernent qu'une fraction des 114 pays qui ont répondu à l'enquête du FNUAP, dont les résultats sont communiqués dans :

FNUAP, 1999. *Report of the 1999 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York, FNUAP.

2. Certains des programmes et politiques de population les plus anciens sont à chercher en Asie. Par exemple, l'Inde, pays accoutumé de longue date à conduire des recensements et tenir des dossiers, a commencé à se préoccuper des problèmes de population dès le milieu des années 50. Comme en d'autres pays qui ont depuis longtemps une politique en ce domaine, il lui a fallu mettre à jour les politiques, les stratégies et les cadres institutionnels pour les harmoniser avec les principes du Programme d'action. D'autres pays où ces traditions sont moins anciennes ont élaboré des politiques qui reflètent les préoccupations récentes en matière de population et de développement.
3. Organisation des Nations Unies, 1998a. *World Population Prospects (The 1998 Revision)*. New York.
4. La transition démographique a été décrite la première fois par Frank Notestein (voir : Frank Notestein, 1953. "Economic Problems of Population Change", dans *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*, p. 13 à 31. Londres : Oxford University Press). Son raisonnement était que, dans les sociétés agricoles traditionnelles, une forte fécondité était le contrepois nécessaire à des taux de mortalité élevés; que l'urbanisation, l'industrialisation, l'éducation et la transformation économique et sociale concomitantes entraînaient un recul de la mortalité, en particulier des taux de mortalité infantile; et que la fécondité diminuerait ensuite, les enfants devenant à la fois plus coûteux et moins précieux sur le plan économique.
5. Deux des études les plus connues en la matière sont : Ansley J. Coale et Susan Cotts Watkins (éd.), 1986. *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton (New Jersey), Princeton University Press; et John Cleland et Chris Wilson, 1987. "Demand Theories of the Fertility Decline: An Iconoclastic View", *Population Studies* 41(1) : 5-30.
6. John Bongaarts et Susan Cotts Watkins, 1996. "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions", *Population and Development Review* 22(4) : 639-682. New York, The Population Council.
7. Rodolfo A. Bulatao, 1998. *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica (Californie), Rand Corporation.
8. Même ceux qui prennent note du rôle de l'éducation des femmes, de l'accroissement de la communication et de la mobilité et d'autres aspects du développement économique et social reconnaissent le rôle important des programmes nationaux. Voir, par exemple, John C. Caldwell et al., 1999. "The Bangladesh Fertility Decline: An Interpretation". *Population and Development Review* 22(1) : 67-84. New York, The Population Council.
9. John Bongaarts, 1999. "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions". Dans *The Continuing Demographic Transition*, publié par G. W. Jones et J. Caldwell. Londres, Oxford University Press.
10. Bongaarts et Watkins, 1996.
11. On trouvera une étude scientifique du concept de diffusion sociale et de son rapport avec d'autres explications de la transition démographique dans : Holly Reed, Rona Brière et John Casterline (éd.), 1999. *The Role of Diffusion Processes in Fertility Change in Developing Countries: Report of a Workshop*. Washington, DC, National Academy Press; ainsi que dans les communications à paraître de l'atelier de janvier 1998 patronné par le Comité de la population de l'Académie nationale des sciences des États-Unis.
12. La Division de la population établit des prévisions haute, moyenne et basse qui embrassent en théorie l'éventail le plus probable de l'évolution démographique jusqu'en 2050. Alors que la prévision moyenne est souvent présentée à tort comme une prédiction, elle n'est que le résultat mathématique d'un ensemble d'hypothèses relatives à l'évolution future de la fécondité et de la mortalité. Jusqu'à une date récente, ces prévisions n'étaient précises que pour la durée d'une décennie environ et les révisions se traduisent parfois par un ajustement significatif des prévisions haute ou basse à long terme. Ces prévisions constituent néanmoins un utile outil de planification pour la politique de la population et la planification sociale aux niveaux tant national qu'international.
13. Voir Wolfgang Lutz, James W. Waupel et Dennis A. Ahlburg (éd.), 1999. *Frontiers of Population Forecasting*, supplément du volume 24. *Population and Development Review*, 1998. New York, The Population Council.
14. Les taux d'alphabétisation sont généralement déduits des données recueillies des intéressés eux-mêmes lors des recensements, ou de la mise à jour de recensements ou d'évaluations, au moyen des évaluations actuelles du nombre d'enfants scolarisés, et non pas de tests d'alphabétisation basés sur certains critères. Bien que l'UNESCO ait publié des directives d'évaluation des niveaux d'alphabétisation, les différences de méthode et le degré inégal de complétude des enquêtes ou recensements font qu'il est difficile de comparer les données au niveau international. On trouvera un tableau complet des statistiques d'éducation, tirées des données fournies par l'UNESCO et autres données complémentaires, dans : Banque mondiale, 1998. *Indicateurs du développement dans le monde, 1998*. Washington, DC.
15. La scolarisation primaire nette mesure le pourcentage de la population d'âge scolaire inscrite dans l'enseignement primaire. Les données sont habituellement collectées au début de chaque année scolaire; une mesure plus exacte des taux de participation exigerait que les données portent sur la fréquentation scolaire quotidienne par âge, année d'enseignement et sexe. Les chiffres relatifs à la scolarisation secondaire donnent probablement une image embellie de la situation réelle, car les données sont souvent fondées sur des hypothèses relatives au passage à la classe supérieure, au redoublement et au tassement des effectifs plutôt que sur les dossiers réels des étudiants (Banque mondiale, 1998, p. 37).
16. Certaines sous-régions ont également enregistré une baisse des inscriptions pour certaines classes dans les années 80, mais sans retomber au niveau des années 60. Voir Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 1998. *Tendances et prévisions de la scolarisation par niveau d'éducation, âge et sexe, 1960-2030 (évaluation de 1998)*. Paris.
17. The Population Council, 1996. *The Unfinished Transition*. The Population Council Issues Papers. New York.
18. Voir Deon Filmer et Lant Pritchett, 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries". *Population and Development Review* 25(1) : 85-120. New York, The Population Council.
19. Voir Filmer et Pritchett, 1999; et Johan Knodel et Gavin Jones, 1996. "Post-Cairo Population Policy: Does Promoting Girls' Schooling Miss the Mark?" *Population and Development Review* 22(4) : 683-702, 814, 816. New York, The Population Council.
20. Pour une analyse complète des statistiques et des problèmes que posent l'alphabétisation et l'éducation des adultes, voir : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 1997. *Adult Education in a Polarizing World*. Paris.

21. Cette relation est régulièrement présentée sous forme de graphiques dans la série *Rapport mondial sur l'éducation*. Voir, par exemple, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 1997. *Rapport mondial sur l'éducation 1997*. Paris. Voir aussi J. Cleland et J. Van Ginneken, 1988. "Maternal Education and Child Survival in Developing Countries: The Search for Pathways of Influence". *Social Science and Medicine* 27 : 1357-1368. On trouvera un important examen théorique de ces relations, déjà ancien, dans Susan H. Cochrane, 1979. *Fertility and Education: What Do We Really Know?* Baltimore (Maryland), The Johns Hopkins University Press.
22. Voir Ian Diamond, Margaret Newby et Sarah Varle. "Female Education and Fertility: Examining the Links". Dans *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, publié par Caroline H. Bledsoe et al., 1999. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, DC, National Academy Press.
23. Voir J. Cleland et G. Kaufman, 1993. "Education, Fertility and Child Survival: Unravelling the Links". Communication préparée pour le séminaire du Comité d'anthropologie et de démographie, Union internationale pour l'étude scientifique de la population, tenu du 10 au 14 novembre à Barcelone (Espagne). Liège (Belgique), Union internationale pour l'étude scientifique de la population.
24. Voir, par exemple, Susan H. Cochrane, M.A. Khan et Ibrahim K.T. Osheba, 1990. "Education, Income, and Desired Fertility in Egypt: A Revised Perspective." *Economic Development and Cultural Change* 38(2): 313-339.
25. Caroline H. Bledsoe, Jennifer A. Johnson-Kuhn et John G. Haaga. "Introduction". Dans Bledsoe et al., 1999.
26. Une étude détaillée des implications du vieillissement de la population figure dans : FNUAP, 1998. *État de la population mondiale 1998 : Les générations nouvelles*. New York, FNUAP.
27. Ibid.
28. Organisation mondiale de la santé, 1999. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 : Faire une différence*. Genève.
29. Pour une bonne synthèse et un aperçu général de la démographie, de la santé en matière de reproduction et du sida, voir Thomas J. Goliber, 1997. *Population and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa: Population Bulletin* 52, No 4. Washington, DC, Population Reference Bureau.
30. FNUAP. *AIDS Update, 1998* (à paraître). New York.
31. John Bongaarts et Griffith Feeney, 1998. *On the Quantum and Tempo of Fertility*. Policy Research Division Working Papers No 109. New York, The Population Council.
32. Thomas Frejka et John Ross. "The Course to Below Replacement Fertility: A Review of the Empirical Evidence" (à paraître). Supplément spécial de *Population and Development Review* consacré à la transition démographique. New York, The Population Council.
33. On a constaté l'existence de ces planchers dans certains pays d'Amérique latine et au Bangladesh (Caldwell et al., 1999).
34. On trouvera une série complète de statistiques de l'urbanisation aux niveaux mondial, régional et national dans : Organisation des Nations Unies, 1998. *World Urbanization Prospects: The 1996 Revision*. New York, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU). La révision de 1998 est en cours d'établissement.
35. Les tendances et implications de l'urbanisation font l'objet de FNUAP, 1996. *The State of World Population 1996, Changing Places: Population, Development and the Urban Future*. New York, FNUAP.
36. Ibid.
37. Organisation des Nations Unies, 1996. Trends in Total Migrant Stock. Revision 4 (POP/IB/DB/96/1/Rev.4). Base de données tenue à jour par la Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU).
38. Hania Zlotnick, 1998. "International Migration Levels, Trends and What Existing Data Systems Reveal". Dans *Technical Symposium on International Migration and Development*. Équipe de travail des Nations Unies sur les services sociaux de base pour tous (BSSA), vol. 1. La Haye (Pays-Bas), 29 juin-3 juillet 1998.
39. Ibid.
40. Ibid.
41. Thomas R. Malthus, 1798. *Essai sur le principe de population*. Londres : imprimé pour le compte de J. Johnson, St. Paul's Church Yard.
42. Donella Meadows et al., 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. New York, Universe; et Paul R. Ehrlich, 1968. *The Population Bomb*. New York, Ballantine.
43. Voir "Estimates of Human Carrying Capacity: A Survey of Four Centuries". Dans *How Many People Can the Earth Support?* par Joel E. Cohen, 1995. New York, Norton et Company.
44. Voir aussi Lester R. Brown, Gary Gardner et Brian Halweil, 1999. *Beyond Malthus: Nineteen Dimensions of the Population Challenge*. Washington, WorldWatch Institute.
45. Département de l'agriculture des États-Unis, 1998. *Production, Supply and Distribution (PS&D)* (base de données électronique). Washington, DC, United States Department of Agriculture. Voir aussi Brown, Gardner et Halweil, 1999.
46. Voir T. R. Reid, 1998. "Feeding the Planet". *National Geographic*, No 4 (octobre 1998) : 56-75.
47. David Seckler, David Molden et Randolph Barker, 1999. "Water Scarcity in the Twenty-First Century". *International Journal of Water Resources Development* 15 (1&2) : 29-43. Voir aussi Brown, Gardner et Halweil, 1999.
48. M. de Onis et al., 1998. "The Worldwide Magnitude of Protein-Energy Malnutrition: An Overview from the WHO Global Database on Child Growth". Genève, Organisation mondiale de la santé. Voir aussi Brown, Gardner et Halweil, 1999.
49. Département de l'agriculture des États-Unis, 1998; Département de l'agriculture des États-Unis, 1991. "World Grain Database". Texte non publié. Washington, DC, United States Department of Agriculture (USDA); et Bureau du recensement des États-Unis, 1998. *International Data Base* (base de données électronique), mise à jour au 30 novembre 1998. Washington, DC, United States Bureau of the Census.
50. Groupe d'experts intergouvernemental pour l'étude du changement climatique, 1990. *Climate Change: The IPCC Scientific Assessment*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press; et Groupe intergouvernemental pour l'étude du changement climatique, 1995. *IPCC Working Group I Summary for Policymakers*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press.

Chapitre 3

1. Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1996. *Évaluations révisées de la mortalité maternelle, 1990* (WHO/FRH/MSM/96.11 et UNICEF/PLN/96.1). Genève, Organisation mondiale de la santé et New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
2. Organisation mondiale de la santé 1998a. "Évaluations mondiale et régionales de l'incidence de la mortalité consécutive à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, avec liste des données disponibles par pays" (WHO/RHT/MSM/97.16). Genève, Organisation mondiale de la santé.
3. Ce chapitre est fondé en premier lieu sur une enquête menée sur le terrain en 1998 par le FNUAP, à laquelle ont répondu 114 pays, et sur des études de cas conduites dans 22 pays d'Asie (Bangladesh, Pakistan, Népal, Inde, Sri Lanka, Indonésie et Philippines), d'Afrique (Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Zambie), du Proche-Orient (Égypte, Jordanie, Maroc), et d'Amérique latine et des Caraïbes (Brésil, Jamaïque, Mexique et Pérou) par le FNUAP, le projet Policy de Futures Group, le Population Reference Bureau, Family Care International et le Center for International Cooperation de la New York University. K. Hardee et al. 1998 : *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries*. Policy Occasional Working Paper 2. Washington, DC : The Futures Group International; L. Ashford et C. Makinson, 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, DC : Population Reference Bureau; Family Care International. 1998a. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A report of Four African Countries*. New York, Family Care International. 1998b. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A South Asia Report*. New York, Family Care International; et S. Forman et R. Ghosh, 1999. *Playing for Essentials: The Reproductive Health Approach to Population and Development*. Policy Paper Series. New York, Center on International Cooperation, New York University.
4. FNUAP, 1998a. *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes Including Women's Empowerment, Male Involvement and Human Rights*. Rapport de la Table ronde d'experts, Kampala (Ouganda), 22-25 juin 1998. New York, FNUAP. FNUAP, 1999a. *Rapport du Forum international chargé de l'examen opérationnel et de l'évaluation de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. La Haye (Pays-Bas), 8-12 février 1999. New York, FNUAP. On peut consulter ces rapports sur le site Web du FNUAP : <www.unfpa.org>.
5. Taux pondéré par le nombre de femmes mariées d'âge procréateur. Cette évaluation s'applique à la période 1990-1995. ONU, 1998a. *World Population Monitoring 1996. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
6. B. Barnett et J. Stein, 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, Caroline du Nord : Family Health International.
7. FNUAP, 1998b. *Donor Support for Contraceptive Commodities 1996*. New York, FNUAP.
8. Comprend l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale, l'OMS, la FIFP et le Population Council.
9. A. Starrs, 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. Rapport sur la Réunion technique consacrée à la maternité sans risques, Colombo (Sri Lanka), 18-23 octobre 1997. New York, Family Care International; et D. Maine et A. Rosenfield, 1999. "The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?" *American Journal of Public Health* (89)4: 480-482.
10. Pathak, Laxmi Raj et al., 1998. *Maternal Mortality and Morbidity Study*. Katmandou (Népal), Division de la santé familiale, Département des services de santé, Ministère de la santé du Gouvernement royal du Népal.
11. Organisation des Nations Unies, 1999a. *World Abortion Policies 1999* (numéro de vente : E.99.XIII.5). New York, ONU.
12. A. Rahman, L. Katzive et S. K. Henshaw, 1998. "A Global Review of Laws on Induced Abortion..." *International Family Planning Perspectives* 24(2): 56-64. L'étude a porté sur 152 pays ou territoires indépendants comprenant chacun au moins 1 million d'habitants.
13. C. W. Westoff et al., 1998. *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics: Final Study Report*. Calverton (Maryland): Macro International Inc., et Washington, D C: Policy Project.
14. Rosemary Ardayfio, 1999. "Midwives to the Rescue" *People and the Planet*. 8(1). Site Web : www.oneworld.org/patp/.
15. Family Care International, 1998b.
16. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 1997. *L'impact du VIH et de l'éducation à la santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : une mise à jour* (UNAIDS/97.4). Collection des meilleures pratiques. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
17. T. Shongwe, 1998. "The Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education (SPAPE) Programme" dans *Confounding the Critics: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998* par HERA : Health, Empowerment, Rights and Accountability, 1998. New York, International Women's Health Coalition.
18. FNUAP, 1999. *Examen, après cinq ans, des progrès réalisés dans l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. Document de base établi pour le Forum de La Haye, La Haye (Pays-Bas), 8-12 février 1999. New York, FNUAP; et FNUAP, 1998. *AIDS Update 1998*. New York, FNUAP.
19. Organisation des Nations Unies 1994. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 5-13 septembre 1994)* (A/Conf.171/13), par. 4.22. New York, ONU.
20. Center for Reproductive Law and Policy, 1999. *Female Circumcision/Female Genital Mutilation: Global Laws and Policies Towards Elimination*. New York, Center for Reproductive Law and Policy. Site Web : <www.crlp.org>.
21. B. Sadasivam, 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years after the International Conference on Population and Development*. New York, Women's Environment and Development Organization.
22. FNUAP, 1997a. *Fonds des Nations Unies pour la population : projets et programmes proposés : Recommandation de la Directrice exécutive : Aide au Gouvernement chinois* (DPE/PA/CP/196). Troisième session ordinaire, 1997, du Conseil d'administration du

- Programme des Nations Unies pour le développement et du Fonds des Nations Unies pour la population. New York, FNUAP.
23. FNUAP, 1997b. *L'état de la population mondiale, 1997. Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*. New York, FNUAP.
 24. T. Merrick. "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities". (À paraître) Washington, D.C. : Banque mondiale. Site Web : www.worldbank.org.
 25. Sadasivam, 1999.
 26. I. Askew, G. Fassihian et N. Maggwa, 1998. "Integrating STI and HIV/AIDS Services at MCH/Family Planning Clinics" dans *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, publié sous la direction de K. Miller et al., 1998. New York, The Population Council.
 27. Family Care International, 1998c. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: Zambia Country Report*. New York, Family Care International.
 28. Family Care International, 1998d. *Implementation of ICPD Commitment on Women's Reproductive and Sexual Health. Sri Lanka Country Report*. New York, Family Care International.
 29. Source : Hardee et al. 1998.
 30. J. Bruce, 1990. "Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
 31. A. J. Kols et J. E. Sherman, 1998. *Family Planning Programs: Improving Quality: Population Reports*. Series J. No 47. Baltimore (Maryland): Population Information Program, Johns Hopkins University.
 32. C. McFarlane et al., 1996. "The Quality of Jamaica Public Sector and NGO Family Planning Services: Perspectives of Providers and Clients". Rapport d'étude final; Ndhlovu, 1.1995. *Quality of Care in Family Planning Service Delivery in Kenya: Clients' and Providers' Perspectives*. Rapport final, Nairobi : Ministère de la santé et Conseil de la population; et P. Tavrow, D. Namate et N. Mpemba, 1995. "Qualité des soins : évaluation des attitudes des prestataires de planification familiale et des interactions clients-fournisseurs de soins au Malawi". Rapport non publié.
 33. Ashford et Makinson, 1999.
 34. E. Gorishti et J. Haffey, sans date. "We Want to Know Everything About It: Albanian Women Speak About Family Planning". Arlington (Virginie) : John Snow, Inc. SEATS II.
 35. Barnett et Stein, 1998.
 36. T. A. Mroz et al., 1999. "Quality, Accessibility and Contraceptive Use in Rural Tanzania". *Demography* 36(1): 23-40.
 37. S. Schuler et Z. Hossain, 1998. "Family Planning Clinics Through Women's Eyes and Voices: A Case Study from Rural Bangladesh". *International Family Planning Perspectives* 24(4): 171.
 38. N. Haberland et al., 1998. "Unutilized Capacity and Missed Opportunities in Family Planning Services" dans Miller et al., 1998.
 39. Z. A. Sathar et J. B. Casterline, 1998. "The Onset of Fertility Transition in Pakistan". *Population and Development Review* 24(4):773-796. New York, The Population Council.
 40. Haberland et al., 1998.
 41. Kols et Sherman, 1998.
 42. Ibid.
 43. P. F. Lynam, L. M. Rabinowitz et M. Shobowale, 1993. "Using Self-Assessment to Improve the Quality of Family Planning Clinic Services". *Studies in Family Planning* 24(4): 252-260.
 44. E. M. Murphy et C. Steele, 1997. "Client-Provider Interactions (CPI) In Family Planning Services", dans *Recommandations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, vol. 1, par le Groupe de travail Technical Guidelines/Competence Working Group, Agency for International Development des États-Unis, 1997. Chapel Hill (Caroline du Nord) : INTRAH.
 45. H. El Gebaly et al., 1998. "Egypt's Gold Star Program: Improving Care and Raising Expectations", dans Kols et Sherman, 1998, p. 20 et 21.
 46. A. P. McCauley et C. Salter, 1995. "Meeting the Needs of Young Adults", *Population Reports*. Series J. No 41. Baltimore (Maryland) : Population Information Program, Johns Hopkins University.
 47. On trouvera de précieux conseils pratiques et exemples concrets au sujet des communications dans le domaine de la santé en matière de reproduction dans l'ouvrage suivant : Phyllis Tilson Piotrow et al., 1997, *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*, Westport (Connecticut), Praeger Press (publié sous les auspices des Center for Communications Programs, Johns Hopkins School of Public Health).
 48. Buffington, S. de Castro, 1995. "A Framework for Establishing Integrated Reproductive Health Training". *Advances in Contraception* 11: 317-324.
 49. Kols et Sherman, 1998.
 50. M. Bianco, 1998. "Monitoring Implementation of the Cairo Programme of Action As A Women's Citizenship Practice in Five Latin American Countries", dans *Confounding the Critics: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, par HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability, 1998. New York, International Women's Health Coalition
 51. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 1997
 52. B. Barnett, 1997. "Gender Norms Affect Adolescents". *Network* 17(3): 10-13
 53. B. S. Mensch, J. Bruce et M. E. Greene, 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York, The Population Council.
 54. A. Ngwana et A. Akwi-Ogojo, 1996. *Adolescent Reproductive Health Rights in Sub-Saharan Africa*. Washington D C, Center for Development and Population Activities (CEDPA).
 55. Source : Barnett et Stein, 1998.
 56. B. Barnett, 1997. "Education Protects Health, Delays Sex" *Network* 17(3): 14-15, 18-20.
 57. E. Gorishti et J. Haffey, sans date. "We Want to Know Everything About It". Romanian Women Speak About Family Planning". Arlington (Virginie), John Snow Inc. SEATS II.
 58. Mc Cauley et Salter, 1995.
 59. J. Hughes et A. P. McCauley, 1998. "Improving the Fit: Adolescents' Needs and Future Programmes for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 29 (2), 238-239.
 60. Barnett et Stein, 1998; et Schuler et Hossain, 1998.
 61. Barnett et Stein, 1998.
 62. Par exemple, dans les républiques d'Asie centrale, le FNUAP et l'Organisation pour la coopération économique ont tenu une conférence sur l'intervention des hommes. Les pays participants ont élaboré un programme d'action visant à élargir le rôle des hommes dans les programmes de santé en matière de reproduction. OCE/FNUAP, Conférence sur le rôle des hommes dans les programmes de population et de santé en matière de reproduction, Bakou (Azerbaïdjan), 21-24 septembre 1998 (À paraître).
 63. I. Ndong et al., 1998. "Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services". *International Family Planning Perspectives*, 25 (Supplement): S53-S55.
 64. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 1998. *Refugees and Others of Concern to UNHCR: 1997 Statistical Overview*. Genève, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.
 65. Les ONG associées sont CARE International, l'International Rescue Committee, John Snow Inc., Marie Stopes International et le Women's Commission for Refugee Women and Children.
 66. FNUAP, 8 avril 1998. "Envoi de trousse de santé en matière de reproduction pour situation d'urgence, destinées aux réfugiés du Kosovo". Communiqué de presse. New York, FNUAP; et FNUAP, 9 avril 1998. "La vie des mères et des nouveau-nés en danger dans la crise du Kosovo". New York, FNUAP.
 67. FNUAP, 25 mai 1999. "Le rapport du FNUAP établit que des réfugiées du Kosovo ont été victimes de viols et d'enlèvements : des femmes veulent prendre la parole". New York, FNUAP.
 68. Voir le site Web du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés : www.unhcr.ch.

Chapitre 4

1. FNUAP, 1998. *La société civile et la population et le développement*. Document d'information destiné à la table ronde sur le partenariat avec la société civile dans l'application du Programme d'action de la CIPD, Dhaka (Bangladesh), 27-30 juillet 1998.
2. Au sens étroit, les ONG désignent les organisations habilitées par l'État à conclure des contrats ou à entrer dans toute autre forme d'association officielle avec les donateurs et/ou les organes de l'État. Les organisations dont l'activité et la gestion chevauchent avec celles de l'État et qui font fonction d'agent de l'État, comme les entreprises parapubliques, sont souvent considérées comme n'étant pas des ONG au sens habituel.
3. FNUAP, 1999a. *Partenariat avec la société civile pour appliquer le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York, FNUAP (Division des gestions techniques et des politiques).
4. On peut consulter les rapports de ces forums, qui n'ont pas constitué un processus intergouvernemental officiel, sur la section CIPD+5 du site Web du FNUAP (<http://www.unfpa.org>).
5. Le Sommet international sur le microcrédit (Washington, DC, 2-4 février 1997; site Web : microcreditsummit.org) et l'inclusion du microcrédit dans le programme de protection sociale de la Banque mondiale montrent que ce mécanisme est de plus en plus accepté.
6. Une intéressante discussion établit un contraste entre les approches adoptées par le projet Navrongo de santé communautaire et de planification familiale, dans le nord du Ghana, et le Consorcio Ramos Mujer, au Pérou. Le premier a été parfois critiqué (voir, par exemple, Sidney Ruth Schuler, 1999 : "Gender and Community Participation in Reproductive Health Projects: Contrasting Models from Peru and Ghana", Communication présentée à la réunion annuelle de la Population Association of America, New York, 25-27 mars 1999) parce qu'il est fondé sur une analyse démographique centrée sur les choix individuels des femmes dans un contexte patriarcal; les mêmes critiques applaudissent à l'approche de l'ONG péruvienne, qui est une association de femmes. Cependant, il est intéressant de noter que, malgré la diversité de leurs postulats de départ, les deux programmes ont commencé à converger au cours de leur exécution. Le projet ghanéen a facilité l'extension du rôle politique des femmes et de leur représentation dans les assemblées locales et s'est intéressé de plus en plus au contexte social des décisions prises par les femmes; les groupes de femmes péruviennes ont prêté plus d'attention aux débats sur l'opportunité de faire participer les hommes à leurs programmes d'action et à la manière de procéder à cet égard. Les enseignements acquis en suivant ces approches différentes confirment la sagesse de la CIPD, qui a reconnu l'impossibilité de considérer l'émancipation sous des aspects partiels, selon qu'elle se manifeste dans la vie procréatrice ou dans les autres domaines.
7. L. Sawalha, 1999. "Barriers of Silence: Reproductive Rights for Women in Jordan". *Développement : Santé et droits en matière de reproduction : Mettre Le Caire en action* 42(1): 41-46. Rome, Société internationale pour le développement.
8. Development Alternatives for Women for a New Era (DAWN), 1999. "Development Alternatives with Women for a New Era: Measuring Up Cairo", Christ Church (Barbade): Development Alternatives with Women for a New Era
9. J. Pitanguy, 1999. "Reproductive Rights are Human Rights", *Développement : Santé et droits en matière de reproduction : Mettre Le Caire en action* 42(1): 11-14. Rome : Société internationale pour le développement.
10. FNUAP, 1999b. *Rapport de la mission conduite sur le terrain par le FNUAP en 1998*. New York, FNUAP.
11. Leela Visaria, Shireen Jeebhoy et Tom Merrick, 1997. *From Family Planning to Reproductive Health: Challenges Facing India*. Communication présentée à la séance E07 sur le thème "Santé en matière de reproduction : Elaboration des politiques et implications pour les programmes", Union internationale pour l'étude scientifique de la population XXIII, Conférence générale sur la population, Beijing (Chine), 11-17 Octobre 1997.
12. Family Care International, 1998. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health*. (Rapport de pays du Pakistan). New York, Family Care International.
13. FNUAP, 1999c. *In Common Cause: Summary Report: Non-Governmental Organizations Advisory Committee to UNFPA Recommendations and UNFPA Policies and Programmes: 1995, 1996, 1997*. Rapport.
14. Ibid.
15. Ibid.

16. On entend par "crime d'honneur" le meurtre, commis parfois par des membres de la famille, de femmes soupçonnées d'avoir eu une activité sexuelle, ou l'ayant eue effectivement, en dehors des limites traditionnellement prescrites. Peuvent être frappées même des femmes déjà victimes de violences sexuelles. L'ostracisme social est une manifestation moins extrême, mais souvent sévère, de l'habitude de blâmer les victimes. De telles pratiques servent aussi à restreindre et contrôler la liberté de choix des femmes, même le choix d'un compagnon.
17. Family Care International, 1998.
18. FNUAP, 1999c.
19. Ibid.
20. Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN), 1999.
21. Réunion régionale des ONG d'Amérique latine et des Caraïbes hispanophones, 1998. *Évaluation régionale CIPD+5 par les ONG d'Amérique latine et des Caraïbes hispanophones*. Rapport établi pour le Forum des ONG CIPD+5, La Haye (Pays-Bas), 5-6 février 1999.
22. FNUAP, 1999c.
23. Ibid.
24. Ibid.
25. S. Bissell, 1999. "Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE): Finding the Middle Ground for Women's Reproductive Rights". *Développement : Santé et droits en matière de reproduction : Mettre Le Caire en action* 42(1) : 89-90. Rome : Société internationale pour le développement.
26. M. Bianco, 1998. "Monitoring Implementation of the Cairo Programme of Action As A Women's Citizenship Practice in Five Latin American Countries." Dans *Confounding the Critics : Cairo, Five Years on : Conference Report, Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, par HERA : Health, Empowerment, Rights and Accountability, 1998. New York : International Women's Health Coalition.
27. B. Sadasivam, 1999. *Risks, Rights and Reforms* : Enquête menée sur 50 pays pour évaluer l'action gouvernementale cinq après la Conférence internationale sur la population et le développement. New York, Women's Environment and Development Organization (WEDO).
28. Ibid.
29. FNUAP, 1999d. *Partenariat avec la société civile. Examen des progrès accomplis depuis la Conférence internationale sur la population et le développement*. Rapport établi par le Fonds des Nations Unies pour la population en vue du Forum des ONG sur CIPD+5. La Haye (Pays-Bas), 6-7 février 1999. Rapport technique No 46. New York, FNUAP.
30. S. Bissell, M. C. Mejia et P. Mercado, 1998. "Le Forum national des femmes et la politique de la population (Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población) : Partenariat ONG/Gouvernement pour la santé en matière de reproduction au Mexique". Dans HERA : Health, Empowerment, Rights and Accountability, 1998.
31. R. Abdullah, 1998. "Southeast Asia: Developing an Enabling Policy Environment for Building NGO-Government Relationships". Dans HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability, 1998.
32. Agence canadienne de développement international (ACDI), 1999. *CIDA's Policy on Gender Equality*. Hull (Québec).
33. Organisation de coopération et de développement économiques, 1999. *Atteindre les objectifs durant le XXIe siècle : Egalité des sexes et santé (DCD/DAC/WID[99]2)*, vol. 2. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
34. FNUAP, 1999c.
35. Voir le rapport du Center for Development and Population Activities, 1998. *Grassroots to Global Networks : Improving Women's Reproductive Health : ACCESS : Lessons Learned Conference*. Rapport d'une réunion, 18-19 juin 1998. Washington, D.C., Center for Development and Population Activities.
36. M. Xaba et al., 1998. "Transformation of Reproductive Health Services Project: South Africa: A Collaboration Between the Women's Health Project and Three Provincial Departments of Health and Welfare. Dans HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability, 1998.
37. Fédération internationale de planification familiale, 1999. *IPPF and Cairo+5 Bulletin*, No 8. Londres, Fédération internationale de planification familiale.
38. Forum des ONG et Forum de la jeunesse CIPD+5. *Rapport de La Haye (Pays-Bas), 6-7 février 1999*. Hilversum (Pays-Bas): World Population Foundation.
39. Organisation de coopération et de développement économiques, 1999.
40. Health Watch, 1998. "From Contraceptive Targets to Reproductive Health: India's Family Planning Programme after Cairo". Dans HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability, 1998. Ces statistiques figurent dans : FNUAP, 1999d.
41. FNUAP, 1999c.
42. Ibid.
43. On trouvera ces statistiques dans FNUAP, 1999d.
44. FNUAP, 1999c.
45. M. J. Alcalá, Division de l'Amérique latine et des Caraïbes, FNUAP, 1999. Communication personnelle.

Chapitre 5

1. *L'Initiative 20/20 : Réaliser l'accès universel aux services de santé de base pour le développement humain durable*. Décembre 1994. Note établie conjointement par le PNUD, l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS. New York, ONU. Elle comprenait 10 à 12 milliards de dollars de plus que le montant disponible pour la planification familiale vers 1990.
2. Les preuves figurent en abondance dans des textes et documents qui se sont multipliés au cours de la dernière décennie. L'importance qu'attachent maintenant les institutions financières internationales à la protection sociale et aux efforts d'allègement de la dette

confirment le fait. Le "développement à visage humain" cesse d'être un slogan pour prendre la forme d'une série de négociations pragmatiques et d'instruments.

3. Les montants estimatifs de dépenses par habitant ont été calculés par sous-région, puis ajustés de manière à embrasser la population entière des régions. Les données proviennent de 89 pays en développement, 18 pays donateurs, 5 institutions de prêt internationales, 11 fondations, 12 institutions ou organisations du système des Nations Unies, 77 ONG nationales et 21 universités/centres de recherche. Après compilation et analyse, les données figureront dans FNUAP, *Global Population Assistance Report, 1998*. New York, FNUAP.
4. Pour faire progresser ce processus, une réunion a été tenue à Hanoi en octobre 1998. Y ont assisté les représentants de 29 pays en développement, 19 pays donateurs, 11 ONG internationales et 13 organisations multilatérales de développement. Les participants ont adopté le "Consensus de Hanoi sur l'Initiative 20/20 : Accès universel aux services sociaux de base" et se sont accordés à reconnaître que la crise économique et financière actuelle souligne l'importance de l'Initiative 20/20 s'agissant de protéger l'accès aux services sociaux de base des groupes de population les plus vulnérables.
5. FNUAP, 1999. *Global Population Assistance Report, 1997*. New York, FNUAP.
6. Les évaluations relatives au montant des fonds publics affectés à la santé en matière de reproduction sont basées sur des questionnaires envoyés aux ministères compétents dans chaque pays. Quelques études de cas (citées dans : Barbara Janowitz, Diana Measham et Caroline West, 1999, *Issues in the Financing of Family Planning Services in Sub-Saharan Africa*. Research Triangle [Caroline du Nord], Family Health International) indiquent que cette méthode pourrait avoir pour effet de sous-estimer les totaux auxquels conduisent par ailleurs les observations faites sur le terrain et les interviews.
7. On trouvera une étude détaillée des difficultés rencontrées sur ce point dans : Ari Dekker, 1999, "Background Note on Measuring Resource Flows for Population Activities : Issues and Trends". Document de projet interne. La Haye (Pays-Bas), Institut démographique interdisciplinaire.
8. Les informations sur les redevances perçues pour la planification familiale et la vaccination, par exemple, sont évaluées dans les enquêtes démographiques et sanitaires (Demographic And Health Surveys) conduites sous les auspices de l'Agency for International Development des Etats-Unis. Mais, pour des raisons pratiques, on ne peut poser qu'un nombre limité de questions complémentaires dans une enquête déjà complexe et, en outre, les informations relatives à la source des services ne sont pas toujours communiquées très exactement.
9. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Ecole de santé publique de l'Université Harvard, 1999, *Level and Flow of National and International Resources for the Response to HIV/AIDS, 1996-1997* (UNAIDS/99.25E). Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
10. De nombreux analystes, dont McGreevey et al. (William McGreevey et al., 1999. *Value for Money in Reproductive Health : Issues and Options for Governments and Donors*. Washington, D.C.: Planning and Finance Group, The Futures Group International), ont souligné le montant irréaliste des coûts résultant d'une stratégie centrée sur les médicaments antirétroviraux, surtout dans les pays pauvres. Il faudra des ressources additionnelles pour les activités de prévention du sida non comprises dans l'ensemble "CIPD", dont le coût est déjà chiffré, notamment pour des programmes spécialisés d'information et d'éducation à l'intention des groupes de population à risque élevé, surtout dans les pays où la pandémie ne s'est pas encore généralisée.
11. On trouvera un exposé récent, à la fois réfléchi et stimulant, de ces questions dans : Jere R. Behrman et James C. Knowles, 1998, "Population and Reproductive Health : An Economic Framework for Policy Evaluation". *Population and Development Review* 24 (4): 697-738. New York, The Population Council.
12. Calculs basés sur les données figurant dans Shanti Conly, 1998, *Paying their Fair Share*. Washington, D.C., Population Action International. Cité dans Janowitz, Measham et West, 1999.
13. Alejandro N. Herrin et al., 1996, "National Family Planning Expenditures of the Philippines : Estimates for 1994". Manuscrit inédit.
14. Christopher Allison, 1998. Communication personnelle.
15. La participation du secteur privé a également été examinée dans : Rodolfo Bulatao, 1998, *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica (Californie), Rand Corporation. L'Initiative mondiale du FNUAP sur la gestion des articles relatifs à la santé en matière de reproduction (dont il est question dans le présent rapport) a conduit des réunions à ce sujet et présentera des communications. On trouvera dans Behrman et Knowles, 1998, un cadre théorique applicable à l'examen des décisions de financement concernant la santé en matière de reproduction.
16. Cet exposé repose en grande partie sur : Janowitz, Measham et West, 1999. Voir aussi : Behrman et Knowles, 1998; McGreevey et al., 1999; et T. Merrick (à paraître), "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings : Challenges and Opportunities". Washington, D.C., Banque mondiale. Site Web : <www.worldbank.org>
17. Les données les plus récentes actuellement disponibles portent sur la période 1990-1997.
18. Pour un examen plus approfondi de cette question, voir : FNUAP, 1997. *Etat de la population mondiale, 1997 : Le droit de choisir : Droits et santé en matière de reproduction*. New York, FNUAP.
19. Cet argument a été avancé dans une étude intelligente des stratégies de soins de santé primaires (Filmer, Deon, Jeffrey Hammer et Lant Pritchett, 1998, "Health Policy in Poor Countries : Weak Links in the Chain". Policy Research Working Paper No. 1874. Washington, D.C. : Banque mondiale, Groupe de recherche sur le développement).
20. Voir le travail de Julia Walsh, Malcolm Potts et leurs collègues du Bay Area International Health Group (par exemple, Sylvie Marceau, Julia Walsh, Elizabeth Townes et Tim Wade, "Can Consumers in Developing Countries Afford Contraceptives?" — Projet de communication).
21. On trouvera les détails de l'analyse économique dans : Behrman et Knowles, 1998.
22. Pour les détails, consulter : Pathak, Raj Laxmi et al., 1998. *Maternal Mortality and Morbidity Study*. Katmandou (Népal), Division de la santé familiale, Département des services de santé, Ministère de la santé du Gouvernement royal du Népal.
23. Voir Janowitz, Measham et West, 1999; Berman et Knowles, 1998; et McGreevey et al., 1999.

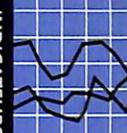
Suivi des objectifs CIPD – Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction				
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie H / F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire H / F	% en dernière année du primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) H / F	Connaissance de la contraception % connaissant méthode % connaissant source		Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque Méthode moderne	
Total Mondial	57	63,3 / 67,6								65	58	50
Régions développées (*)	9	71,1 / 78,7								31	70	51
Régions en développement (+)	63	61,8 / 65,0								71	55	50
Pays les moins avancés (#)	99	49,6 / 51,5								128		
Afrique (1)	87	50,0 / 52,8								119	20	16
Afrique orientale	101	44,4 / 46,4								132		
Burundi	119	41,0 / 43,8	1 300	55 / 46	76 / 78	8 / 5	48 / 67	70	62	55	9	1
Erythrée	91	49,3 / 52,4	1 400	59 / 48	73 / 67	24 / 17				119	5	4
Ethiopie	116	42,4 / 44,3	1 400	48 / 27	57 / 53	13 / 10	60 / 74	63		152	4	2
Kenya	66	51,1 / 53,0	650	85 / 85	60 / 62	26 / 22	14 / 31	96	88	95	33	28
Madagascar	83	56,0 / 59,0	660	92 / 91	49 / 33	16 / 16			45	137	17	5
Malawi	138	38,9 / 39,6	620	140 / 127	38 / 48	21 / 12	28 / 59	90	80	162	22	14
Maurice (2)	16	67,9 / 75,1	112	107 / 106	98 / 99	63 / 66	14 / 22	100		37	75	49
Mozambique	114	43,9 / 46,6	1 500	70 / 50	52 / 39	9 / 6	46 / 77			128	6	6
Ouganda	107	38,9 / 40,4	550	81 / 68	82 / 73	15 / 9	26 / 50	82	74	180	15	8
République-Unie de Tanzanie	82	46,8 / 49,1	530	67 / 66	81 / 85	6 / 5	20 / 41	74	66	125	18	13
Rwanda	124	39,4 / 41,7	1 300	83 / 80	58 / 60	12 / 9	31 / 48	98	86	56	21	13
Somalie	122	45,4 / 48,6								213		
Zambie	82	39,5 / 40,6	230	91 / 86	89 / 84	34 / 21	18 / 35	89	81	134	25	14
Zimbabwe	69	43,6 / 44,7	280	115 / 111	78 / 79	52 / 45	7 / 14	96	93	89	48	42
Afrique centrale (3)	95	48,6 / 51,7								196		
Angola	125	44,9 / 48,1	1 500	96 / 88		18 / 9				219		
Cameroun	74	53,4 / 56,0	550	93 / 84	64 / 69	32 / 22	23 / 39	72	54	140	16	4
Gabon	87	51,1 / 53,8	500		58 / 61					172		
République centrafricaine	98	42,9 / 46,9	700	69 / 45	39 / 32	15 / 6	46 / 73			142	15	3
République du Congo	90	46,3 / 50,8	890	120 / 109	40 / 78	62 / 45	17 / 33			141		
République dém. du Congo (4)	90	49,2 / 52,3		86 / 59	68 / 58	32 / 19				217	8	2
Tchad	112	45,7 / 48,7	900	76 / 39	62 / 53	15 / 4				185		
Afrique du Nord (5)	52	63,3 / 66,4								50		
Algérie	44	67,5 / 70,3	140	113 / 102	94 / 95	65 / 62	29 / 55	99		25	52	49
Egypte	51	64,7 / 67,9	170	107 / 94	95 / 93	80 / 70	37 / 62	100	93	65	47	46
Jamahiriya arabe libyenne	28	68,3 / 72,2	220	110 / 111		61 / 57	13 / 40			56	40	26
Maroc	51	64,8 / 68,5	372	97 / 74	79 / 77	44 / 34	42 / 70	99	94	50	50	42
Soudan	71	53,6 / 56,4	370	55 / 47	90 / 95	23 / 20	37 / 62	71	60	52	8	6
Tunisie	30	68,4 / 70,7		120 / 113	90 / 92	66 / 63	24 / 47	99	97	13	60	51
Afrique australe	62	51,5 / 57,5								71		
Afrique du Sud	59	51,5 / 58,1	230	133 / 129	72 / 79	87 / 102	16 / 18			68	50	49
Botswana	59	46,2 / 48,4	250	107 / 108	87 / 93	62 / 68	30 / 25	95	95	78	33	32
Lesotho	93	54,7 / 57,3	610	102 / 114	72 / 87	25 / 37	30 / 8	79		86	23	19
Namibie	65	51,8 / 53,0	220	130 / 132	80 / 84	56 / 66	20 / 23	89	78	105	29	26
Afrique de l'Ouest (6)	90	48,6 / 51,3								136		
Bénin	88	51,7 / 55,2	500	98 / 57	64 / 57	24 / 10	55 / 81	40		116	16	3
Burkina Faso	99	43,6 / 45,2	930	48 / 31	74 / 77	11 / 6	71 / 90	66	30	157	8	4
Côte d'Ivoire	87	46,2 / 47,3	600	82 / 61	77 / 71	33 / 16	51 / 70	26		133	11	5
Ghana	66	58,3 / 61,8	740	81 / 69	81 / 79	44 / 28	25 / 47	76	70	113	20	10
Guinée	124	46,0 / 47,0	880	62 / 33	85 / 68	18 / 6				193	2	1
Guinée-Bissau	130	43,5 / 46,5	910	79 / 45		10 / 4	53 / 84			190		
Libéria	116	46,1 / 48,5		51 / 28		31 / 13	38 / 72	72	48	213	6	5
Mali	118	52,0 / 54,6	580	55 / 35	87 / 82	13 / 7	60 / 75	42	30	181	7	5
Mauritanie	92	51,9 / 55,1	800	84 / 75	61 / 68	21 / 11	51 / 73	61		135	3	1
Niger	115	46,9 / 50,1	593	36 / 22	72 / 74	9 / 5	80 / 93	76	33	199	4	2
Nigéria	81	48,7 / 51,5	1 000	109 / 87		36 / 30	34 / 53	46	34	121	6	3
Sénégal	63	50,5 / 54,2	510	75 / 61	89 / 81	20 / 12	57 / 77	74	44	119	13	8
Sierra Leone	170	35,8 / 38,7	1 800	60 / 41		22 / 13		78		202		
Togo	84	47,6 / 50,1	640	140 / 99	74 / 58	40 / 15	34 / 65	94	81	120	12	3
Asie	57	64,8 / 67,9								57	60	56
Asie orientale (7)	38	68,8 / 73,4								5		
Chine	41	67,9 / 72,0	115	120 / 120	93 / 94	73 / 66	10 / 27			5	83	83
Hong Kong, Chine (8)	6	75,8 / 81,4	7	93 / 95	99 / 100	71 / 76	4 / 13	98		7	86	79
Japon	4	76,8 / 82,9	8	102 / 102	100 / 100	103 / 104				4	59	53
Mongolie	51	64,4 / 67,3	65	86 / 91		48 / 65				47	61	25
République de Corée	10	68,8 / 76,0	30	94 / 94	100 / 100	102 / 102	1 / 5	100	94	4	79	69
Rép. pop. dém. de Corée	22	68,9 / 75,1								2	62	53

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 H / F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire H / F	% en dernière année du primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) H / F	Connaissance de la contraception % connaissant méthode	% connaissant source	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthode moderne
Asie de Sud-Est	46	63,7 / 67,8								48		
Cambodge	103	51,5 / 55,0	900	119 / 100	56 / 42	36 / 21				14		
Indonésie	48	63,3 / 67,0	390	117 / 112	96 / 81	52 / 44	10 / 22	95	93	58	55	52
Malaisie	11	69,9 / 74,3	43	101 / 103	98 / 100	57 / 65	11 / 21	99	94	25	48	31
Myanmar	79	58,5 / 61,8	580	122 / 117		29 / 30	12 / 22			26	17	14
Philippines	36	66,5 / 70,2	208	109 / 110	75 / 75	77 / 78	6 / 6	97	93	43	40	25
République dém.pop.lao	93	52,0 / 54,5	650	123 / 101	55 / 51	35 / 23				104	19	15
Singapour	5	74,9 / 79,3	10	103 / 99	100 / 100	69 / 65	5 / 14	98	95	7	74	73
Thaïlande	29	65,8 / 72,0	200	98 / 96		57 / 56	4 / 8	100	99	70	74	72
Viet Nam	38	64,9 / 69,6	105	106 / 100		48 / 46	5 / 12	95		27	65	44
Asie de Sud	73	61,8 / 62,9								103		
Afghanistan	152	45,0 / 46,0		64 / 32	86 / 80	32 / 12	54 / 84	4		153	2	2
Bangladesh	79	58,1 / 58,2	850	77 / 66	18 / 26	25 / 13	51 / 74	100	98	115	49	41
Bhoutan	63	59,5 / 62,0			81 / 84					71	19	
Inde	72	62,3 / 62,9	437	109 / 90	62 / 55	59 / 39	35 / 62	95		112	41	37
Iran (République islamique d')	35	68,5 / 70,0	120	102 / 95	92 / 89	81 / 73	21 / 37	91		29	65	45
Népal	83	57,6 / 57,1	1 500	127 / 90	52 / 52	50 / 25	47 / 81	93	80	120	29	26
Pakistan	74	62,9 / 65,1	340	101 / 45		33 / 17	46 / 76	78	46	90	18	13
Sri Lanka	18	70,9 / 75,4	30	110 / 108	83 / 84	72 / 78	6 / 13	99	98	20	66	43
Asie occidentale (9)	51	65,9 / 70,2								57		
Arabie saoudite	23	69,9 / 73,4	18	77 / 75	87 / 92	65 / 57	20 / 41			113		
Emirats arabes unis	16	73,9 / 76,5		96 / 92	98 / 98	76 / 84	27 / 25			73	27	24
Iraq	95	60,9 / 63,9	310	92 / 78	84 / 84	51 / 33				45	14	11
Israël	8	75,7 / 79,7	7	96 / 96		89 / 87	3 / 7			19		
Jordanie	26	68,9 / 71,5	150		98 / 99		10 / 20	100	95	43	35	27
Koweït	12	74,1 / 78,2	18	76 / 74		65 / 65	18 / 24			34	35	32
Liban	29	68,1 / 71,7	300	113 / 108		78 / 85	10 / 23	91		26	53	18
Oman	25	68,9 / 73,3		80 / 76	96 / 96	68 / 65	25 / 49			80	22	19
Republique arabe syrienne	33	66,7 / 71,2	179	106 / 96	93 / 94	45 / 40	15 / 46	78		44	36	28
Turquie (10)	45	66,5 / 71,7	180	107 / 102	92 / 93	67 / 45	8 / 28	99	95	44	63	35
Yémen	80	57,4 / 58,4	1 400	100 / 40		53 / 14	38 / 82	60	27	102	13	10
Europe	12	69,2 / 77,4								25	72	46
Europa orientale	18	63,3 / 73,9								38		
Bulgarie	17	67,6 / 74,7	20	100 / 98	91 / 90	77 / 77	1 / 3			49	76	7
Hongrie	10	66,8 / 74,9	14	104 / 102	98 / 98	96 / 99	1 / 1			28	73	59
Pologne	15	68,2 / 76,9	10	97 / 96		98 / 97	0 / 0			23	75	26
République tchèque	6	70,3 / 77,4	7	105 / 103		97 / 100				23	69	45
Roumanie	23	66,2 / 73,9	41	104 / 103		79 / 78	1 / 4			36	57	14
Slovaquie	11	69,2 / 76,7	8	102 / 102		92 / 96				32	74	42
Europe septentrionale (11)	8	73,5 / 79,5								24		
Danemark	7	73,0 / 78,3	9	102 / 101	100 / 99	120 / 123				9	78	71
Estonie	19	63,0 / 74,5	52	95 / 93	96 / 97	100 / 108				38	70	56
Finlande	6	73,0 / 80,6	11	99 / 99	100 / 100	107 / 125				10	80	77
Irlande	7	73,6 / 79,2	10	104 / 104	100 / 100	112 / 120				19		
Lettonie	18	62,5 / 74,4	15	98 / 93		82 / 85	0 / 1			27	48	39
Lituanie	21	64,3 / 75,6	13	100 / 96		85 / 88	1 / 1			37	59	20
Norvège	5	75,2 / 81,1	6	99 / 99	100 / 100	119 / 113				13	74	69
Royaume-Uni	7	74,5 / 79,8	9	114 / 116		123 / 144				29	82	78
Suede	5	76,3 / 80,8	7	105 / 107	98 / 97	126 / 148				7	78	71
Europe méridionale (12)	10	73,7 / 80,1								14		
Albanie	30	69,9 / 75,9	28	106 / 108	81 / 83	37 / 38				34		
Bosnie-Herzégovine	15	70,5 / 75,9								28		
Croatie	10	68,8 / 76,5	12	88 / 87		81 / 83	1 / 4			19		
Espagne	7	74,5 / 81,5	7	110 / 108	98 / 99	116 / 128	2 / 4			8	59	37
Grèce	8	75,6 / 80,7	10	94 / 94	99 / 100	95 / 96	2 / 6			13		
Italie	7	75,0 / 81,2	12	101 / 100	100 / 100	94 / 94	1 / 2			7	78	32
Macédonie (ex-Rép.youg.de Macédonie)	23	70,9 / 75,3	22	100 / 98	95 / 95	64 / 62				42		
Portugal	9	71,8 / 78,9	15	131 / 125		102 / 111	7 / 13			20	66	32
Slovenie	7	70,6 / 78,2	5	98 / 98		90 / 93	0 / 1			17		
Yougoslavie	18	70,2 / 75,5	12	69 / 70		60 / 64				39	55	12

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 H / F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire H / F	% en dernière année du primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) H / F	Connaissance de la contraception % connaissant méthode % connaissant source		Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque Méthode moderne	
Europe occidentale (13)	6	74,1 / 80,8								10		
Allemagne	5	73,9 / 80,2	22	102 / 102		105 / 103				11	75	72
Autriche	6	73,7 / 80,2	10	101 / 101		106 / 102				18	71	56
Belgique	7	73,8 / 80,6	10	103 / 102		141 / 152				11	79	75
France	6	74,2 / 82,0	15	107 / 105		112 / 111				9	75	70
Pays-Bas	6	75,0 / 80,7	12	108 / 106	93 / 96	141 / 134				4	79	76
Suisse	6	75,4 / 81,8	6							4	71	65
Amérique latine et Caraïbes	36	66,1 / 72,6								76	66	57
Caraïbes (14)	36	66,3 / 71,0								74		
Cuba	9	74,2 / 78,0	36	108 / 104		76 / 85	4 / 4	100		65	70	68
Haiti	68	51,4 / 56,2	600	49 / 46	47 / 46	21 / 20	53 / 59	81	66	70	18	13
Jamaïque	22	72,9 / 76,8	120	100 / 99	93 / 98	63 / 67	20 / 11	99		91	62	58
Porto-Rico	12	69,4 / 78,5					7 / 7			70	64	57
République dominicaine	34	69,0 / 73,1	110	103 / 104		34 / 47	18 / 19	100	96	89	64	60
Trinité-et-Tobago	15	71,5 / 76,2	90	99 / 98	98 / 99	72 / 75	2 / 3	97	96	40	53	45
Amérique centrale	33	68,4 / 74,0								81		
Belize	29	73,4 / 76,1		123 / 119	70 / 71	47 / 52		95		99	47	42
Costa Rica	12	74,3 / 78,9	55	104 / 103	86 / 89	45 / 50	5 / 5	100	99	85	75	65
El Salvador	32	66,5 / 72,5	300	93 / 92	76 / 77	32 / 36	21 / 27	98		95	53	48
Guatemala	46	61,4 / 67,2	190	94 / 82	52 / 47	27 / 25	27 / 43	70	64	119	31	26
Honduras	35	67,5 / 72,3	220	110 / 112	45 / 51	29 / 37	30 / 31	95		115	50	41
Mexique	31	69,5 / 75,5	110	116 / 113	85 / 86	61 / 61	8 / 13	91	72	70	67	58
Nicaragua	43	65,8 / 70,6	160	101 / 104	52 / 57	41 / 47	37 / 37	97		152	49	45
Panama	21	71,8 / 76,4	55	108 / 104	80 / 84	61 / 65	9 / 10	95		82	58	54
Amérique du Sud (15)	37	65,3 / 72,3								73		
Argentine	22	69,7 / 76,8	100	114 / 113		73 / 81	4 / 4			65		
Bolivie	66	59,8 / 63,2	370	99 / 90	63 / 58	40 / 34	10 / 25	73	66	79	45	17
Brésil	42	63,1 / 71,0	160	107 / 98		31 / 36	17 / 17	100	95	72	77	71
Chili	13	72,3 / 78,3	180	103 / 100	100 / 100	72 / 78	5 / 5			49		
Colombie	30	67,3 / 74,3	100	113 / 112	70 / 76	65 / 69	10 / 10	98	94	88	72	59
Equateur	46	67,3 / 72,5	150	123 / 122	84 / 86	50 / 50	8 / 12	89	88	72	57	46
Paraguay	39	67,5 / 72,0	190	113 / 110	70 / 73	42 / 45	7 / 10	98	90	76	56	41
Pérou	45	65,9 / 70,9	280	125 / 121	78 / 74	72 / 67	7 / 17	96	89	58	64	41
Uruguay	18	70,5 / 78,0	85	109 / 108	97 / 99	75 / 90	3 / 2			70		
Venezuela	21	70,0 / 75,7	200	90 / 93	86 / 92	33 / 46	8 / 9	98	68	98	49	37
Amérique du Nord (16)	7	73,6 / 80,2								56	71	68
Canada	6	76,1 / 81,8	6	103 / 101		105 / 105				23	75	74
Etats-Unis d'Amérique	7	73,4 / 80,1	12	103 / 101		98 / 97				59	71	67
Océanie	24	71,4 / 76,3								28	29	22
Australie-Nouvelle-Zélande	6	75,2 / 80,9								22	76	72
Australie (17)	6	75,5 / 81,1	9	101 / 101		149 / 148				20	76	72
Mélanésie (18)	53	59,9 / 62,2								34		
Nouvelle-Calédonie	11	69,2 / 76,3		127 / 123	96 / 94	80 / 88				55		
Nouvelle-Zélande	7	74,1 / 79,7	25	99 / 99	99 / 99	111 / 117				34	75	72
Papouasie-Nouvelle-Guinée	61	57,2 / 58,7	930	87 / 74	72 / 74	17 / 11				24	26	20
Vanuatu	39	65,5 / 69,5		101 / 94	90 / 91	23 / 18				74		
Pays en transition (ex-URSS) (19)												
Arménie	26	67,2 / 73,6	21	87 / 91		100 / 79				41		
Azerbaïdjan	36	65,5 / 74,1	44	108 / 105		73 / 81				17		
Bélarus	23	62,2 / 73,9	22	100 / 96		91 / 95	0 / 2			36	50	42
Fédération de Russie	18	60,6 / 72,8	53	108 / 107		84 / 91	0 / 2			45		
Géorgie	20	68,5 / 76,8	19	89 / 88		78 / 76				47		
Kazakhstan	35	62,8 / 72,5	53	97 / 98		82 / 91				54	59	46
Kirghizistan	40	63,3 / 71,9	32	106 / 103		75 / 83				40		
Ouzbékistan	44	64,3 / 70,7	24	79 / 77		100 / 88				35	56	52
République de Moldova	29	63,5 / 71,5	33	98 / 97		79 / 82	1 / 3			32	74	50
Tadjikistan	57	64,2 / 70,2	74	97 / 94		83 / 74	1 / 2			35		
Turkménistan	55	61,9 / 68,9	44							20		
Ukraine	19	63,8 / 73,7	30	87 / 87		88 / 95				36		

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (1999)	Population prévue (millions) (2025)	Taux moyen de croissance démographique (1995-2000)	% population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Population/ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (PPA en \$ É U) (1995)	% des dépenses du gouvernement central		Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$ É U)	Mortalité enfants moins de 5 ans H / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
									Education	Santé					
Total Mondial	5 978,4	7 823,7	1,3	45	2,5		2,71	58				(1 646 074)	80 / 80		
Régions développées (*)	1 185,2	1 214,9	0,3	75	0,7		1,57	99					13 / 10		
Régions en développement (+)	4 793,2	6 608,8	1,6	38	3,3		3,00	53					87 / 88		
Pays les moins avancés (‡)	629,6	1 092,6	2,4	22	5,2		5,05						160 / 151		
Afrique (1)	766,6	1 298,3	2,4	34	4,3		5,06	42				464 557²⁰	146 / 133		
Afrique orientale	240,9	426,2	2,6	22	5,3		5,79	34					169 / 154		
Burundi	6,6	11,6	1,7	8	6,4	5,1	6,28	24	620	19,2		5 530	189 / 168		58
Erythrée	3,7	6,7	3,8	17	4,7	5,0	5,70	21	1 040	18,7		4 459	154 / 137		7
Ethiopie	61,1	115,4	2,5	13	5,1	4,1	6,30	8	500	20,0	8,0	29 130	193 / 174	284	26
Kenya	29,5	41,8	2,0	28	5,6	4,7	4,45	45	1 160	76,6	18,0	29 270	107 / 101	476	45
Madagascar	15,5	29,0	3,0	27	5,6	3,8	5,40	57	900	17,1		11 162	123 / 110		16
Malawi	10,6	20,0	2,4	14	4,6	4,6	6,75	55	700	38,5		22 695	223 / 217		60
Maurice (2)	1,2	1,4	0,8	41	1,6	1,4	1,91	97	9 230	396,9	172,0	324	22 / 13		100
Mozambique	19,3	30,6	2,5	34	7,1	4,3	6,25	44	690			22 207	193 / 173	481	24
Ouganda	21,1	44,4	2,8	13	5,4	2,4	7,10	38	1 160	30,2	16,2	31 133	181 / 164		42
République-Unie de Tanzanie	32,8	57,9	2,3	24	5,7	6,2	5,48	38	620			35 037	138 / 123	453	49
Rwanda	7,2	12,4	7,7	6	4,7	4,3	6,20	26	650			5 586	213 / 191		
Somalie	9,7	21,2	4,2	26	4,7	7,0	7,25	2				2 906	212 / 195		
Zambie	9,0	15,6	2,3	43	3,3	1,1	5,55	47	910	20,0	24,6	19 954	149 / 144	628	53
Zimbabwe	11,5	15,1	1,4	32	4,4	2,3	3,80	69	2 240	185,9	47,9	23 301	123 / 111	929	77
Afrique centrale (3)	93,2	184,7	2,7	33	4,5		6,17	42					158 / 139		
Angola	12,5	25,1	3,2	32	5,6	2,3	6,80	17	820						32
Cameroun	14,7	26,5	2,7	45	4,7	1,1	5,30	58	1 770	51,3	17,5	5 443	217 / 199	532	41
Gabon	1,2	2,0	2,6	50	4,2	1,0	5,40	80	6 560	183,7		6 647	120 / 109	369	67
République centrafricaine	3,6	5,7	1,9	39	3,5	1,3	4,90	46	1 310			677	143 / 127	1 403	23
République du Congo	2,9	5,7	2,8	59	4,2	6,9	6,06	50	1 290	80,0	42,1	2 546	172 / 141		
République dém. du Congo (4)	50,3	104,8	2,6	29	4,3	3,9	6,43	760				1 021	147 / 116	457	
Tchad	7,5	13,9	2,6	21	4,1	1,6	6,07	15	950	22,8	31,9	4 024	184 / 164	305	24
Afrique du Nord (5)	170,0	249,1	2,0	46	3,1		3,58	64				80 806²¹	73 / 67		
Algérie	30,8	46,6	2,3	56	3,5	0,9	3,81	77	4 250	216,8	152,1	1 354	57 / 45	842	
Egypte	67,2	95,6	1,9	45	2,6	7,6	3,40	46	3 080	147,8	45,9	36 154	65 / 64	638	84
Jamahiriya arabe libyenne	5,5	8,6	2,4	86	3,9	0,2	3,80	94				11	32 / 31	2 935	95
Maroc	27,9	38,7	1,8	48	2,9	1,1	3,10	40	3 210	170,1	41,2	31 766	74 / 62	329	57
Soudan	28,9	46,3	2,1	25	4,7	1,4	4,61	86	1 370			3 931	115 / 108	397	60
Tunisie	9,5	12,8	1,4	57	2,6	0,5	2,55	81	5 050	338,4	133,9	3 751	38 / 36	735	90
Afrique australe	46,3	55,9	1,6	48	3,3		3,43	79					102 / 82		
Afrique du Sud	39,9	46,0	1,5	51	3,0	0,4	3,25	82	7 190	568,0	246,6	20 540	98 / 76	2 482	59
Botswana	1,6	2,2	1,9	28	6,3	1,9	4,35	77	7 430	772,7		2 505	112 / 101		70
Lesotho	2,1	3,5	2,2	23	5,8	2,5	4,75	50	2 490	174,3		1 050	132 / 127		62
Namibie	1,7	2,3	2,2	37	5,3	1,0	4,90	68	5 100	464,1	171,2	2 265	125 / 119		60
Afrique de l'Ouest (6)	216,3	382,5	2,5	37	4,9		5,47	35					162 / 149		
Bénin	5,9	11,1	2,7	31	4,6	1,7	5,80	60	1 260	40,3		5 808	142 / 124	341	72
Burkina Faso	11,6	23,3	2,7	27	8,9	2,9	6,57	41	1 000	15,0	29,2	9 133	176 / 166		
Côte d'Ivoire	14,5	23,3	1,8	44	4,7	1,0	5,10	45	1 690	84,5	23,2	8 279	144 / 129	382	72
Ghana	19,7	36,9	2,7	36	4,4	2,3	5,15	44	1 610		30,3	16 050	107 / 95	380	65
Guinée	7,4	12,5	0,8	30	5,5	7,2	5,51	31	1 790			10 443	207 / 208		55
Guinée-Bissau	1,2	1,9	2,2	22	4,6	2,7	5,75	25				1 802	214 / 192		53
Libéria	2,9	6,6	8,2	45	4,5	4,8	6,31	58				934	184 / 163		
Mali	11,0	21,3	2,4	27	5,4	2,0	6,60	24	720	15,8	9,5	12 779	244 / 227		48
Mauritanie	2,6	4,8	2,7	54	4,3	2,5	5,50	40	1 650	84,2	24,9	1 045	155 / 142		64
Niger	10,4	21,5	3,2	17	5,8	1,7	6,84	15	830			6 473	198 / 181		48
Nigéria	108,9	183,0	2,4	39	4,8	1,3	5,15	31	860	7,7	2,4	18 678	154 / 140	722	50
Sénégal	9,2	16,7	2,6	42	4,0	2,8	5,57	47	1 690	59,2		9 571	117 / 112	302	50
Sierra Leone	4,7	8,1	3,0	36	4,4	5,1	6,06	25	410			400	277 / 248		34
Togo	4,5	8,5	2,6	31	4,8	1,1	6,05	32	1 460	68,6	24,6	2 073	137 / 120		55
Asie	3 634,3	4 723,1	1,4	35	3,2		2,60	54				371 539	71 / 77		
Asie orientale (7)	1 473,4	1 695,4	0,9	37	2,9		1,77	86					39 / 50		
Chine	1 266,8	1 480,4	0,9	30	3,6	6,3	1,80	85	3 070	70,6	49,1	4 701	43 / 54	902	83
Hong Kong, Chine (8)	6,8	7,7	2,1	95	0,5	5,1	1,32	100	24 350	706,2	525,5	19	8 / 6	1 931	
Japon	126,5	121,2	0,2	78	0,4	1,5	1,43	100	24 400	878,4	1 284,9	(93 760) ²²	6 / 5	4 058	96
Mongolie	2,6	3,7	1,7	61	2,9	0,5	2,60	99	1 490	95,4	74,7	971	72 / 75		54
République de Corée	46,5	52,5	0,8	81	2,1	2,6	1,65	95	13 430	496,9	299,6	119	13 / 13	3 576	83
Rép. pop. dém. de Corée	23,7	29,4	1,6	61	2,3	3,7	2,05	100				2 337	27 / 25	1 063	100

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (1999)	Population prévue (millions) (2025)	Taux moyen de croissance démographique (1995-2000)	% population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Population/ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (PPA en \$ É U) (1995)	% des dépenses du gouvernement central		Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$ É U)	Mortalité enfants moins de 5 ans H / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
									Education	Santé					
Asie du Sud-Est	511,1	683,5	1,5	34	3,7		2,69	54					66 / 57		
Cambodge	10,9	16,5	2,3	21	5,6	1,9	4,60	31	1 290	37,4		19 756	141 / 127		13
Indonésie	209,3	273,4	1,4	35	4,1	3,0	2,58	36	3 390	47,5	20,0	32 553	69 / 56	672	65
Malaisie	21,8	31,0	2,0	54	3,4	0,6	3,18	98	7 730	402,0	150,4	843	16 / 13	1 950	89
Myanmar	45,1	58,1	1,2	26	3,7	3,2	2,40	57				884	121 / 104	294	60
Philippines	74,5	108,3	2,1	54	3,7	3,0	3,62	53	3 670	80,7	37,7	48 602	49 / 38	528	83
République dém.pop.lao	5,3	9,7	2,6	22	5,7	4,6	5,75	30	1 300	32,5	15,0	3 409	154 / 146		51
Singapour	3,5	4,2	1,4	100	0,8	7,0	1,68	100	29 230	876,9	364,4	8	6 / 6	7 835	100
Thaïlande	60,9	72,7	0,9	20	2,8	1,5	1,74	71	6 490	266,1	116,9	10 181	37 / 33	1 333	89
Viet Nam	78,7	108,0	1,6	21	3,5	7,7	2,60	79	1 590	41,3	13,7	17 113	54 / 57	448	47
Asie du Sud	1 465,8	2 049,9	1,8	29	3,4		3,36	34					91 / 101		
Afghanistan	21,9	44,9	2,9	20	7,7	1,8	6,90	8				1 060	257 / 257		
Bangladesh	126,9	178,8	1,7	18	5,2	8,1	3,11	8	1 090	31,6	11,3	93 492	106 / 116	197	84
Bhoutan	2,1	3,9	2,8	6	6,3	11,3	5,50	12				1 076	98 / 94		
Inde	998,1	1 330,4	1,6	27	3,0	3,2	3,13	35	1 660	56,4	8,8	46 228	82 / 97	476	85
Iran (République islamique d')	66,8	94,5	1,7	59	3,0	1,1	2,80	74	5 690	227,6	85,0	1 791	52 / 51	1 491	90
Népal	23,4	38,0	2,4	14	6,5	6,9	4,45	9	1 090	30,5	12,6	17 323	110 / 124	320	59
Pakistan	152,3	263,0	2,8	35	4,6	3,4	5,03	18	1 580	47,4	10,7	16 722	108 / 104	446	62
Sri Lanka	18,6	23,5	1,0	22	2,8	4,6	2,10	94	2 460	83,6	28,8	2 186	22 / 20	371	70
Asie occidentale (9)	184,0	294,3	2,2	66	3,4		3,77	74				34 462²¹	69 / 61		
Arabie saoudite	20,9	40,0	3,4	80	3,9	0,6	5,80	90	10 540	579,7	176,9		31 / 24	4 753	93
Emirats arabes unis	2,4	3,3	2,0	84	2,5	1,8	3,42	99			316,0		21 / 17	13 155	98
Iraq	22,5	41,0	2,8	75	3,7	0,4	5,25	54				481	119 / 114	1 174	77
Israël	6,1	8,3	2,2	91	1,6	0,4	2,68	99	17 680	1 273,0	325,5	28	11 / 9	2 843	99
Jordanie	6,5	12,1	3,0	71	4,1	1,4	4,86	97	3 350	244,6	121,8	7 897	32 / 31	1 040	98
Koweït	1,9	3,0	3,1	97	3,4	3,4	2,89	98				304	16 / 14	8 167	100
Liban	3,2	4,4	1,7	87	2,3	0,5	2,69	89	6 090	152,3		608	39 / 31	1 164	94
Oman	2,5	5,4	3,3	13	7,4	14,4	5,85	91				352	35 / 24	2 231	88
République arabe syrienne	15,7	26,3	2,5	52	4,3	0,8	4,00	77	3 000	126,0		2 678	47 / 33	1 002	88
Turquie (10)	65,5	87,9	1,7	69	3,5	0,8	2,50	76	6 470	142,3	161,4	7 205	67 / 52	1 045	
Yémen	17,5	39,0	3,7	34	5,9	5,5	7,60	43	720	46,8	4,1	10 528	112 / 114	187	39
Europe	728,9	702,3	0,0	74	0,5		1,42	99					16 / 12		
Europe orientale	307,6	287,5	-0,2	70	0,5		1,36	99				22 533^{21,22}	25 / 18		
Bulgarie	8,3	7,0	-0,7	71	0,3	0,2	1,23	100	3 870	127,7	205,1	362	23 / 16	2 705	
Hongrie	10,1	8,9	-0,4	65	0,4	0,3	1,37	99	6 970	327,6	317,2	78	13 / 10	2 499	
Pologne	38,7	39,1	0,1	65	0,9	0,6	1,53	99	6 510	338,5	276,3	226	18 / 14	2 807	
République tchèque	10,3	9,5	-0,2	65	0,4	0,3	1,19	99	10 380	560,5	741,3	3	9 / 7	3 917	
Roumanie	22,4	19,9	-0,4	55	0,6	0,4	1,17	99	4 270	153,7		2 740	39 / 26	2 027	62
Slovaquie	5,4	5,4	0,1	59	1,2	0,3	1,39	95	7 860	385,1			14 / 12	3 266	
Europe septentrionale (11)	94,3	95,9	0,2	84	0,4		1,69	99					10 / 8		
Danemark	5,3	5,2	0,3	85	0,2	0,1	1,72	100	23 450	1 922,9	1 176,2	(46 990)	10 / 7	4 346	
Estonie	1,4	1,1	-1,2	73	-0,1	0,2	1,29	95	5 090	371,6			33 / 17	3 834	
Finlandie	5,2	5,3	0,3	63	1,0	0,1	1,73	100	19 660	1 494,2	1 085,1	(17 335)	7 / 6	6 143	98
Irlande	3,7	4,4	0,7	58	0,8	0,3	1,90	99	17 420	1 010,4	998,1		9 / 7	3 293	
Lettonie	2,4	1,9	-1,5	73	-0,2	0,2	1,25	98	3 970	258,1		768	31 / 18	1 674	
Lituanie	3,7	3,4	-0,3	72	0,7	0,2	1,43	95	4 140	231,8		24	29 / 18	2 414	
Norvège	4,4	4,8	0,5	73	0,7	0,3	1,85	100	24 260	1 819,5	1 515,2	(54 296)	7 / 6	5 284	100
Royaume-Uni	58,7	60,0	0,2	89	0,4	0,2	1,72	98	20 710	1 118,3	1 171,5	(117 431)	9 / 8	3 992	100
Suède	8,9	9,1	0,3	83	0,5	0,1	1,57	100	19 010	1 577,8	1 415,8	(53 177)	7 / 6	5 944	
Europe méridionale (12)	144,1	135,0	0,1	65	0,6		1,31	98					13 / 11		
Albanie	3,1	3,8	-0,4	37	2,2	2,5	2,50	99	2 170	67,3		1 426	46 / 39	362	76
Bosnie-Herzégovine	3,8	4,3	3,0	49	6,1	0,4	1,35	97				635	19 / 15	777	
Croatie	4,5	4,2	-0,1	64	0,9	0,4	1,56		4 930	261,3	346,1	116	14 / 11	1 418	63
Espagne	39,6	36,7	0,0	76	0,4	0,2	1,15	96	15 690	768,8	903,1	(7 438)	9 / 7	2 583	
Grèce	10,6	9,9	0,3	65	1,0	0,4	1,28	99	12 540	376,2	630,9		9 / 8	2 328	
Italie	57,3	51,3	0,0	67	0,2	0,3	1,20	100	20 100	944,7	1 111,4	(2 203)	9 / 8	2 808	
Macédonie (ex-Rép.youg. de Macédonie)	2,0	2,3	0,6	60	1,5	0,5	2,06	93	3 180	178,1			27 / 24		
Portugal	9,9	9,3	0,0	36	1,4	0,6	1,37	98	14 180	779,9	668,2	(414)	12 / 10	1 928	82
Slovénie	2,0	1,8	-0,1	64	1,2	0,2	1,26	100	11 880	689,0			9 / 8	3 098	98
Yougoslavie	10,6	10,8	0,1	57	0,9	0,6	1,84					18	28 / 23	1 364	

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (millions) (1999)	Population prévue (millions) (2025)	Taux moyen de croissance démographique (1995-2000)	% population urbaine (1995)	Taux de croissance urbaine (1995-2000)	Population/ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (PPA en \$ U) (1995)	% des dépenses du gouvernement central		Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$ U)	Mortalité enfants moins de 5 ans H / F	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
										Education	Santé				
Europe occidentale (13)	183,0	183,9	0,3	81	0,4		1,48	100					8 / 6		
Allemagne	82,2	80,2	0,1	87	0,3	0,2	1,30	100	21 170	1 016,2	1 730,2	(122 462) ²⁵	7 / 6	4 267	
Autriche	8,2	8,2	0,5	56	0,7	0,3	1,41	100	22 010	1 232,6	1 256,5	(577)	8 / 7	3 373	
Belgique	10,2	9,9	0,1	97	0,3	0,3 ²⁴	1,55	100	23 090	738,9	1 530,7	(9 814)	9 / 7	5 552	
France	58,9	61,7	0,4	73	0,5	0,1	1,71	99	22 210	1 354,8	1 636,8	(16 500)	8 / 7	4 355	100
Pays-Bas	15,7	15,8	0,4	89	0,6	0,6	1,50	100	21 300	1 107,6	1 285,6	(146 428)	9 / 7	4 885	99
Suisse	7,3	7,6	0,7	61	1,3	1,2	1,47	99	26 580	1 408,7	1 766,1	(16 626)	10 / 7	3 622	100
Amérique latine et Caraïbes	511,3	696,7	1,6	74	2,3		2,70	80				210,449	49 / 39		
Caraïbes (14)	37,7	47,3	1,1	62	2,0		2,55	72					57 / 48		
Cuba	11,2	11,8	0,4	76	1,2	0,4	1,55	99				935	13 / 10	1 448	91
Haïti	8,1	12,0	1,7	32	4,1	5,2	4,38	20	1 260		15,1	16 296	112 / 97	268	39
Jamaïque	2,6	3,2	0,9	54	1,7	2,3	2,50	92	3 330	246,4	89,9	5 088	28 / 25	1 465	93
Porto-Rico	3,8	4,5	0,8	73	1,4	2,4	2,11	99					15 / 13		97
République dominicaine	8,4	11,2	1,7	65	2,7	0,9	2,80	96	4 690	93,8	71,4	6 789	51 / 41	652	73
Trinité-et-Tobago	1,3	1,5	0,5	72	1,8	1,0	1,65	98	6 460	239,0	129,3	59	19 / 12	6 081	96
Amérique centrale	132,8	188,5	1,9	68	2,6		3,05	70					45 / 38		
Belize	0,2	0,4	2,4	47	2,6	0,8	3,66	79	4 080			79	37 / 37		
Costa Rica	3,9	5,9	2,5	50	3,2	1,5	2,83	97	6 510	345,0	398,3	748	16 / 13	657	100
El Salvador	6,2	9,1	2,0	45	2,9	2,4	3,17	87	2 860	62,9	63,1	5 872	45 / 37	700	53
Guatemala	11,1	19,8	2,6	41	4,1	3,0	4,93	35	4 060	69,0	58,7	5 568	65 / 57	510	67
Honduras	6,3	10,7	2,8	44	4,3	1,1	4,30	55	2 260	81,4	52,7	7 422	54 / 43	503	77
Mexique	97,4	130,2	1,6	75	2,4	0,9	2,75	75	8 110	397,4	216,5	23 326	41 / 34	1 525	95
Nicaragua	4,9	8,7	2,7	63	4,0	0,4	4,42	61	1 820	67,3	106,1	11 529	64 / 53	525	62
Panama	2,8	3,8	1,6	53	2,4	1,0	2,63	84	6 890	316,9	320,3	388	29 / 26	853	84
Amérique du Sud (15)	340,8	460,9	1,5	78	2,2		2,58	86					50 / 39		
Argentine	36,6	47,2	1,3	88	1,5	0,1	2,62	97	10 100	353,5	413,9	1 652	28 / 22	1 673	65
Bolivie	8,1	13,1	2,3	61	3,8	1,5	4,36	46	2 810	157,4	112,4	21 718	92 / 83	479	70
Bésil	168,0	217,9	1,3	78	2,3	0,5	2,27	88	6 350	349,3	105,8	20 919	54 / 41	1 012	69
Chili	15,0	19,5	1,4	84	1,6	0,6	2,44	99	12 240	379,4	300,3	4 760	17 / 13	1 419	91
Colombie	41,6	59,8	1,9	73	2,2	1,9	2,80	85	6 570	289,1	189,4	2 573	43 / 35	799	75
Equateur	12,4	17,8	2,0	58	3,1	1,2	3,10	64	4 700	164,5	99,7	5 446	66 / 54	731	55
Paraguay	5,4	9,4	2,6	53	3,8	0,9	4,17	61	3 860	150,5	62,1	1 994	54 / 43	865	39
Pérou	25,2	35,5	1,7	72	2,5	1,8	2,98	56	4 580	132,8	93,2	29 755	71 / 58	582	66
Uruguay	3,3	3,9	0,7	90	0,8	0,3	2,40	96	9 110	300,6	138,4	339	23 / 17	912	89
Venezuela	23,7	34,8	2,0	93	2,4	0,7	2,98	97	8 660	450,3	111,8	758	27 / 22	2 463	79
Amérique du Nord (16)	307,2	363,6	0,9	76	1,2		1,94	99					9 / 7		
Canada	30,9	37,9	1,0	77	1,2	0,0	1,55	100	21 750	1 522,5	1 451,9	(34 520)	8 / 6	7 880	99
Etats-Unis d'Amérique	276,2	325,6	0,8	76	1,2	0,0	1,99	99	29 080	1 570,3	1 844,1	(662 360)	10 / 8	8 051	73
Océanie	30,0	39,6	1,3	70	1,4		2,38	65					31 / 32		
Australie-Nouvelle Zélande	22,5	27,8	1,0	85	1,2		1,83	99					8 / 6		
Australie (17)	18,7	23,1	1,0	85	1,2	0,0	1,79	100	19 510	1 092,6	1 227,3	(45 235)	8 / 6	5 494	99
Mélanésie (18)	6,3	10,0	2,2	21	3,6		4,28						68 / 73		
Nouvelle-Calédonie	0,2	0,3	2,1	62	2,2		2,70	98					16 / 15		
Nouvelle-Zélande	3,8	4,7	1,0	86	1,3	0,1	2,01	95	15 780	1 151,9	1 012,9	(1 806)	9 / 8	4 388	90
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4,7	7,5	2,2	16	4,0	6,4	4,60	53				5 158	79 / 88		31
Vanuatu	0,2	0,3	2,4	19	3,9		4,30	79	3 230			202	54 / 42		
Pays en transition (ex-URSS) (19)															
Arménie	3,5	3,9	-0,3	69	1,6	0,8	1,70	95	2 540	50,8	61,8	2 040	35 / 30	474	
Azerbaïdjan	7,7	9,4	0,5	56	1,7	1,1	1,99	99	1 520	50,2	16,6	1 247	55 / 44	1 570	
Biélorus	10,3	9,5	-0,3	71	0,8	0,3	1,36	100	4 820	294,0	222,7	25	36 / 20	2 386	
Fédération de Russie	147,2	137,9	-0,2	76	0,3	0,1	1,35	99	4 280	175,5	225,9	6 783	25 / 19	4 169	
Georgie	5,0	5,2	-1,1	58	1,1	1,1	1,92	95	1 980	103,0		1 018	27 / 20	291	
Kazakhstan	16,3	17,7	-0,4	60	1,4	0,1	2,30	99	3 530	165,9	81,7	1 270	46 / 36	2 724	
Kirghizistan	4,7	6,1	0,6	39	2,4	0,9	3,21	98	2 180	124,3		1 730	56 / 44	645	81
Ouzbékistan	23,9	33,4	1,6	41	2,8	1,4	3,45	98				2 849	69 / 56	1 826	57
République de Moldova	4,4	4,5	0,0	52	1,8	0,5	1,76	95	1 450	140,7		583	39 / 25	1 064	56
Tadjikistan	6,1	8,9	1,5	32	3,2	2,4	4,15	92	1 100	24,2		943	88 / 73	594	69
Turkmenistan	4,4	6,3	1,8	45	2,5	1,0	3,60	90	1 410			1 012	86 / 69	2 646	60
Ukraine	50,7	45,7	-0,4	70	0,6	0,3	1,38	100	2 170	156,2		1 956	30 / 20	3 012	55

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	Espérance de vie H / F	Taux brut de scolarisation primaire H / F	Taux brut de scolarisation secondaire H / F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthode moderne
Antilles néerlandaises	14	72,5 / 78,4			35		
Bahamas	16	70,5 / 77,1	92 / 104	77 / 97	69	62	60
Bahreïn	17	71,1 / 75,3	105 / 106	95 / 100	22	61	30
Barbade	12	73,7 / 78,7	90 / 91	89 / 80	44	55	53
Brunei Darussalam	10	73,4 / 78,1	109 / 104	72 / 82	33		
Cap-Vert	56	65,5 / 71,3	133 / 129	28 / 26	79		
Chypre	9	75,5 / 80,0	100 / 100	96 / 99	17		
Comores	76	57,4 / 60,2	84 / 69	24 / 19	83	21	11
Djibouti	106	48,7 / 52,0	45 / 33	17 / 12	31		
Fidji	20	70,6 / 74,9	128 / 128	64 / 65	48	41	35
Gambie	122	45,4 / 48,6	87 / 67	30 / 19	155	12	7
Guadeloupe	9	73,6 / 80,9			29	44	31
Guam	10	73,0 / 77,4			96		
Guinée équatoriale	108	48,4 / 51,6			178		
Guyana	58	61,1 / 67,9	95 / 94	73 / 78	58	31	28
Iles Salomon	23	69,7 / 73,9	103 / 89	21 / 14	94		
Islande	5	76,8 / 81,3	98 / 98	105 / 103	24		
Luxembourg	7	73,3 / 79,9			12		
Maldives	50	65,7 / 63,3	130 / 127	49 / 49	54		
Malte	8	74,9 / 79,3	108 / 107	86 / 80	12		
Martinique	7	75,5 / 82,0			27	51	37
Micronésie (26)	34	67,6 / 71,4			56		
Polynésie (27)	17	69,3 / 74,2			55		
Polynésie française	11	69,3 / 74,6	118 / 113	69 / 86	68		
Qatar	17	70,0 / 75,4	87 / 86	80 / 79	66	32	29
Réunion	9	70,9 / 79,8			20	67	62
Samoa	23	69,3 / 73,6	106 / 100	59 / 66	37		
Suriname	29	67,5 / 72,7			22		
Swaziland	65	57,9 / 62,5	122 / 115	55 / 54	90	20	17
Timor oriental	135	46,7 / 48,4			37		

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (milliers) 1999	Population prévue (milliers) 2025	% de population urbaine (1995)	Taux de croissance de la population urbaine (1995-2000)	Taux total de fécondité (1995-2000)	% de naissances avec assistance qualifiée	PIB par habitant (PPA en \$É U) (1995)	Mortalité enfants moins de 5 ans H / F
Antilles néerlandaises	215	258	69,5	1,3	2,20	98		20 / 12
Bahamas	301	415	86,5	1,9	2,60	100		20 / 15
Bahreïn	606	858	90,3	2,7	2,90	98		26 / 17
Barbade	269	297	47,4	1,7	1,50	98		14 / 15
Brunei Darussalam	322	459	57,8	2,2	2,80	98		11 / 11
Cap-Vert	418	671	54,3	5,5	3,56		2 950	68 / 60
Chypre	778	900	54,1	1,9	2,03	98		10 / 9
Comores	676	1 176	30,7	5,6	4,80	52	1 530	112 / 101
Djibouti	629	1 026	82,8	2,6	5,30	79		182 / 166
Fidji	806	1 104	40,7	2,5	2,73	100	3 860	28 / 18
Gambie	1 268	2 151	25,5	5,3	5,20	44	1 440	212 / 194
Guadeloupe	450	569	99,4	1,6	1,90			12 / 9
Guam	164	228	38,2	2,4	3,40	100		11 / 13
Guinée équatoriale	442	795	42,2	5,2	5,58	5		184 / 169
Guyana	855	1 045	36,2	2,9	2,32	93	2 800	90 / 65
Iles Salomon	430	817	17,1	6,3	4,85	85	2 270	32 / 22
Islande	279	328	91,6	1,2	2,10	100		6 / 6
Luxembourg	426	463	89,1	1,4	1,67	100		8 / 8
Maldives	278	501	26,8	4,3	5,40	90	3 340	53 / 80
Malte	386	430	89,3	0,9	1,89	98	13 380	11 / 8
Martinique	392	450	93,3	1,3	1,75			10 / 8
Micronésie (26)	530	960	42,7	3,2	4,08			47 / 40
Polynésie (27)	621	909	41,3	2,6	3,38			20 / 21
Polynésie française	231	324	56,4	2,2	2,85	98		14 / 14
Qatar	589	779	91,4	2,1	3,74	97		27 / 18
Réunion	691	880	67,8	2,3	2,10	97		11 / 9
Samoa	177	271	21,0	2,4	4,15	52	3 570	25 / 29
Suriname	415	525	50,4	2,5	2,21	91		39 / 28
Swaziland	980	1 785	31,2	5,7	4,70	56	3 690	109 / 91
Timor oriental	871	1 185	7,5	1,7	4,35			205 / 196

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'ONU.
- (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) Ex-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 1^{er} juillet 1997, Hong Kong fait partie de la Chine, où il constitue une région administrative à régime spécial.
- (9) Y compris la Bande de Gaza (Palestine)
- (10) La Turquie est incluse dans l'Asie Occidentale pour des raisons géographiques. Dans d'autres classifications, elle fait partie de l'Europe.
- (11) Y compris les îles anglo-normandes, les îles Féroé et l'île de Man.
- (12) Y compris Andorre, Gibraltar, le Saint-Siège et Saint-Marin.
- (13) Y compris le Liechtenstein et Monaco.
- (14) Y compris Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les îles Vierges britanniques, les îles Caïmanes, Dominique, Grenade, Montserrat, les Antilles néerlandaises, Saint-Kitts-et-Névis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, les îles Turques et Caïques et les îles Vierges américaines.
- (15) Y compris les îles Falkland (Malvinas) et la Guyane française.
- (16) Y compris les Bermudes, le Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- (17) Y compris l'île Christmas, les îles Cocos (Keeling) et l'île Norfolk.
- (18) Y compris la Nouvelle-Calédonie et Vanuatu.
- (19) Les Etats 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 méridionale englobe le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan.
- (20) Total régional, à l'exclusion de la sous-région dont les données figurent séparément ci-après.
- (21) Ces sous-régions composent la région "Etats arabes et Europe" du FNUAP.
- (22) Les évaluations sont fondées sur les rapports des années précédentes. On attend une mise à jour des données.
- (23) Le total de l'Europe orientale comprend quelques Etats balkaniques d'Europe méridionale et quelques Etats baltes d'Europe septentrionale.
- (24) Ce chiffre comprend la Belgique et le Luxembourg.
- (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) Y compris les Etats fédérés de Micronésie, Guam, Kiribati, les îles Marshall, Nauru, les îles Mariannes septentrionales, les Palaos et l'île de Wake.
- (27) Y compris le Samoa américain, les îles Cook, l'île Johnston, Pitcairn, le 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 *Etat de la population mondiale* accordent une place spéciale aux indicateurs permettant de mesurer le progrès réalisé dans le domaine des objectifs quantitatifs et qualitatifs adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement pour ce qui est de la réduction de la mortalité, de l'accès à l'éducation et de l'accès aux services de santé en matière de reproduction (y compris la planification familiale). A mesure que le suivi de la CIPD favorise la mise au point de systèmes améliorés de surveillance, différentes mesures seront insérées, selon leur disponibilité, dans les rapports à paraître. Un meilleur suivi des contributions financières des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du secteur privé devrait également permettre de mieux rendre compte à l'avenir des dépenses et des ressources liées à la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD. On trouvera ci-après, par catégorie, la source des indicateurs et la raison qui a présidé à leur choix.

Surveillance des objectifs de la CIPD

Indicateurs de mortalité

Mortalité infantile, espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance: Source: Division de la popula-

tion du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision* (Projet). New York: Nations Unies. 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.

Ratio de mortalité maternelle: Source: UNICEF/Organisation mondiale de la santé. 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF*. Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes, qui sont imputables aux suites d'une grossesse ou d'un accouchement et aux complications connexes. Il est difficile d'atteindre à la précision, mais les ordres de grandeur fournissent des indications. En dessous de 50, les évaluations n'ont pas été arrondies; de 50 à 100, elles sont arrondies à la tranche de 5 la plus proche; de 100 à 1 000, elles le sont à la tranche de 10 la plus proche; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Pour ce qui est de la mortalité maternelle, une série d'évaluations s'écartent des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les évaluations se fondent sur les chiffres communiqués, chaque fois que possible, avec l'aide de méthodes visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Voir la source pour des

détails sur l'origine de certaines évaluations nationales. Elles sont examinées 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.

Indicateurs d'éducation

Taux bruts de scolarisation primaire des garçons et des filles, taux bruts de scolarisation secondaire des garçons et des filles: UNESCO. 1995. *World Education Report 1995*. Paris: UNESCO. 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.

Analphabétisme chez les hommes et les femmes adultes: UNESCO. 1997. *Adult Education in a Polarizing World: Education for All: Status and Trends: 1997*. Paris: UNESCO. Les définitions de l'analphabétisme varient selon les pays; trois définitions largement acceptées sont utilisées. Dans la mesure du possible, les données se réfèrent à la proportion des personnes incapables de lire et d'écrire, en le comprenant, un texte simple et concis concernant la vie quotidienne. L'analphabétisme des adultes (taux d'analphabétisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans) tient compte à la fois des niveaux de scolarisation récents et de la scolarité passée.

Pourcentage de ceux qui terminent l'enseignement primaire: Sources: UNESCO. 1993. *Trends and Projections of Enrolment by Level of Education and by Age, 1960-2025 (as assessed in 1993)*, 1993. Paris: UNESCO; et UNESCO. 1993. *Rapport mondial sur l'éducation 1993*, Paris: UNESCO.

Indicateurs de santé en matière de reproduction

Accès à la contraception/connaissance de la contraception: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1996. *World Population Monitoring 1996*. New York: Nations Unies. Ces indicateurs sont tirés de rapports d'enquêtes par sondage et évaluent la proportion de femmes connaissant une méthode de planification familiale et la source où il est possible de se procurer des contraceptifs. Toutes les méthodes contraceptives (médicales, mécaniques, naturelles et traditionnelles) sont incluses dans le premier indicateur; l'indicateur relatif à la source de l'information concerne davantage les méthodes médicales et mécaniques et les méthodes modernes d'abstinence périodique. Ces chiffres sont comparables généralement mais pas entièrement d'un pays à l'autre en raison de différences quant aux populations sondées par catégorie d'âge (les femmes âgées de 15 à 49 ans sont le groupe le plus courant), selon le statut matrimonial (par exemple, soit uniquement les femmes actuellement mariées ou qui l'ont été, soit toutes les femmes) et l'époque à laquelle ont été effectuées les enquêtes. La plupart des données ont été recueillies entre 1987 et 1994.

Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies; et Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1996. *Age Patterns of Fertility: The 1996 Revision*. New York: Nations Unies. 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.

Prévalence de la contraception: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1998. *World Population Monitoring 1998*. New York: Nations Unies, ainsi que des tabulations mises à jour fournies par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU. Cet indicateur, qui est tiré d'enquêtes par sondage, évalue 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 que présentent les groupes de population couverts par l'enquête en ce qui concerne l'âge (les femmes âgées de 15 à 49 ans sont la catégorie la plus nombreuse, qui représente un peu plus de la moitié de la base de données), l'époque à laquelle les enquêtes ont été effectuées et les questions qui ont été posées. Toutes les données ont été recueillies en 1975 ou après cette date. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées; près de 80 % des données se rapportent à la période 1987-1994.

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Population totale en 1998, population prévue en 2025, taux annuel moyen de croissance démographique pour la période 1995-2000: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies; et Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1996. *Annual Populations 1950-2050: The 1996 Revision*. New York: 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 temps présent.

Pourcentage de la population urbaine, taux d'accroissement de la population urbaine: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 1994. *World Urbanization Prospects: The 1994 Revision*. New York: Nations Unies. Ces indicateurs reflètent la proportion de la population nationale vivant dans les zones urbaines et le taux d'accroissement de cette population prévu pour la période 1995-2000.

Population rurale par hectare de terre arable: Source: Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, 1996, à partir de données concernant la population rurale sur la base de la population totale communiquées par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies. Cet indicateur a trait au chiffre de la population rurale par rapport à la superficie des terres se prêtant à la production agricole. Il tient compte des changements intervenus tant dans la structure des économies nationales (proportion de la main-d'oeuvre travaillant dans l'agriculture) que dans les techniques de mise en valeur des sols. Des valeurs élevées peuvent être liées à l'accent mis sur la productivité des terres et à la fragmentation des exploitations agricoles. Toutefois, l'indicateur tient compte également des différences en matière de niveaux de développement et de politiques d'utilisation des sols.

Taux de fécondité totale (période 1995-2000): Source: Nations Unies. Division de la population du Secrétariat de l'ONU. (A paraître). *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies. 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'âges pendant la période spécifiée. Certains pays atteindront peut-être le niveau prévu à des moments différents de cette période.

Accès aux soins de base: Source: *The State of the World's Children 1996*. UNICEF. 1996. New York: UNICEF. Cet indicateur mesure la proportion de la population qui peut atteindre les services locaux de santé dans un délai d'une heure en utilisant les moyens habituels de transport. Il tient compte de la répartition des services par rapport à la population (y compris la concentration urbaine). Les données concernent la période 1985-1995.

Naissances avec l'aide d'accoucheuses qualifiées: Source: *World Health Organisation. 1996. Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Available Information (OMS/RHT/MSM/96.28)*. Genève: *Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Programme*, Organisation mondiale de la santé. Cet indicateur présente des estimations fondées sur des rapports nationaux, concernant la proportion de naissances avec l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou sage-femme diplômées ou d'une sage femme qualifiée ou d'une accoucheuse traditionnelle. Les données sont des évaluations valables pour 1996 ou une année voisine; elles sont basées sur les indications les plus récentes dont on dispose.

Produit national brut par habitant: Source: Chiffres pour 1995 communiqués par la Banque mondiale. 1997. *World Development Indicators 1997*. Cet indicateur 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 (présenté dans nos rapports précédents) en ce qu'il tient compte des revenus provenant de l'étranger et imputables au travail et au capital de résidents, 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 avec 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 du "PNB réel".

Dépenses du gouvernement central en matière d'éducation et de santé: Source: Banque mondiale. 1995. *The World Tables 1995*. Washington, D.C.: Banque mondiale. Ces indicateurs reflètent la priorité accordée au secteur de l'éducation et de la santé par un pays à travers la proportion des dépenses publiques qui y sont affectées. 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 par rapport à d'autres niveaux des secteurs éducatif et sanitaire, qui présentent des variations considérables. 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 fait obstacle à une comparabilité directe.

Assistance étrangère en matière de population: Source: FNUAP. 1996. *Global Population Assistance Report*. New York: FNUAP. Cet indicateur fournit le montant de l'assistance extérieure qui a été affecté en 1995 aux activités de population dans chaque pays. Les fonds étrangers 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 futurs Rapports fourniront d'autres indicateurs, de manière à disposer d'une meilleure base de comparaison et d'évaluation des flux de ressources, en provenance de différentes sources nationales et internationales, qui sont destinés à appuyer les programmes de population et de santé en matière de reproduction. Les totaux régionaux indiqués comprennent les projets de pays et les activités régionales (ne figurant pas dans le tableau).

Mortalité des enfants de moins de 5 ans: Source: Division de la population du Secrétariat de l'ONU, tabulation spéciale fondée sur Nations Unies. 1996. *World Population Prospects: The 1996 Revision*. (Projet). New York: Nations Unies. 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. Des mesures démographiques plus courantes sont constituées par les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants d'un à 4 ans, qui rendent compte des différentes causes et de la fréquence de la mortalité à ces âges. La mesure est donc plus sensible que la mortalité infantile au tribut prélevé par les maladies de l'enfance, y compris celles qui peuvent être évitées par une meilleure alimentation et des programmes de vaccination. La mortalité des enfants de moins de 5 ans indique le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. Les évaluations concernent la période 1990-1995.

Consommation d'énergie par habitant: Source: Banque mondiale. 1997. *World Development Indicators 1997*. 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 l'efficacité de l'utilisation de l'énergie (y compris l'augmentation ou la diminution des gaspillages).

Accès à l'eau salubre: Source: OMS/UNICEF, *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996*. Cet indicateur renvoie au pourcentage de la population ayant accès à une quantité suffisante d'eau salubre située à une distance raisonnable de l'habitation de l'utilisateur. Les mots en italique renvoient à des définitions nationales. L'indicateur est à mettre en relation avec le degré d'exposition aux risques de santé, y compris ceux qui sont imputables à un assainissement insuffisant. Les données concernent la période 1990-1994.

ÉTAT DE LA POPULATION MONDIALE 1999

Directeur de la publication : Alex Marshall

Recherche et rédaction : Stan Bernstein

Recherche éditorial : Karen Hardee and Frederick A.B. Meyerson

Directeur de la rédaction : William A. Ryan

Assistante de rédaction : Phyllis Brachman

Photo de couverture : Au centre, une écolière vietnamienne—Jorgen Schytte/Still Pictures



FNUAP
Fonds des Nations Unies
pour la population

220 East 42nd Street,
New York, N.Y. 10017
Etats-Unis d'Amérique
www.unfpa.org

Conçu et réalisé par
Prographics, Inc., Etats-Unis
Services de communication
graphique internationale
www.prographic.com



Imprimé sur papier recyclé.

ISBN 0-89714-559-3
19,500/1999

