



Conseil économique et social

Distr. générale
31 décembre 1999
Français
Original: anglais

Commission de la population et du développement

Trente-troisième session

27-31 mars 2000

Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

**Suite donnée aux recommandations de la Conférence internationale
sur la population et le développement**

Suivi des programmes relatifs à la population : condition de la femme, population et développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi conformément au nouveau mandat de la Commission de la population et du développement et à son programme de travail pluriannuel établi par thèmes et priorités, que le Conseil économique et social a approuvé par sa résolution 1995/55. L'un des thèmes retenus pour 1999 est le suivant : condition de la femme, population et développement.

Le présent rapport a pour objet de donner un aperçu général de l'ensemble des activités qui ont été menées pour donner suite à la Conférence internationale sur la population et le développement pour ce qui est de la condition de la femme, de la population et du développement. Il expose les stratégies et les méthodes que les pays ont adoptées pour donner suite aux recommandations du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement visant à intégrer la problématique hommes-femmes aux questions de population et de développement. Il contient également une analyse des difficultés et des obstacles auxquels se heurtent les pays en matière d'exécution des programmes et de mobilisation des ressources dans les domaines relatifs à la condition de la femme, à la population et au développement.

* E/CN.9/2000/1.

Table des matières

| | <i>Paragraphes</i> | <i>Page</i> |
|--|--------------------|-------------|
| Introduction | 1–6 | 4 |
| I. Méthodologie | 7–8 | 5 |
| II. La condition de la femme, la population et le développement dans les conférences des Nations Unies | 9–11 | 5 |
| III. Promotion de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes. | 12–67 | 6 |
| A. Protection des droits et promotion de l'autonomisation des femmes | 13–20 | 6 |
| B. Promotion de la participation des femmes à la prise de décisions | 21–22 | 8 |
| C. La mondialisation et ses effets sur la santé des femmes | 23–26 | 9 |
| D. Élargissement de l'accès aux services de santé en matière de reproduction et accroissement de leur disponibilité. | 27–33 | 10 |
| E. Réduction de la mortalité maternelle | 34–37 | 12 |
| F. Pandémie du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). | 38–43 | 13 |
| G. Répondre aux besoins des adolescents | 44–46 | 14 |
| H. Élimination de la violence à l'égard des femmes | 47–49 | 16 |
| I. Lutte contre les pratiques préjudiciables aux femmes et aux filles | 50–54 | 17 |
| J. Mobilisation en faveur de l'éducation des filles | 55–58 | 18 |
| K. Le rôle des hommes dans la famille et dans la santé en matière de reproduction | 59–62 | 18 |
| L. Dispositifs d'intervention en cas de situation d'urgence. | 63–67 | 20 |
| IV. Questions touchant la condition féminine dans les programmes relatifs à la population et au développement | 68–75 | 20 |
| A. Traite des femmes et filles | 68–69 | 20 |
| B. La préférence donnée aux garçons | 70–71 | 21 |
| C. Féminisation de la pauvreté. | 72–75 | 21 |
| D. Obstacles à la mise en oeuvre | 76–85 | 22 |
| 1. Persistance d'attitudes et de pratiques culturelles négatives | 78–79 | 23 |
| 2. Absence de mécanismes institutionnels efficaces | 80 | 23 |
| 3. De faibles capacités techniques | 81–83 | 23 |
| 4. Insuffisance de la mobilisation et de l'affectation des ressources. | 84–85 | 24 |
| V. Conclusions | 86–88 | 25 |
| A. Renforcement de l'intégration d'une perspective sexospécifique dans les politiques, les programmes et les activités | 86–87 | 25 |
| B. Mesures recommandées dans les domaines de la parité, de la population et du développement | 88 | 26 |

Tableaux

| | |
|--|----|
| 1. Mesures prises par certains pays pour ajouter de nouveaux éléments de santé en matière de reproduction à leurs programmes | 11 |
| 2. Mesures prises par certains pays pour améliorer l'accès universel aux services de santé en matière de reproduction | 12 |
| 3. Mesures prises par les pays dans le domaine de la santé des adolescents en matière de reproduction | 15 |
| 4. Mesures prises par certains pays en vue de responsabiliser les hommes | 19 |

Introduction

1. Le présent rapport sur le suivi des programmes relatifs à la population a été établi conformément au nouveau mandat de la Commission de la population et du développement et à son programme de travail pluriannuel établi par thèmes et priorités, que le Conseil économique et social a approuvé par sa résolution 1995/55. L'un des thèmes retenus pour 1999 est le suivant : condition de la femme, population et développement.

2. Le rapport examine les progrès réalisés au niveau national dans l'exécution des programmes relatifs à la population et des activités connexes de développement. Il s'intéresse essentiellement aux résultats obtenus dans le cadre des programmes et des stratégies mises en place dans le domaine de la condition de la femme, de la population et du développement pour donner suite à la Conférence internationale sur la population et le développement. Il traite principalement des activités opérationnelles menées en faveur de la parité et de l'équité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes dans le cadre des programmes de population et de développement.

3. Ces 10 dix dernières années, le monde a été le champ de profondes transformations sociales, politiques et économiques. De nouveaux objectifs relatifs à la condition de la femme, à la population et au développement ont été définis et portent sur l'autonomisation, l'égalité et l'équité, les droits fondamentaux, la responsabilité et la participation des hommes, la pauvreté, la santé, l'éducation, l'emploi, la violence, la migration, l'environnement et les médias.

4. Ces objectifs ont engendré une évolution des stratégies suivies pour parvenir à l'égalité et à l'équité. Ils ont marqué l'apparition d'un processus politiques qui encourage la participation de nombreux acteurs de la société civile et qui prend en compte l'établissement de nouveaux partenariats. Les gouvernements, les organisations non gouvernementales, la société civile et, dans de nombreux cas, le secteur privé, se préoccupent de plus en plus des activités en faveur de la parité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes.

5. La place privilégiée donnée à la condition de la femme, à la population et au développement est liée à la prise de conscience du fait que tous les aspects du développement touchent différemment les hommes et les femmes. La prise en considération de ces différences accroît l'efficacité de la planification, de la formulation des politiques et de l'exécution des programmes à tous les niveaux. Une approche des questions de population et de développement intégrant les inégalités entre les sexes s'efforce de veiller à ce que les hommes et les femmes bénéficient à part égale des efforts de développement et bénéficient des mêmes possibilités et des mêmes ressources. En retour, cette approche encourage une responsabilisation et une participation aux mécanismes qui ont une incidence sur la vie des populations.

6. La démarche consistant à intégrer les sexospécificités dans les activités de développement correspond à une reconnaissance et à une prise de conscience des différents rôles, intérêts, besoins et relations des hommes et des femmes, lesquels découlent de leurs responsabilités différentes dans la société. Ces rôles et ces intérêts, conjugués à ceux qui tiennent à l'appartenance à une classe sociale, à un groupe ethnique ou à un groupe d'âges priment sur l'homogénéité présumée qui résulte souvent de la tendance à envisager les hommes et les femmes en tant que groupes. Si l'on juge préférable de mettre l'accent sur la condition de la femme plutôt que sur les femmes ou les hommes, c'est parce que l'expérience démontre nettement que les

avantages du développement sont fort différents selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes, la part de ces dernières étant bien moindre. Cette démarche vise donc à corriger ces déséquilibres.

I. Méthodologie

7. Pour établir le présent rapport, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a analysé les bilans des diverses conférences tenues par des organisations des Nations Unies, ainsi que d'autres documents et les données provenant de la publication UNFPA Field Inquiry on Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action (POA) dans le cadre du processus d'examen du cinquième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement. Cent quatorze pays en développement et en transition ont pris part à l'enquête¹.

8. Le rapport rend compte des actions menées pour véritablement intégrer la question de la condition de la femme dans les programmes de population et de développement au moyen de stratégies et d'initiatives garantissant l'accès à des soins et à des services de qualité en ce qui concerne la santé en matière de reproduction et la sexualité, à promouvoir l'autonomisation des femmes et à protéger leurs droits en matière de procréation, à réduire la mortalité maternelle, à assurer la protection des fillettes, à accroître la participation des femmes à la prise de décisions, et à inciter les hommes à préserver leur santé sexuelle et procréatrice ainsi que celle de leur partenaire. On y examine en outre les difficultés et les obstacles rencontrés à ce jour.

II. La condition de la femme, la population et le développement dans les conférences des Nations Unies

9. À l'issue des conférences internationales des Nations Unies qui ont eu lieu ces 20 dernières années, on s'est progressivement éloigné d'une conception faisant des hommes et des femmes la cible des initiatives de développement pour se préoccuper davantage des relations entre les sexes, lesquelles sont susceptibles de faciliter ou d'entraver la réalisation de ces initiatives. Lors de la Conférence mondiale chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de la Décennie des Nations Unies pour la femme², tenue à Nairobi en 1985, on avait analysé les efforts de développement dans la perspective des libertés fondamentales et, tout particulièrement, dans celle des droits de la femme. Cette conférence avait permis d'établir que les obstacles auxquels se heurtait la promotion de la femme trouvaient leur origine dans la société et dans l'économie, et que les mesures à prendre pour remédier à cette situation devaient reposer sur les notions d'égalité, d'intégration, de participation et de coopération. Les conférences mondiales qui ont suivi, notamment la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement³, tenue à Rio de Janeiro en 1992, et la Conférence mondiale sur les droits de l'homme⁴, tenue à Vienne en 1993, ont été très profondément influencées par les recommandations de Nairobi.

10. La Conférence de Vienne a fait progresser l'intégration dans les questions de population et de développement des considérations ayant trait aux libertés fondamentales et ce, en plaidant résolument la cause des droits de la femme, d'une maternité sans risque, du droit à la santé, de la mise à disposition de services de planification familiale de qualité et abordables et de l'accès aux toutes dernières informations. La nécessité d'une telle intégration a marqué l'évolution des esprits entre la

Conférence de Vienne et celle du Caire. L'adoption au Caire en 1994 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement⁵ a consacré la reconnaissance du lien fondamental qui existait entre, d'une part, la problématique hommes-femmes et, d'autre part, les questions relatives à la population et au développement durable. La Conférence internationale sur la population et le développement a souligné à son tour le fait que l'autonomisation des femmes constituait en soi un objectif essentiel, ce qu'a rappelé avec force la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995⁶.

11. À l'issue de ces conférences et du consensus qui s'en est dégagé, un nouveau paradigme est intervenu dans l'élaboration et l'exécution des politiques et des programmes de population et de développement. Désormais, les questions de population sont envisagées dans la perspective plus large de la santé en matière de reproduction, des droits fondamentaux et du développement durable, domaines dans lesquels la réalisation de l'égalité et de l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes revêtent une importance essentielle. Il s'agit là d'objectifs mondiaux et universels dont la mise en oeuvre nécessite une transformation des attitudes et la volonté de respecter les normes et les critères internationalement reconnus en matière de parité entre les sexes, notamment la protection et la promotion des droits fondamentaux des filles et des femmes.

III. Promotion de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes

12. Il ressort de diverses études que, dans les pays développés et en développement, des progrès considérables ont été réalisés en matière de promotion de l'égalité entre les sexes, conformément aux objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement. L'enquête sur le terrain (UNFPA Field Inquiry on Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action) menée dans le cadre de l'examen du cinquième anniversaire la Conférence a montré que dans la plupart des pays, on avait intégré les questions relatives à l'égalité entre les sexes dans les stratégies relatives la population et au développement en créant des mécanismes institutionnels nationaux traitant des questions de population et de sexospécificité ou en renforçant ceux qui existaient déjà. Sur les 114 pays ayant participé à cette enquête, 79 avaient revu leurs politiques en matière de population et fait état de nouvelles initiatives tenant compte expressément de l'intégration des préoccupations relatives au rôle des femmes dans la stratégie globale de développement.

A. Protection des droits et promotion de l'autonomisation des femmes

13. La communauté internationale s'accorder de plus en plus largement à reconnaître la nécessité de promouvoir et de protéger les droits des femmes dans les domaines de la santé en matière de reproduction et de la sexualité. Les organismes créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme ont mené une action de plus en plus résolue pour promouvoir l'application des normes relatives aux droits fondamentaux aux fins de protection de la santé des femmes, notamment pour ce qui touche à la procréation et à la sexualité. A sa vingtième session, tenue en janvier-février 1999, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a adopté la recommandation générale 24 concernant l'article 12 de la Convention

sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, sur les femmes et la santé⁷, qui étoffe de manière substantielle l'article 12 de la Convention⁸. Vers la même époque, à sa quarante-troisième session, la Commission de la condition de la femme a recommandé au Conseil économique et social d'approuver un projet de résolution où figurait le Protocole facultatif se rapportant à la Convention⁹ qui garantirait aux parties plaignantes le droit à une procédures régulière, de manière que l'Assemblée générale puisse l'adopter. Le Conseil adopté le projet de résolution (résolution 1999/13) et, à sa cinquante-quatrième session, l'Assemblée a pris note de l'adoption de la recommandation générale 24 (résolution 54/137 de l'Assemblée générale en date du 17 décembre 1999) et a adopté le Protocole facultatif (résolution 54/4 de l'Assemblée générale en date du 6 octobre 1999). Ces deux instruments revêtent une importance cruciale pour la protection des droits fondamentaux des femmes, notamment le droit d'être préservées de la violence et de la contrainte, ainsi que de la discrimination sexuelle, et pour la défense de leur droit de prendre en toute liberté les décisions ayant trait à leur sexualité et d'en assumer la responsabilité.

14. Compte tenu de la nécessité d'harmoniser les approches axées sur le respect des droits au sein du système des Nations Unies et parmi les donateurs bilatéraux, le Comité interinstitutions sur les femmes et l'égalité entre les sexes créé par le Comité administratif de coordination (CAC), en collaboration avec la Division de la promotion de la femme du Secrétariat de l'ONU, a organisé en 1998 un atelier sur une approche de la promotion et de la démarginalisation des femmes et de l'égalité entre les sexes fondée sur le respect des droits. En 1999, a eu lieu à l'intention du même groupe un autre atelier sur la sécurité économique des femmes. Au cours de ces deux ateliers, on a examiné diverses stratégies visant à accélérer la réalisation de la parité entre les sexes dans différents contextes et évalué les incidences politiques et opérationnelles de ces stratégies, ainsi que les modes de collaboration possibles.

15. Les pays ont adopté diverses stratégies nationales visant à promouvoir l'égalité et l'équité entre les sexes grâce à l'instauration de réformes et de mesures législatives comportant des dispositions législatives assurant la protection des droits des femmes; une modification du droit de la famille; des lois plus rigoureuses en cas de violence à l'égard des femmes; et la création de bureaux de la condition de la femme dont l'objectif est de protéger les droits des femmes et de promouvoir leur autonomisation. Les tribunaux de plusieurs juridictions se sont fondés sur la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes pour interpréter les dispositions législatives internes. Certains pays ont également intensifié la concertation et amorcé un dialogue dans de nouveaux domaines.

16. Eu égard à la nouvelle perception du rôle des questions de population en matière de développement, près de la moitié des pays ayant participé à l'enquête ont revu leurs politiques. Plus d'un tiers d'entre eux ont récemment actualisé leurs politiques en matière de population ou ont intégré les facteurs relatifs à la qualité des soins de santé, à l'égalité et à l'équité entre les sexes et à l'amélioration des systèmes d'information dans leurs plans de développement à long terme. Par ailleurs, deux tiers de tous les pays ont instauré des mesures réglementaires ou législatives dans des domaines tels que les questions de succession, les droits de propriété, l'emploi et la protection contre la violence fondée sur le sexe.

17. Certaines des initiatives les plus importantes prises par les gouvernements ont consisté à renforcer les lois, les politiques et les mécanismes nationaux de promo-

tion des droits de l'homme, notamment en matière de procréation. Cette nouvelle orientation s'est concrétisée par l'élaboration de politiques globales sur la santé de la femme qui aident les pays à passer d'une planification familiale axée sur des objectifs spécifiques à une approche axée sur la clientèle et offrant toute une gamme de services, y compris un plus grand choix de méthodes de contraception. Certains pays ont également entrepris de supprimer les règlements et politiques sur la situation matrimoniale et l'autorisation de l'époux, par exemple, qui ont pour effet de restreindre l'accès aux soins de santé en matière de reproduction et aux services de planification familiale.

18. Les pays développés ont également dû procéder à certains aménagements. Par exemple, les systèmes de sécurité sociale reposaient traditionnellement sur l'idée de la dépendance de la femme envers son conjoint. Cependant, un certain nombre de pays ont pris des mesures afin d'adapter leur législation dans ce domaine aux nouvelles réalités résultant de la participation des femmes au marché du travail¹⁰. Cette évolution revient à reconnaître que les femmes ayant un emploi rémunéré ont acquis en matière de sécurité sociale des droits leur appartenant en propre.

19. L'un des obstacles majeurs à la réalisation des droits de la femme tient à ce que, dans certains cas, elles ne peuvent ni posséder la terre ni en contrôler l'usage. Bien que le droit à la terre constitue un facteur critique de production alimentaire, les normes et pratiques socioculturelles continuent bien souvent d'interdire aux femmes de posséder des terres ou d'en contrôler l'utilisation, ce qui a pour effet de restreindre leur accès à d'autres ressources naturelles telles que l'eau, le bois de chauffage, les produits halieutiques et forestiers qui jouent un rôle essentiel en matière de sécurité alimentaire, de revenu et, en fin de compte, de santé.

20. Nombre de plans nationaux soulignent les efforts déployés en vue de parvenir à une égalité de facto entre les hommes et les femmes, tout en continuant par ailleurs d'insister sur la nécessité de poursuivre les réformes législatives et administratives visant à éliminer les vestiges d'inégalités et de discrimination.

B. Promotion de la participation des femmes à la prise de décisions

21. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing¹¹ ont montré à quel point la démarginalisation et l'autonomie des femmes ainsi que l'amélioration de leur condition politique, sociale, économique et sanitaire revêtaient en soi une importance cruciale. La promotion de la participation des femmes à la prise de décisions constitue une importante stratégie à cet égard. Aussi, nombre de pays ont-ils créé des mécanismes pour assurer leur participation et leur représentation équitable à toutes les étapes du processus politique et de la vie publique, notamment en fixant des quotas minima en ce qui concerne leur représentation au sein des organismes électoraux et des institutions publiques. Les gouvernements ont entrepris d'associer des groupes de femmes, notamment des organisations non gouvernementales, à la politique gouvernementale et aux activités des groupes de supervision.

22. Les femmes continuent néanmoins d'être largement sous-représentées aux postes d'influence et de responsabilité, en raison notamment de la pauvreté, de l'analphabétisme, de l'accès limité à l'éducation, de l'insuffisance des ressources financières, d'une mentalité patriarcale et du double poids des travaux domestiques et des obligations professionnelles.

C. La mondialisation et ses effets sur la santé des femmes

23. Les politiques de développement et les stratégies économiques antérieures ont contribué à améliorer l'état de santé des femmes et des hommes, surtout lorsque l'accent était simultanément placé sur les politiques sociales, ce qui a permis dans tous les cas de relever les indicateurs de la qualité de la vie, notamment l'espérance de vie, et de réduire les taux de mortalité infantile, postinfantile et maternelle. La plupart des pays ont assisté au développement progressif de leur infrastructure sanitaire, y compris les soins secondaires et tertiaires ainsi qu'à la mise en place d'un vaste système de soins de santé primaires visant à étendre les services sanitaires aux collectivités.

24. Certains de ces acquis ont toutefois compromis par certaines tendances d'apparition récente, au niveau des économies mondiales et nationales, qui menacent sérieusement la réalisation et la consolidation des objectifs fixés en matière de santé en général et de santé des femmes en particulier. Il s'agit notamment de la privatisation et du rôle croissant des mécanismes de marché; de la récession mondiale; des politiques d'ajustement structurel; et des échanges mondiaux¹². Dans chaque cas, la santé des femmes s'en est sérieusement ressentie du fait que les rôles dévolus par la société aux hommes et aux femmes limitent l'accès de ces dernières aux revenus, d'où l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent d'user de leur influence pour bénéficier des services dans cette nouvelle conjoncture.

25. Pour la population de nombreux pays en développement, la privatisation du secteur sanitaire s'est accompagnée d'une réduction et d'un renchérissement des services et d'une baisse de leur qualité à mesure que le rôle de l'État dans la définition de normes et l'imposition de mécanismes de supervision s'amenuisait. La capacité du secteur privé de fournir des services de santé équitables a dans bien des cas été surestimée et les femmes en ont ressenti nettement plus les effets que les hommes. Dans nombre de pays d'Asie et d'Afrique, la responsabilité des soins de santé, et tout particulièrement en matière de reproduction, a été progressivement ôtée aux hôpitaux et autres centres de soins de santé pour être transférée aux femmes et, de plus en plus, aux jeunes filles. C'est notamment le cas des soins de longue durée que les familles n'ont plus les moyens d'assumer financièrement.

26. La récession mondiale a eu des effets profonds dans certaines parties du globe. C'est ainsi qu'en Afrique, de nombreux pays ont été confrontés à une dette énorme dont le fardeau ne cesse de s'alourdir. Son service absorbe d'importantes ressources financières qui auraient pu être investies dans des services et infrastructures sanitaires. Les résultats sont éloquentes. Au niveau des collectivités, la pauvreté s'accroît et de plus en plus de familles n'arrivent plus à subvenir à leurs besoins de base. Les hôpitaux et les dispensaires sont congestionnés et manquent de médicaments essentiels. Le personnel sanitaire, sollicité à l'excès, est mal rémunéré et n'a pas la formation et les compétences nécessaires. Nombreux sont ceux qui cherchent à s'employer ailleurs, privant ainsi davantage encore le secteur du personnel dont il a besoin. Aussi des indicateurs de santé tels que les taux de mortalité maternelle ont-ils stagné et dans certains cas enregistré un recul.

D. Élargissement de l'accès aux services de santé en matière de reproduction et accroissement de leur disponibilité

27. L'intégration de la planification familiale à la santé maternelle et infantile a été le changement le plus fréquent en matière de prestation de services de soins de santé efficaces. Les services de santé en matière de reproduction qui tiennent compte des sexes et assurent un accès universel à des soins de santé de qualité ont acquis une importance prioritaire dans le cadre de la réforme du secteur sanitaire et des approches prenant en compte ce secteur sous tous ses aspects.

28. De nombreux pays mettent à l'essai divers moyens d'intégrer leurs services de santé en matière de reproduction tandis que d'autres établissent des liens entre les différents aspects de la santé en matière de reproduction, notamment la planification familiale, la santé maternelle et infantile et les maladies sexuellement transmissibles, le virus d'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise en créant des systèmes d'orientation. Ces efforts ont permis d'améliorer l'accès aux services et de mieux former le personnel de ces services. De ce fait, les centres offrent une gamme accrue de services de santé essentiels et, d'autre part, de meilleurs systèmes d'orientation permettent de traiter un plus grand nombre de maladies sexuellement transmissibles et de fournir davantage de soins obstétricaux d'urgence.

29. Les ministères de la santé et les services de planification familiale des pays en développement insistent de plus en plus sur la qualité des services qu'ils fournissent. Nombre d'entre eux s'attachent à définir de nouvelles stratégies visant à améliorer leurs services de conseil de manière à répondre aux besoins des bénéficiaires. De plus en plus de programmes offrent un choix plus diversifié de méthodes qui tiennent compte des diverses options en matière de reproduction, de l'état de santé, de l'âge et des conditions de vie des utilisateurs. Des stratégies sociales ou commerciales subventionnées ont réussi à accroître l'accès aux contraceptifs, notamment aux préservatifs masculins et féminins. Des campagnes de sensibilisation des hommes ont beaucoup contribué à répandre l'usage du préservatif et le recours à la vasectomie.

30. Sur les 114 pays ayant répondu à l'enquête sur le terrain, 36 ont déclaré qu'ils offraient tous les éléments de la santé en matière de reproduction dont il était fait état dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Au cours des cinq dernières années, 54 pays ont pris un certain nombre de mesures visant à ajouter de nouveaux éléments à leurs programmes de santé en matière de reproduction. Les progrès les plus notables à cet égard ont été enregistrés en Asie, avec 45 % des pays, suivi de l'Afrique, avec 44 %.

31. Les mesures les plus courantes prises par les pays ayant intégré de nouveaux éléments à leurs programmes de santé en matière de reproduction ont porté sur la fourniture de services relatifs à la prévention et au traitement de maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Quarante-cinq pays ont signalé avoir ajouté à leurs programmes des services liés à la prévention et au traitement de la stérilité et au traitement des infections du canal reproducteur, et à l'accouchement sans risques et aux soins postnatals et prénatals (tableau 1).

Tableau 1
Mesures prises par certains pays pour ajouter de nouveaux éléments de santé en matière de reproduction à leurs programmes

| <i>Mesures</i> | <i>Pays</i> |
|--|--|
| Prévention et traitement des maladies sexuellement transmissibles/VIH/sida | Burundi, Îles Marshall, Kenya, Lesotho, Lettonie, Mexique, Micronésie, Niger, Pakistan, Paraguay, Pologne, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Tadjikistan, Tuvalu, Uruguay |
| Prévention et traitement de la stérilité | Algérie, Bangladesh, Bhoutan, Bolivie, Chine, El Salvador, Honduras, Kenya, Madagascar, Mali, Mongolie, Niger, Nigéria, Philippines, République islamique d'Iran, Sénégal, Yémen |
| Accouchement sans risques et soins postnatals | Azerbaïdjan, Botswana, Burundi, Costa Rica, Équateur, Gambie, Guinée-Bissau, Îles Marshall, Inde, Jordanie, Lettonie, Maldives, Mexique, Micronésie, Népal, Nigéria, Ouzbékistan, Pakistan, Paraguay, Pologne, République dominicaine, République islamique d'Iran, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Tadjikistan, Tuvalu, Uruguay, Vanuatu |
| Soins prénatals | Botswana, Burundi, Costa Rica, Équateur, Gambie, Guinée-Bissau, Îles Marshall, Inde, Jordanie, Lesotho, Mali, Maldives, Mexique, Micronésie, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Pakistan, Paraguay, Pologne, République dominicaine, République islamique d'Iran, République-Unie de Tanzanie, Tadjikistan, Tuvalu, Uruguay, Vanuatu |

32. Les résultats de l'enquête sur le terrain ont également permis de constater que des progrès plus importants avaient été réalisés dans l'amélioration de l'accès aux services de santé en matière de reproduction que dans l'élargissement de la gamme des services fournis. Parmi les pays en développement, 59 au total (76 %) prennent actuellement des mesures pour améliorer l'accès universel. Plus de la moitié des pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes ont fait état d'une amélioration de l'accès universel aux services de soins de santé en matière de reproduction.

33. Les mesures les plus fréquemment adoptées par certains pays pour améliorer l'accès aux services de santé en matière de reproduction ont été les suivantes : a) mieux former le personnel de ces services ; b) créer un plus grand nombre de centres de prestation de services de santé ou élargir la gamme des services fournis ; et c) allouer davantage de matériel et de ressources ou renforcer la fourniture d'équipement (tableau 2).

Tableau 2
Mesures prises par certains pays pour améliorer l'accès universel aux services de santé en matière de reproduction

| <i>Mesures</i> | <i>Pays</i> |
|---|---|
| Formation de personnel de ces services | Azerbaïdjan, Bhoutan, Cambodge, El Salvador, Ghana, Honduras, Îles Cook, Îles Marshall, Jordanie, Kenya, Micronésie, Ouganda, Ouzbékistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République centrafricaine, République islamique d'Iran, Samoa, Swaziland, Turquie |
| Création d'un plus grand nombre de centres de santé et élargissement de la gamme des services fournis | Albanie, Bangladesh, Belize, Burundi, Cambodge, Cuba, El Salvador, Éthiopie, Ghana, Guinée, Honduras, Îles Marshall, Inde, Jordanie, Kenya, Maroc, Micronésie, Mongolie, Népal, Pakistan, Ouganda, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République centrafricaine, République dominicaine, République islamique d'Iran, Samoa, Tunisie, Turquie, Ukraine, Zambie, Zimbabwe |
| Allocation de ressources accrues et/ou renforcement de la fourniture d'équipement | Azerbaïdjan, Bolivie, Égypte, Ghana, Madagascar, Mali, Micronésie, Nigéria, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou, République arabe syrienne, République centrafricaine, République dominicaine |

E. Réduction de la mortalité maternelle

34. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement préconise une réduction de moitié du taux de mortalité maternelle de 1990 d'ici à l'an 2000 et d'une nouvelle moitié d'ici à l'an 2015 (par. 8.21). Certains progrès ont été enregistrés à cet égard. La santé maternelle s'est améliorée dans un certain nombre de pays en développement par suite de l'élargissement des compétences des sages-femmes, de l'existence d'une infrastructure sanitaire de base et de l'accès aux soins de santé. La conception de la maternité sans risques comme constituant à la fois un aspect du développement et un impératif en matière de droits fondamentaux a favorisé une meilleure prise de conscience des problèmes liés à la mortalité et à la morbidité maternelles. La plupart des pays renforcent leurs efforts pour prévenir les grossesses non désirées, tandis que d'autres tentent plus systématiquement d'atténuer les effets sur la santé des avortements effectués dans des conditions malsaines.

35. Un grand nombre de pays autorisent maintenant l'avortement pour sauver la vie de femmes enceintes. Mais seuls quelques-uns d'entre eux s'efforcent de veiller à ce que, dans tous les cas où la loi ne s'y oppose pas, l'avortement se fasse sans risques avec le concours d'un personnel qualifié et compétent et dans des installations adéquates. Il n'existe souvent pas de services pour traiter les femmes qui subissent des complications à la suite d'un avortement effectué dans des conditions malsaines et dont la vie et la santé sont menacées.

36. Au cours des dernières années, on a enregistré une forte baisse des taux d'avortement en Europe centrale et orientale, dans les États nouvellement indépen-

dants et dans les républiques d'Asie centrale, grâce à un usage plus répandu des contraceptifs modernes. Des progrès ont été réalisés dans la formation du personnel des services de santé et l'équipement des hôpitaux a été modernisé pour faire face aux complications résultant d'avortements, et plusieurs pays en développement ont mis en place des moyens spécifiques d'améliorer les services et les soins consécutifs à un avortement.

37. En dépit de ces réalisations, les progrès dans la réduction de la mortalité maternelle ont été lents dans l'ensemble. Les principaux facteurs à l'origine des forts taux de mortalité et de morbidité enregistrés dans les pays en développement demeurent présents. Il s'agit notamment de la condition inférieure des femmes, de leur mauvais état nutritionnel chronique et de leurs taux élevés d'anémie. La réduction de la mortalité infantile n'est pas tant le fait de lacunes techniques que du faible degré d'engagement politique, de l'insuffisance des ressources et de l'incapacité à définir des priorités et à intervenir de manière efficace.

F. Pandémie du syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

38. Le rapport le plus récent du Programme commun coparrainé par les Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui date de décembre 1998, estime que plus de 95 % de tous les séropositifs vivent dans les pays en développement. Sur le plan mondial, il y a 33,4 millions de personnes infectées par le VIH ou le sida, dont 32,2 millions d'adultes et 1,2 million d'enfants de moins de 15 ans. Près de 3 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient séropositifs en 1998. Le nombre de nouveaux cas a augmenté dans les plus fortes proportions chez les femmes, qui constituaient 43 % des adultes nouvellement infectés en 1998, contre 41 % à peine un an auparavant. Les taux d'infection des femmes mariées ayant seulement un partenaire sont également très élevés dans les pays en développement.

39. L'Afrique subsaharienne en particulier est durement frappée. Bien que cette région n'abrite que 10 % de la population mondiale, elle intervient pour 70 % dans le total des nouvelles infections enregistrées depuis 1998 et, actuellement, plus des deux tiers des personnes atteintes du sida y vivent. Sur les 2,5 millions de décès causés par le sida en 1998, 2 millions ont eu lieu en Afrique subsaharienne. Sur le total des enfants de cette région rendus orphelins par le sida, 95 % ont perdu soit leur mère soit leurs deux parents à cause du sida. En Afrique, le nombre de femmes séropositives dépasse aujourd'hui de 2 millions celui des hommes séropositifs ¹³.

40. Les aspects sexospécifiques du VIH et du sida, à l'origine de ces évolutions, entraînent des risques particuliers pour les femmes. D'après le rapport ONUSIDA/OMS, les femmes sont d'une façon générale plus vulnérables à l'infection par le VIH que les hommes. Elles ont une plus forte vulnérabilité biologiquement déterminée aux maladies sexuellement transmissibles et au VIH. Les rôles qui leur sont assignés par des impératifs culturels ne leur permettent guère de décider de leur propre sexualité et ne leur donnent, dans le meilleur des cas, qu'un faible pouvoir de négociation pour ce qui est des pratiques sexuelles. Par ailleurs, de nouvelles études mettent en évidence le lien qui existe entre la contamination par le VIH et les actes de violence sexuelle, en particulier chez les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe ¹⁴.

41. La vulnérabilité des femmes au VIH et au sida est également liée à l'âge et au statut économique. Le sida est le plus répandu chez les femmes jeunes et pauvres. C'est précisément le groupe de population qui n'a ni éducation de base, ni logement décent, ni alimentation correcte, ni accès à des soins médicaux de qualité. Les médicaments contre le VIH et le sida sont hors de portée du plus grand nombre, mais ils sont encore plus inaccessibles pour les femmes. Celles-ci n'ont souvent pas les moyens de consulter un médecin ou, étant sans emploi, sont exclues des programmes d'assurance médicale qui généralement donnent accès aux services médicaux. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables – des études effectuées dans plusieurs pays ont révélé que les Africaines âgées de 15 à 19 ans sont cinq à six fois plus exposées à la séropositivité que les garçons du même âge¹⁵.

42. En se fondant sur les taux d'infection actuels, on estime que la mortalité maternelle due au sida en Afrique, en Asie et en Amérique latine fera près de 42 millions d'orphelins d'ici à 2010. La contamination mère-enfant touche environ 300 000 nouveau-nés chaque année, pour la plupart dans les pays en développement.

43. En raison de l'ampleur de la pandémie et de ses aspects sexospécifiques, il est indispensable d'élaborer des stratégies multiples face à la complexité du problème. Il faut notamment analyser les conséquences des réformes du secteur de la santé engagées dans de nombreux pays en développement alors que les raisons impératives de procéder à des investissements publics dans la santé se multiplient. Cet état de choses fait que les services de santé restent inefficaces face à la pandémie du sida, en particulier dans les pays africains les plus touchés. En outre, de nombreux services de santé sont en passe de devenir totalement inopérants, et des progrès importants accomplis en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile ont été anéantis, la situation ayant même empiré.

G. Répondre aux besoins des adolescents

44. Il est indéniable que la santé des adolescents en matière de reproduction fait désormais partie du programme de santé publique de la majorité des pays. De nombreux pays ont adopté des politiques, des normes et des dispositifs pour tenter de répondre aux besoins des adolescents. Ils ont intégré la santé en matière de reproduction dans les programmes en faveur de la jeunesse et accordé en la matière une place spécifique aux adolescents dans les plans nationaux concernant la santé, ou créé des directions de la jeunesse dans au sein des ministères. Des progrès ont été réalisés en matière d'information et de prestation de services pour les adolescents. Les mariages précoces et certaines pratiques préjudiciables aux filles sont devenus moins fréquents. L'écoute et la consultation des jeunes eux-mêmes sont considérées de plus en plus souvent comme un élément indispensable de la conception, de la planification et de l'exécution des programmes d'information et de prestation de services aux adolescents.

45. Les 91 pays qui ont répondu à l'enquête sur le terrain ont tous pris des mesures en faveur de la santé des adolescents en matière de reproduction. Face aux besoins qui existent dans ce domaine, les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ont réalisé les plus grands progrès, suivis par l'Afrique. Parmi les pays qui ont pris des mesures pour répondre à ces besoins, certains ont mis en place des activités d'approche et de sensibilisation et des programmes en milieu scolaire, élaboré des politiques en faveur de la jeunesse et créé de nouvelles institutions de prestation de

services de santé en matière de reproduction à l'intention des adolescents (tableau 3).

Tableau 3
Mesures prises par les pays dans le domaine de la santé des adolescents en matière de reproduction

| <i>Mesures prises</i> | <i>Pays</i> |
|--|--|
| Activités d'approche et de sensibilisation | Albanie, Azerbaïdjan, Barbade, Bhoutan, Bolivie, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Éthiopie, Haïti, Kenya, Madagascar, Malawi, Maldives, Maroc, Maurice, Mexique, Micronésie, Mongolie, Mozambique, Namibie, Népal, Ouzbékistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République arabe syrienne, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Sainte-Lucie, Seychelles, Sierra Leone, Sri Lanka, Trinité-et-Tobago, Turquie, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Zambie |
| Programmes en milieu scolaire | Afrique du Sud, Azerbaïdjan, Bhoutan, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Équateur, Égypte, Estonie, Fédération de Russie, Fidji, Gambie, Haïti, Jordanie, Kiribati, Lesotho, Madagascar, Mali, Maroc, Micronésie, Mongolie, Ouzbékistan, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou, Pologne, République centrafricaine, République démocratique de Corée, Roumanie, Turkménistan, Turquie, Viet Nam |
| Politiques en faveur de la jeunesse | Afrique du Sud, Bangladesh, Bolivie, Botswana, Cameroun, Costa Rica, Côte d'Ivoire, El Salvador, Équateur, Estonie, Honduras, Lesotho, Malawi, Mali, Maroc, Mexique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Panama, Paraguay, Pérou, Pologne, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Sierra Leone, Viet Nam, Zambie |
| Nouvelles institutions | Albanie, Bhoutan, Burkina Faso, Cap-Vert, Costa Rica, Équateur, Fidji, Ghana, Kazakhstan, Mongolie, Mozambique, Nicaragua, République dominicaine, Sri Lanka, Turkménistan |
| Conseils aux jeunes | Angola, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Égypte, Estonie, Gambie, Honduras, Îles Cook, Madagascar, Mali, Maroc, Mexique, Micronésie, Mongolie, Nicaragua, Tonga, Uruguay |
| Participation des organisations non gouvernementales | Azerbaïdjan, Barbade, Bolivie, Botswana, Cap-Vert, Comores, Costa Rica, Égypte, Équateur, Estonie, Éthiopie, Fidji, Gambie, Ghana, Îles Marshall, Inde, Jamaïque, Kenya, Maldives, Mali, Népal, Nicaragua, Ouzbékistan, Panama, République arabe syrienne, Roumanie, Sénégal, Sierra Leone, Tonga, Turquie, Tuvalu, Vanuatu, Venezuela, Zambie |

46. Malgré les progrès considérables de la collaboration entre les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les gouvernements, en particulier en Afrique, les adolescents restent l'un des groupes les plus mal desservis, surtout si on considère leur nombre. De ce fait, des naissances non planifiées compromettent les perspectives d'avenir, tant de filles que de garçons, à un âge précoce et le manque d'information concernant les conséquences de certains comportements sexuels exposent les adolescents aux maladies sexuellement transmissibles, notamment au VIH/sida. C'est pourquoi on a impérativement besoin d'une plus forte volonté politique qui traduise la détermination à mettre au point des stratégies acceptables et efficaces.

H. Élimination de la violence à l'égard des femmes

47. La violence à l'égard des femmes fait gravement obstacle à l'exercice par celles-ci de leurs droits fondamentaux. Les gouvernements, en collaboration avec les organismes des Nations Unies ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales internationales et locales, participent activement à la promotion de la tolérance zéro de la violence à l'égard des femmes. Les stratégies adoptées sont extrêmement variées. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est de plus en plus utilisée en tant qu'instrument de suivi en matière, notamment, de violence sexiste. D'autres mécanismes institutionnels mis en place par les Nations Unies pour la défense des droits de l'homme favorisent la prise de mesures juridiques, politiques et sociales pour protéger les femmes contre la violence, et les pays commencent à les utiliser au niveau national avec de bons résultats.

48. De ce fait, la violence sexiste, qui était autrefois taboue, est désormais ouvertement reconnue. Des lois ont été promulguées dans plusieurs pays pour protéger les femmes contre la violence, et les codes de la famille ont été révisés pour tenir compte des problèmes de violence familiale. Les autres stratégies adoptées sont notamment les suivantes : création de centres de consultation et d'aide pour les familles; mise à disposition de «numéros verts» permettant de signaler les violences familiales; programmes de formation pour apprendre aux policiers comment réagir face à ce genre de violence; formation pour lutter contre le harcèlement sexuel, en particulier au travail; mise en place de programmes financiers en faveur des femmes rurales afin d'élargir leurs options économiques.

49. Pour que ces stratégies donnent des résultats, les instances responsables de leur application instaurent des liens entre pouvoirs publics, autorités de police, organisations non gouvernementales et groupements féminins. Par exemple, les organisations non gouvernementales créent des centres d'accueil pour les victimes de viol, d'inceste et d'autres formes de violence tandis que les pouvoirs publics améliorent leurs systèmes de collecte de données sur le mariage et le divorce et apprennent aux juges et aux chefs religieux à élaborer et à utiliser des mécanismes de suivi pour contrôler de près la violence à l'encontre des femmes. Toutefois, compte tenu de l'ampleur du problème, ces efforts ont besoin d'un soutien considérable.

I. Lutte contre les pratiques préjudiciables aux femmes et aux filles

50. Abolir les pratiques préjudiciables aux femmes et aux filles est un travail de longue haleine. Les interventions doivent avoir des objectifs clairement définis, porter sur des aspects précis et être appuyées sur une parfaite compréhension de l'environnement culturel. Ces pratiques constituent une forme de violence sexiste et sont désormais ouvertement traitées par le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

51. Des progrès ont été faits en vue de mettre hors la loi les pratiques préjudiciables au bien-être des femmes et des filles. Neuf pays africains – Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ghana, Guinée, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Togo – ont pris des dispositions en vue d'ériger en infraction la pratique des mutilations génitales féminines. Les peines vont d'un minimum de six mois de prison à la prison à vie. En Égypte, le Ministre de la santé a pris un arrêté proscrivant les mutilations génitales féminines.

52. Les pays ont donc démontré qu'on peut mener à bien des mesures de lutte contre les pratiques préjudiciables aux femmes et aux filles sans porter atteinte à des valeurs culturelles légitimes. Diverses stratégies sont utilisées suivant les pays : mise au point de nouvelles formes d'information et de formation relatives à la santé des femmes à l'intention des partisans de ces pratiques; campagnes d'information sur les droits des femmes en vue de sensibiliser le législateur et le public aux risques que présentent certaines pratiques culturelles pour la santé et de leur faire prendre conscience qu'elles constituent des violations des droits de la personne; mise en place de dispositifs de suivi, comportant des activités de recherche et de sensibilisation, pour déterminer la fréquence et la nature de ces pratiques et en faire connaître les effets nocifs; approches intersectorielles faisant participer les notables, les organisations religieuses, les associations de parents et d'enseignants et les pouvoirs publics à la lutte contre ces pratiques.

53. Les pays ont reconnu la nécessité d'adopter des approches intégrées pour agir sur le contexte social, culturel et économique qui favorise les pratiques préjudiciables aux femmes et aux filles. C'est pourquoi les gouvernements encouragent les familles, et en particulier les parents et autres tuteurs légaux, à améliorer l'image que les filles ont d'elles-mêmes, leur respect de soi et leur statut et à protéger leur santé et leur bien-être.

54. Néanmoins, «les pratiques en question persistent et continuent de mettre en danger la santé et la vie de nombreuses femmes et filles. Les meurtres pour sauver l'honneur, les rites de purification des veuves, les mariages forcés et l'immolation des fiancées par le feu restent courants. La persistance de ces pratiques est possible à cause de l'absence de lois pour les combattre, de préjugés sexistes dans l'application des lois existantes et de la dépendance des femmes.

J. Mobilisation en faveur de l'éducation des filles

55. Ouvrir les portes de l'enseignement aux filles est un moyen efficace de développer leur confiance en soi et leur estime de soi. L'expérience tend d'ailleurs à prouver que la situation des femmes pour ce qui est de la santé en matière de reproduction s'améliore fortement dès lors qu'elles sont mieux éduquées. De nombreuses études ont montré que les femmes qui avaient eu accès au système éducatif avaient des familles moins nombreuses et en meilleure santé, étaient plus au fait des problèmes de santé et n'hésitaient pas à recourir au personnel médical en cas de besoin¹⁶.

56. Les résultats de l'étude menée par le FNUAP (UNFPA Field Inquiry on Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action) montrent que 57 pays (soit 50 %) estimaient que le pourcentage de filles ayant accès à l'enseignement primaire était déjà très honorable. Soixante et un pour cent des pays africains et 59 % des pays asiatiques ont indiqué avoir pris des mesures, en particulier en faveur des filles, pour démocratiser le système éducatif.

57. L'accès universel à l'enseignement primaire n'apparaît plus comme une simple chimère, comme en témoignent les efforts faits par les pays en développement dans les domaines suivants : gratuité de l'enseignement et programmes de bourses, multiplication du nombre d'écoles, meilleure couverture géographique et réforme des programmes scolaires pour tenir compte des sexospécificités. Certains pays ont introduit dans leur législation des dispositions visant à mieux faire respecter le droit des filles à l'éducation. Grâce à ces initiatives, on a constaté une hausse du taux de scolarisation des filles dans de nombreux pays. Dans la plupart des régions du monde, on compte désormais plus de 80 filles pour 100 garçons inscrits à l'école primaire.

58. Toutefois, l'accès universel à l'éducation et la disparition des inégalités entre les sexes ne sont pas encore des acquis, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Les enfants pauvres, en particulier les filles, ont les plus faibles taux de réussite scolaire. Leur taux d'abandon est plus élevé à tous les niveaux, notamment au moment de la transition entre l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire. Les familles à faibles revenus sont souvent incapables de payer les uniformes, les frais de scolarité, les manuels et le transport. Par ailleurs, la qualité de l'enseignement dans ces régions pâtit du nombre insuffisant d'enseignants, des programmes inadaptés ou ne prenant pas en compte les sexospécificités, du manque de formation du personnel et du sous-équipement des établissements. De moindres investissements dans les équipements scolaires, caractéristique des économies pauvres, sont aussi à blâmer.

K. Le rôle des hommes dans la famille et dans la santé en matière de reproduction

59. Ces dernières années, on s'est efforcé d'obtenir que les hommes s'impliquent davantage dans le domaine de la santé en matière de reproduction en les informant, en leur proposant des cours d'éducation sexuelle et en les faisant bénéficier de services de santé. L'idée est qu'une plus grande responsabilisation des hommes a des conséquences positives pour les deux sexes. La grande majorité des pays qui ont répondu à l'enquête du FNUAP ont lancé des initiatives, telles que l'adoption de lois

en matière d'emploi et de pensions alimentaires, pour que les hommes fassent preuve d'une attitude plus responsable s'agissant des relations sexuelles et de la contraception et prennent mieux la mesure de leur rôle social et familial.

60. Les pays qui ont cherché à mieux sensibiliser les hommes ont surtout recouru à des campagnes d'information, l'objectif étant d'infléchir les attitudes et les pratiques socioculturelles, notamment en ce qui concerne la violence à l'égard des femmes, qui influent sur la santé en matière de sexualité et les droits des femmes et des filles en matière de procréation. Les gouvernements étoffent également leur législation sur la famille afin de répondre aux besoins des hommes dans les domaines suivants : famille monoparentale, garde des enfants, adoption et questions voisines.

61. Selon les résultats de l'enquête du FNUAP, 37 pays ont pris des mesures pour mieux responsabiliser les hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction (tableau 4).

Tableau 4

Mesures prises par certains pays en vue de responsabiliser les hommes

| Mesures | Pays |
|---|---|
| Formation; information; éducation et communication et activités de sensibilisation diversifiées | Angola, Barbade, Belize, Botswana, Brésil, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Comores, Égypte, Éthiopie, Fidji, Îles Marshall, Jamaïque, Jordanie, Malawi, Maldives, Mali, Mauritanie, Mexique, Micronésie, Mozambique, Népal, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pérou, Philippines, République arabe syrienne, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République islamique d'Iran, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Sainte-Lucie, Samoa, Seychelles, Swaziland, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turquie, Uruguay, Vanuatu, Venezuela, Viet Nam, Yémen, Zambie, Zimbabwe |
| Réforme du code de la famille : révision et enrichissement des lois relatives aux pensions alimentaires et à la paternité | Afrique du Sud, Belize, Bhoutan, Botswana, Brésil, Cap-Vert, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Ghana, Guinée, Îles Marshall, Jamaïque, Jordanie, Mongolie, Mozambique, Nicaragua, Niger, Pérou, Pologne, République dominicaine, Roumanie, Sainte-Lucie, Viet Nam, Zambie |
| Promotion des méthodes de contraception masculine, notamment les préservatifs et la vasectomie | Bhoutan, Botswana, Chine, Fidji, Inde, Kiribati, Pérou, République démocratique populaire de Corée, Samoa, Viet Nam |

62. Certains pays ont lancé des recherches et des études afin de mieux comprendre d'une part comment les hommes pouvaient s'impliquer davantage dans le domaine de la santé en matière de reproduction et d'autre part quels étaient les obstacles rencontrés¹⁷. D'autres initiatives sont aussi en cours : politiques et plans nationaux visant à promouvoir la participation des hommes; activités menées au niveau local dans lesquelles les hommes participent à la distribution de préservatifs et s'efforcent

d'en répandre l'usage; et ateliers de sensibilisation organisés aux niveaux central et provincial.

L. Dispositifs d'intervention en cas de situation d'urgence

63. Nul ne conteste que, dans les situations d'urgence, il existe un besoin aigu dans le domaine des services de santé en matière de reproduction, besoin que tentent de combler plusieurs organismes des Nations Unies et organisations non gouvernementales internationales. Il importe tout particulièrement de garantir la santé en matière de reproduction des réfugiés et des personnes déplacées, et d'empêcher que les femmes réfugiées soient victimes de violences sexuelles.

64. Dans la région africaine des Grands Lacs, il existe des programmes axés sur la formation du personnel et la fourniture de matériel et de services afin de répondre aux besoins des femmes se trouvant dans des situations d'urgence : planification familiale, en particulier les contraceptifs; accouchements médicalisés; traitement des complications liées à des avortements non médicalisés; distribution de la pilule du lendemain en cas de violences sexuelles ou de viol; prévention des maladies sexuellement transmissibles, notamment du VIH/sida.

65. En partenariat avec des organisations non gouvernementales internationales, les organismes des Nations Unies sont intervenus dans l'urgence pour répondre aux besoins de santé en matière de reproduction de milliers de personnes fuyant le conflit au Kosovo ainsi qu'aux réfugiés regroupés dans des camps en Albanie ou au Timor oriental. Une enquête sur les violences sexuelles subies par les femmes kosovares a révélé des cas d'enlèvement, de viol et de torture. L'ONU et ses partenaires forment des conseillers dont la tâche est de venir en aide aux réfugiés qui ont subi des violences sexuelles. Une aide d'urgence a également été proposée aux victimes de séismes dans plusieurs pays en développement.

66. Dans des situations exceptionnelles, les organismes des Nations Unies et les gouvernements asiatiques ont uni leurs efforts pour distribuer des rations alimentaires complémentaires aux populations les plus exposées. Les organisations internationales renforcent les capacités des pouvoirs publics locaux et de la société civile, notamment des organisations non gouvernementales, pour leur donner les moyens de faire face à des situations d'urgence. Ce type d'activité sera certainement très utile à de nombreux autres pays.

67. Le manque de personnel qualifié, que ce soit sur le plan technique ou administratif, nuit à l'efficacité des services de santé en matière de reproduction proposés dans des situations d'urgence.

IV. Questions touchant la condition féminine dans les programmes relatifs à la population et au développement

A. Traite des femmes et des filles

68. L'exploitation sexuelle et la traite des enfants sont des problèmes qui se posent dans le monde entier. On estime que chaque année plus de 2 millions de filles âgées

de 5 à 15 ans sont jetées sur le marché du sexe¹⁸. La commercialisation du sexe est étroitement liée à la pauvreté dans les pays en développement. La pauvreté rurale, le fort taux de chômage et le creusement des inégalités entre les riches et les pauvres expliquent le succès rencontré par ce commerce. Dans certains pays en développement, les jeunes femmes issues de familles rurales pauvres sont contraintes de se prostituer dans les villes où elles nourrissent une industrie du sexe florissante qui pourvoit aux besoins d'une clientèle locale et étrangère aisée. Le commerce du sexe, qui inclut la pornographie, repose aussi sur les technologies de pointe avec l'Internet et est de plus en plus lié à la criminalité organisée.

69. Les travailleuses sexuelles sont plus exposées au VIH/sida que la plupart des autres femmes et souffrent aussi plus souvent d'affections de l'appareil génital. Certaines études ont révélé que 80 % des femmes interrogées étaient séropositives. L'examen des modes d'infection par le VIH dans certains pays montre que le sexe à but commercial et la transmission du VIH sont directement liés. L'infection par le VIH se propage aussi plus rapidement le long des itinéraires empruntés par les chauffeurs routiers, ceux-ci ayant souvent des rapports sexuels non protégés avec des prostituées.

B. La préférence donnée aux garçons

70. Selon le rapport du FNUAP consacré à l'état de la population mondiale en 1997, les avortements pratiqués en fonction du sexe et l'absence de soins expliquent que au moins 60 millions de filles qui devraient normalement être vivantes «manquent à l'appel» dans différentes populations¹⁹. Les techniques modernes permettent aux parents de connaître le sexe du fœtus et de recourir à l'avortement s'il s'agit d'une fille : de fait, plus de 90 % des interruptions volontaires de grossesse portent sur des fœtus de sexe féminin.

71. Adopter des dispositions juridiques peut atténuer la discrimination à l'égard des femmes, mais sensibiliser le public, lancer des initiatives visant à améliorer la condition des femmes et des filles, adopter un cadre législatif approprié, continuer à surveiller l'évolution de la situation et appliquer les mesures coercitives sont autant de mesures importantes de nature à sonner le glas des pratiques discriminatoires et à donner aux filles la place qui leur revient²⁰.

C. Féminisation de la pauvreté

72. La condition de la femme s'est certes améliorée dans de nombreux pays, mais le pourcentage de femmes pauvres est plus élevé que jamais. Dans les pays développés, la situation des femmes a considérablement évolué (allongement de l'espérance de vie, meilleurs taux d'alphabétisation et de réussite scolaire, participation accrue à la vie politique), à l'inverse des pays en développement. Le nombre absolu de femmes pauvres a augmenté et certains indicateurs de développement humain suggèrent que la pauvreté a tendance à se féminiser²¹.

73. Cette situation est due à des facteurs macroéconomiques (persistance de l'endettement, mondialisation des échanges et récession mondiale), qui affectent particulièrement les femmes, et à des crises microéconomiques au sein même des ménages. Suite au décès des maris, généralement plus âgés, et à cause de la migration des conjoints pour raisons professionnelles et des taux d'abandon et de divorce

élevés, nombreuses sont les femmes qui subviennent seules aux besoins de leur famille. Ainsi, en Afrique, un ménage sur trois est dirigé par une femme. Les femmes sont les premières victimes de la pauvreté dans le monde et en pâtissent au premier chef dans la vie quotidienne²². Ces deux faits sont indissociables et rendent les femmes plus vulnérables, notamment pour ce qui est de leur capacité à exercer leurs droits à la santé et au développement en général.

74. Lutter contre la pauvreté en ouvrant de nouveaux horizons économiques conduit à une amélioration de la santé en matière de reproduction; affirmer les droits dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction ne peut que faire régresser la pauvreté. Or les pauvres sont particulièrement désavantagés en la matière. Marginalisés, n'ayant aucun pouvoir politique, ils sont mal desservis par les services publics et n'ont pas les moyens de recourir au secteur privé pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. Leur existence se résume souvent à survivre. Mal informés, les pauvres ne jouissent pas pleinement de leurs droits sociaux et économiques fondamentaux, notamment du droit à la santé en matière de sexualité et de reproduction.

75. Dans les sociétés où la tradition impose aux femmes de mener une existence retirée, les programmes visant à promouvoir le travail indépendant peuvent aider celles-ci à nouer des relations informelles avec leurs semblables, y compris celles qui se chargent de la planification familiale. Couplés à une meilleure information et un élargissement de l'accès au crédit, ces programmes peuvent déboucher sur une évolution des mentalités concernant la contraception et, partant, la régulation des naissances. Les expériences menées jusqu'à présent confirment que lorsqu'un individu exerce un plus grand contrôle sur ses choix en matière de procréation et ses moyens d'existence, les bénéfices qui en découlent se renforcent mutuellement²³. Améliorer les moyens d'existence tout en élargissant l'accès aux services de santé en matière de reproduction et à l'information permet aux femmes de prendre confiance en elles, conforte leur estime de soi, facilite leur participation à la vie politique et sociale, renforce leur pouvoir de décision et leur statut au sein de la famille. Les bénéfices ne sont pas cantonnés aux individus, mais rejaillissent sur la famille et la communauté.

D. Obstacles à la mise en oeuvre

76. D'après l'enquête sur le terrain du FNUAP, les obstacles les plus fréquents à la mise en oeuvre des politiques de population et de développement sont les suivants : a) un engagement institutionnel insuffisant; b) le manque de ressources financières; et c) l'absence d'une capacité institutionnelle, notamment de personnel formé et qualifié, une mauvaise connaissance ou compréhension des problèmes, le manque de données et une coordination insuffisante entre institutions et ministères.

77. De graves obstacles à l'élaboration de politiques sanitaires en matière de reproduction et de sexualité, et de la législation connexe, existent dans de nombreux pays. Des conditions économiques difficiles peuvent limiter l'accès aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité, ainsi qu'aux services de planification familiale. De nombreux comportements et croyances socioculturels et religieux privilégient encore la fonction de reproduction des femmes et limitent la capacité des femmes à prendre des décisions dans les sphères privées et publiques. Des attitudes restrictives entravent également la participation des femmes à la vie économi-

que et politique, ainsi que leur accès à l'information et aux connaissances, et font que leurs points de vue en tant que parties prenantes importantes ne sont pas pris en compte dans la formulation, la planification et la mise en oeuvre de politiques.

1. Persistance d'attitudes et de pratiques culturelles négatives

78. Les pratiques traditionnelles nocives pour la santé des femmes et des petites filles ont été dénoncées dans le cadre de plusieurs conférences mondiales, notamment la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, la Conférence internationale sur la population et le développement et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Les gouvernements sont de plus en plus souvent invités à prendre des mesures pour lutter contre les pratiques traditionnelles dangereuses. De telles pratiques sont entretenues par l'attitude des populations à l'égard des femmes. Elles perpétuent les préjugés contre les femmes, sapent les efforts d'autonomisation de ces dernières et les stratégies visant à intégrer les perspectives soucieuses des droits de l'homme et réduisent à néant les mesures juridiques et autres visant à promouvoir l'égalité des sexes.

79. Afin de répondre aux engagements pris dans diverses instances internationales et nationales, de nombreux pays considèrent que des mesures législatives et concrètes s'imposent. Ils insistent également sur la nécessité d'accroître les activités de plaidoyer et les campagnes d'information, d'éducation et de communication afin de lutter contre les pratiques dangereuses. S'il est vrai qu'un grand nombre de pays ont promulgué des lois, procédé à des modifications institutionnelles et formulé des politiques en faveur de l'égalité des sexes, il reste qu'on doit encore mettre en oeuvre ces mesures et faire en sorte qu'elles soient totalement appliquées.

2. Absence de mécanismes institutionnels efficaces

80. Les gouvernements doivent prendre des mesures palliatives consistant à formuler des politiques et à créer des institutions soucieuses des problèmes des femmes. Il convient de promouvoir un partenariat intersectoriel dans la société, notamment entre les groupes féminins, les organisations communautaires, le secteur privé et les organisations non gouvernementales. De nombreux gouvernements reconnaissent leurs limites et encouragent les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les groupes communautaires à participer davantage aux programmes de population, de parité et de développement.

3. De faibles capacités techniques

81. Moins de la moitié des mères des pays en développement accouchent sous la supervision d'un accoucheur qualifié ou d'un professionnel de la santé, facteur clef pour garantir la survie de la mère et du bébé. Les pays dont les taux de naissance sous supervision professionnelle sont les plus faibles ont également les taux de mortalité maternelle les plus élevés du monde.

82. Les programmes de renforcement des capacités doivent être conçus aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Ils doivent être axés non seulement sur les problèmes spécifiques des femmes, mais aussi sur la question plus vaste de la parité et des droits de la personne. Les programmes de formation des médecins et des infirmiers doivent être soigneusement conçus afin que les problèmes des femmes soient à l'avenir convenablement définis dans la planification et la prestation des services de santé.

83. L'attitude de nombreux médecins et infirmiers constitue souvent un obstacle pour les femmes qui cherchent à prendre des décisions en toute connaissance de cause au sujet de leur santé. Il est indispensable que tous les agents sanitaires respectent la dignité et les droits fondamentaux de tous les patients, notamment le droit exprès à des informations complètes sur leur état de santé et sur les différents traitements disponibles. Une stratégie spéciale est donc nécessaire à tous les niveaux afin de faire comprendre aux agents sanitaires l'importance d'une perspective sexospécifique dans leur travail.

4. Insuffisance de la mobilisation et de l'affectation des ressources

84. Bien que plusieurs pays développés aient mobilisé des ressources et contribué pour beaucoup à l'assistance internationale apportée aux programmes de population et de développement, certains obstacles empêchent des pays de mobiliser les ressources supplémentaires nécessaires pour mettre en oeuvre intégralement le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Les obstacles rencontrés par les pays donateurs sont notamment : a) la baisse de l'aide publique au développement (APD); b) l'affaiblissement des économies et les compressions budgétaires; c) le manque d'intérêt pour les programmes de population internationaux de la part de nombreuses fondations et organisations de bienfaisance; d) la mauvaise compréhension de l'interdépendance entre population et développement et de l'importance de l'intégration des questions de population dans la planification du développement; et e) la perception qu'il n'est pas nécessaire de mobiliser des ressources pour des activités de population car ces préoccupations sont convenablement prises en compte par le secteur sanitaire et social.

85. Dans le même temps, les pays donateurs reconnaissent toutefois qu'il est nécessaire d'intensifier les efforts de mobilisation des ressources pour la poursuite de la mise en oeuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et indiquent qu'il est nécessaire : a) d'envisager de nouvelles modalités, par exemple une plus grande participation du secteur privé, notamment des fondations privées, pour financer les services de santé de la reproduction, dont la planification familiale; b) d'augmenter l'aide des donateurs au financement des facteurs essentiels à la réalisation des activités de base de la CIPD, tels que les produits, la formation spécialisée et la collecte de données à des fins de contrôle et d'évaluation, lorsque les pays ne sont pas en mesure de les faire eux-mêmes; c) d'augmenter l'assistance internationale aux programmes de population et de santé de la reproduction, dans le cadre de la réforme du secteur sanitaire et de la décentralisation; et d) d'encourager les pays en développement à accroître les allocations internes destinées aux programmes nationaux de population et, en particulier, promouvoir les programmes du secteur social dans le cadre de l'Initiative 20/20 examinée lors de la Conférence internationale sur la population et le développement et adoptée par le Sommet mondial pour le développement social de 1995 à Copenhague.

V. Conclusions

A. Renforcement de l'intégration d'une perspective sexospécifique dans les politiques, les programmes et les activités

86. Au cours des cinq dernières années, de nombreux pays ont mis en oeuvre avec succès diverses composantes du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement pour améliorer la condition de la femme. Des leçons importantes ont été tirées et des pratiques performantes ont été répertoriées. L'égalité entre les sexes sert de plus en plus de principe directeur de base pour les programmes de population et de développement, quels que soient les contextes sociaux, culturels, économiques et politiques. Il est toutefois nécessaire de renforcer les mesures dans de nombreux domaines, comme l'a mis en évidence la session extraordinaire de l'Assemblée générale (juin-juillet 1999) consacrée à un examen et une évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD+5).

87. Certaines des mesures nécessaires pour intégrer une perspective sexospécifique dans les politiques, les programmes et les activités sont décrites ci-après :

1. Il importe d'affiner et de renforcer la conception des politiques et programmes de population et de développement fondée sur les droits et d'intégrer l'éducation en matière des droits de l'homme dans les programmes d'éducation scolaire et d'enseignement parallèle.
2. Des mesures doivent être prises pour éliminer les attitudes traditionnelles, religieuses et culturelles nocives qui asservissent les femmes et aggravent les inégalités entre les sexes.
3. Une perspective sexospécifique devrait être appliquée dans les processus de formulation des politiques et de mise en oeuvre des programmes, ainsi que dans la prestation de services.
4. Des mesures devraient être adoptées pour atténuer la sexospécificité de l'incidence de la mondialisation de l'économie et de la privatisation des secteurs sanitaires et sociaux, en particulier sur les pauvres.
5. Tous les systèmes de données et d'informations devraient permettre de disposer de données ventilées par sexe nécessaires pour traduire les politiques en stratégies qui tiennent compte des problèmes de parité et mettre au point des indicateurs pertinents d'incidence selon le sexe afin de pouvoir mesurer les progrès accomplis.
6. Les besoins des personnes âgées concernant la santé en matière de sexualité doivent être satisfaits par des programmes, des services et des mécanismes institutionnels spéciaux destinés aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Les besoins en matière de reproduction d'autres groupes, comme les handicapés, les immigrants, les réfugiés et les personnes déplacées doivent être également satisfaits.
7. Les gouvernements et le secteur privé devraient prendre toutes les mesures nécessaires pour supprimer les inégalités au niveau de la participation des femmes au marché du travail. Des politiques ou législations octroyant un salaire égal pour un travail égal doivent être mises en place et appliquées.

B. Mesures recommandées dans les domaines de la parité, de la population et du développement

88. Les mesures recommandées lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale (CIPD+5) pour promouvoir l'égalité entre les sexes incluent les points décrits ci-après :

1. La capacité institutionnelle et les compétences spécialisées des agents de l'État et de la société civile, notamment du personnel des organisations non gouvernementales, doivent être renforcées afin de promouvoir la prise en compte des questions d'équité entre les hommes et les femmes.
2. L'éducation des enfants en matière de parité doit être favorisée en tant que mesure essentielle pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes. La scolarisation des filles doit être encouragée afin de garantir l'autonomie des femmes des générations futures.
3. La participation des femmes à tous les niveaux de l'élaboration de politiques et de la prise de décisions, notamment en ce qui concerne les réformes financières, ainsi que la prévention et le règlement des conflits, doit être accélérée.
4. La famille représente une influence puissante dans la vie des femmes. Il convient de mettre au point des stratégies de promotion de l'égalité des sexes à l'échelle de la famille. Il importe également de considérer la famille comme unité d'analyse permettant de contrôler les progrès accomplis.
5. Tous les pays doivent ratifier la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ainsi que son Protocole facultatif, et lever les réserves éventuelles. Il convient d'établir des cadres juridiques afin de protéger les droits fondamentaux des femmes.
6. Les médias, les parlementaires et autres groupes similaires doivent adopter et renforcer des stratégies de lutte contre les attitudes négatives à l'égard des femmes et contribuer à l'amélioration de la valeur accordée aux femmes par la société.
7. Il convient de décréter la tolérance zéro pour toutes les formes de violence contre les femmes et les enfants, notamment le viol, l'inceste, la violence sexuelle et le trafic sexuel.
8. Les petites filles doivent être protégées, en particulier contre les pratiques dangereuses, et doivent avoir un meilleur accès à la santé, à l'éducation et aux autres opportunités. Il convient d'améliorer et de renforcer le rôle de la famille s'agissant de préserver le bien-être des petites filles.
9. Il convient d'agir pour que les filles et les femmes aient une image positive d'elles-mêmes et confiance en elles-mêmes, grâce à des stratégies d'information, d'éducation et de communication. Les programmes scolaires doivent être modifiés de manière à supprimer les stéréotypes féminins de tous les matériels scolaires et didactiques et à promouvoir la responsabilité des hommes et un partenariat avec les femmes.

10. Les besoins des hommes en matière de santé de la reproduction et de la sexualité doivent être pris en compte et une assistance est nécessaire pour les aider à assumer la responsabilité de leur comportement sexuel.

11. Tous les responsables de la prise de décisions aux plus hauts niveaux doivent s'exprimer en faveur de l'égalité des sexes, de l'autonomie des femmes et de la protection des petites filles.

Notes

- ¹ *Report of the 1998 UNFPA Field Survey: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action (FNUAP, New York, janvier 1999).*
- ² Voir *Rapport de la Conférence mondiale chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de la Décennie des Nations Unies pour la femme : égalité, développement et paix, Nairobi, 15-26 juillet 1985* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.85.IV.10), chap. I, sect. A.
- ³ Voir *Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro, 3-14 juin 1992, vol. I, Résolutions adoptées par la Conférence* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.93.18 et rectificatif), résolution 1, annexes I et II.
- ⁴ Voir A/CONF.157/24 (Part I), chap. III.
- ⁵ *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.
- ⁶ Voir *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.96.IV.13) chap. I, résolution 1, annexes I et II.
- ⁷ *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-quatrième session, Supplément No 38 (A/54/38/Rev.1), Part I, chap. I, sect. A.*
- ⁸ Résolution 34/180 de l'Assemblée générale, annexe.
- ⁹ Voir *Documents officiels du Conseil économique et social, 1999, Supplément No 7 (E/1999/27), chap. 1, sect. A.*
- ¹⁰ Voir *Étude mondiale de 1999 sur le rôle des femmes dans le développement : la mondialisation et ses conséquences sur les femmes* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.99.IV.8).
- ¹¹ *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.96.IV.13).
- ¹² *La santé des femmes : vers un monde meilleur*, rapport de la première Réunion de la Commission mondiale sur la santé des femmes (Genève, OMS, 1994).
- ¹³ ONUSIDA, « Aids epidemic update », décembre 1999.
- ¹⁴ R. Petchesky et K. Judd, éd., *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures* (Londres, Zed Books, 1998).
- ¹⁵ ONUSIDA, communiqué de presse, 23 novembre 1999.
- ¹⁶ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Rapport annuel de l'UNICEF 1999* (New York, UNICEF, 1999).
- ¹⁷ Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP), Comité sur les femmes et la population, *Men, Family Formation and Reproduction* (Liège, Belgique, UIESP, mai 1998).
- ¹⁸ Fonds des Nations Unies pour la population, *État de la population mondiale, 1997, Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction* (New York, FNUAP, 1997).
- ¹⁹ Ibid., chap. 3.
- ²⁰ Voir Deborah Meacham, «Go Girls! Young women claim their health rights and needs», *Women's Health Journal*, juillet 1998, p. 29 à 36.
- ²¹ Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), *A Commitment to the World's Women: Perspectives on Development for Beijing and Beyond* (UNIFEM, 1995).
- ²² *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions on Population and Development* (New York, Women's Environment and Development Organization (WEDO), mars 1999).
- ²³ Ibid.