



Sexe et santé

L'inégalité entre les sexes et la discrimination sexuelle causent un dommage direct et indirect à la santé des fillettes et des femmes tout au long du cycle de vie; et le fait que leurs besoins sanitaires soient négligés empêche de nombreuses femmes de participer pleinement à la société. L'inégalité des rapports de force entre hommes et femmes limite souvent le contrôle que celles-ci exercent sur leur activité sexuelle et leur capacité de se protéger contre les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida; les adolescentes sont particulièrement vulnérables.

L'insuffisance des soins de santé en matière de reproduction pour les femmes entraîne des taux élevés de grossesses non désirées, d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, et de décès et lésions consécutifs à la grossesse et à l'accouchement qu'il eût été possible d'éviter. La violence contre les femmes, notamment les pratiques traditionnelles nuisibles comme la mutilation génitale féminine, prélève un lourd tribut sur leur santé, leur bien-être et leur participation à la société. La violence sous diverses formes aggrave aussi l'inégalité et empêche les femmes d'atteindre leurs buts procréateurs (voir aussi Chapitre 3).

Les hommes ont également des besoins de santé en matière de reproduction, et leur participation est essentielle à la protection de la santé des femmes en matière de reproduction.

Les services de santé en matière de reproduction aident à émanciper les femmes

La fourniture de services de santé en matière de reproduction qui soient de qualité permet aux femmes d'équilibrer une procréation sans danger avec les autres aspects de leur vie. Elle aide aussi à les protéger des risques de santé, facilite leur participation sociale, y compris sous le rapport de l'emploi, et permet aux filles de poursuivre et d'achever leur scolarité.

Le Programme d'action de la CIPD a reconnu l'importante relation qui existe entre sexe et santé en matière de reproduction, et l'examen CIPD+5 de 1999 a souligné ce lien. Dans l'accord sur les principales mesures à adopter dans l'avenir, il est souligné qu'"une démarche tenant compte des sexes doit être adoptée dans tous les processus de formulation et d'application des politiques et dans la prestation de services, surtout concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité, y compris la planification familiale"¹.

La santé en matière de reproduction ne concerne pas seulement les femmes; c'est aussi un problème de santé familiale et un problème social. Les programmes qui tiennent compte des sexes peuvent aborder la dynamique de la connaissance, du rapport de force et de la prise de décisions dans les relations hommes-femmes, entre les prestataires de

PHOTO : A Cuba, une enseignante montre comment utiliser un préservatif. Les jeunes ont besoin d'obtenir accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction.

Mark Edwards/Still Pictures



ENCADRÉ 6

La discrimination contre les filles : une question de vie ou de mort

L'infanticide, l'insuffisance de la nourriture et des soins médicaux, les sévices physiques, la mutilation génitale, les rapports sexuels forcés et les accouchements précoces causent la mort de nombreuses filles.

Dans certains pays d'Asie, on compte 105 hommes pour 100 femmes dans la population adulte du fait de la discrimination contre les filles. Bien que de nombreux pays aient interdit les tests destinés à déterminer le sexe du fœtus, ils continuent d'être pratiqués illégalement et les fœtus avortés sont plus souvent féminins que masculins.

Les filles sont plus exposées à mourir que les garçons dans certaines parties du monde, surtout l'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Ouest et l'Afrique du Nord. Dans certains pays où les filles sont le plus nettement défavorisées, les garçons sont les principaux bénéficiaires des médicaments et traitements médicaux.

Selon une étude menée à un centre de traitement de la diarrhée au Bangladesh, y sont soignés 166 garçons pour 100 filles. En Amérique latine et en Inde, les filles sont souvent immunisées plus tard que les garçons ou ne le sont pas du tout. En certains endroits, les garçons reçoivent une nourriture plus abondante et de meilleure qualité que les filles. Les pratiques d'allaitement naturel et de sevrage semblent aussi favoriser les garçons dans certains pays.

ENCADRÉ 7

Indicateurs repères adoptés lors de l'examen CIPD+5

Le Programme d'action de la CIPD recommandait la mise en place d'une série de buts et objectifs quantitatifs interdépendants. Ce sont notamment : l'accès universel à l'enseignement primaire, avec le souci particulier d'éliminer l'écart entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire; l'accès universel aux soins de santé primaires; l'accès universel à un éventail complet de soins de santé approfondis en matière de reproduction, dont la planification familiale; la réduction de la morbidité et de la mortalité des nourrissons, des jeunes enfants et des mères; et l'allongement de l'espérance de vie.

Après avoir examiné les progrès réalisés dans ces domaines, l'Assemblée générale, lors de sa session extraordinaire de 1999, s'est accordée sur une nouvelle série de repères :

- Le taux d'analphabétisme féminin de 1990 devra diminuer de moitié en 2005; et le taux net de scolarisation au niveau primaire pour les enfants des deux sexes devra être en 2010 de 90 % au moins;
- En 2005, 60 % des centres de soins de santé primaires et de planification familiale devront offrir l'éventail le plus large qui soit réalisable de méthodes de planification familiale sans danger et efficaces, les soins obstétricaux essentiels, la prévention et la gestion des infections de l'appareil génital, y compris les maladies sexuellement transmissibles, et les méthodes à adjuvant pour prévenir ces infections; 80 % des centres devront offrir de tels services en 2010; et tous en 2015;
- Au moins 40 % de toutes les naissances devront en 2005 bénéficier de la présence d'accoucheuses qualifiées partout où le taux de mortalité maternelle est très élevé, et 80 % au niveau mondial; ces chiffres devront être en 2010 de 50 et 85 %, respectivement; et de 60 et 90 % en 2015;
- L'écart entre la proportion des individus utilisant des contraceptifs et la proportion de ceux qui expriment le désir d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants devra être réduit de moitié en 2005, de 75 % en 2010, et disparaître totalement en 2015. Il ne convient pas de faire usage d'objectifs ou quotas de recrutement pour tenter d'atteindre ce but;
- Pour réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH/sida, 90 % au moins des jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans devront avoir accès en 2005 aux méthodes de prévention — telles que les préservatifs féminins et masculins, les tests volontairement subis, les entretiens-conseils et le suivi — et 95 % au moins en 2010. Les taux d'infection par le VIH dans le groupe d'âge 15-24 ans devra être réduit de 25 % en 2005 dans les pays les plus touchés, et de 25 % en 2010 au niveau mondial.

services et les clients, enfin entre les dirigeants communautaires et les citoyens².

Une démarche attentive aux sexes doit impliquer aussi qu'institutions et communautés doivent adopter des pratiques plus équitables et plus inclusives. Il faut écouter les clients et les faire participer à la conception des programmes et des services. En tant qu'usagers principaux des services de santé en

matière de reproduction, il convient que les femmes participent à tous les niveaux de la définition des politiques et de l'application des programmes. Les responsables doivent considérer l'impact de leurs décisions sur les hommes et sur les femmes et la manière dont les rôles sociaux facilitent ou entravent l'exécution des programmes et le progrès vers l'égalité des sexes.



L'universalité de l'accès aux soins de santé en matière de reproduction et de sexualité était un objectif central de la CIPD. Selon l'examen CIPD+5, il faut mesurer le progrès vers cet objectif par le suivi de la fourniture des services.

Composantes des soins de santé en matière de reproduction

La planification familiale

À la session extraordinaire consacrée à CIPD+5, les gouvernements ont convenu de redoubler d'efforts afin de trouver les ressources nécessaires pour appliquer le Programme d'action de la CIPD. Ils ont reconnu l'importance de fournir l'éventail le plus large possible de méthodes de contraception, ce qui comporte l'offre de nouvelles options et la promotion des méthodes sous-utilisées.

Le choix des nouveaux repères relatifs à l'élimination de l'écart entre la proportion des individus recourant à la contraception et de ceux qui expriment le désir d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants constitue un problème redoutable. Environ un tiers de toutes les grossesses — 80 millions par an — semblent non désirées ou placées à un moment inopportun³. Il est prévu qu'au cours des 15 prochaines années le nombre des personnes pratiquant la contraception augmentera de plus de 40 %, passant de 525 à 742 millions, à mesure que la population mondiale continue d'augmenter, les programmes de s'étendre et la proportion des couples qui souhaitent pratiquer la contraception de croître⁴.

Les facteurs sociaux et culturels, y compris les normes sexospécifiques, conditionnent les intentions des femmes en matière de procréation — c'est-à-dire le nombre d'enfants et l'espacement des naissances qu'elles souhaitent. Si les femmes pouvaient n'avoir que le nombre d'enfants qu'elles souhaitent, le taux total de fécondité diminuerait de près d'un enfant dans de nombreux pays. Moins les femmes veulent d'enfants, plus longtemps elles ont besoin de contraception, et plus de services sont nécessaires.

Les femmes n'obtiennent pas toujours l'appui dont elles ont besoin pour rester fidèles à leurs intentions en matière de procréation. Dans certains contextes culturels, par crainte des représailles qu'exerceraient le mari ou d'autres personnes s'ils les désapprouvent, beaucoup recourent à la contraception en secret⁵. Les femmes interviewées dans le cadre d'un projet de Women's Studies étalé sur cinq ans et conduit dans huit pays par Family Health International ont déclaré que pour atteindre leurs objectifs de planification familiale, elles avaient besoin de l'appui de leurs partenaires, d'informations adéquates, de méthodes discrètes et du respect des prestataires de services⁶.

C'est aux femmes qu'il incombe de commencer et de contrôler l'utilisation de la plupart des contraceptifs modernes : contraceptifs oraux, dispositifs intra-utérins (DIU), diaphragmes, pessaires occlusifs et contraceptifs injectables n'ont pas d'équivalent parmi les méthodes destinées aux hommes. Sur les 58 % de couples mariés qui pratiquent la contraception dans le monde entier, moins d'un tiers recourent à une méthode supposant la participation masculine (préservatifs et vasectomie) ou la coopération masculine (méthode du rythme et

retrait). Dans les régions en développement, près des deux tiers des utilisateurs de contraceptifs recourent à la stérilisation de la femme ou aux DIU⁷.

Le préservatif féminin obtient un grand succès dans beaucoup d'endroits où il a été introduit ces dernières années. Cependant, en de nombreux pays, même ceux où l'incidence du VIH/sida est élevée, le taux d'utilisation des préservatifs demeure relativement faible. L'abstinence périodique et le retrait, pour être utilisés avec succès, imposent des exigences que beaucoup jugent difficiles à respecter et bien des informations inexacts circulent concernant leur mode correct d'utilisation⁸. Même les utilisateurs résolu et bien informés sont plus exposés aux grossesses non désirées avec ces méthodes que ceux qui en pratiquent d'autres.

Les programmes de planification familiale qui connaissent le succès ont en commun plusieurs traits⁹ :

- Le gouvernement prête un appui résolu;
- Les prestataires de services sont bien formés, sensibles au climat culturel, attentifs aux besoins des clients, amicaux et sympathiques;
- Les services sont de prix abordable et diverses méthodes contraceptives sont offertes (l'éventail complet des méthodes modernes comprend les contraceptifs oraux, les DIU, les contraceptifs injectables, les implants, les préservatifs masculins et féminins, la contraception d'urgence et la contraception chirurgicale volontaire);
- La délivrance de conseils garantit un consentement informé au choix d'une méthode contraceptive;
- Le respect de la vie privée et la confidentialité sont assurés;
- Les installations sont confortables et propres;
- Le service est prompt.

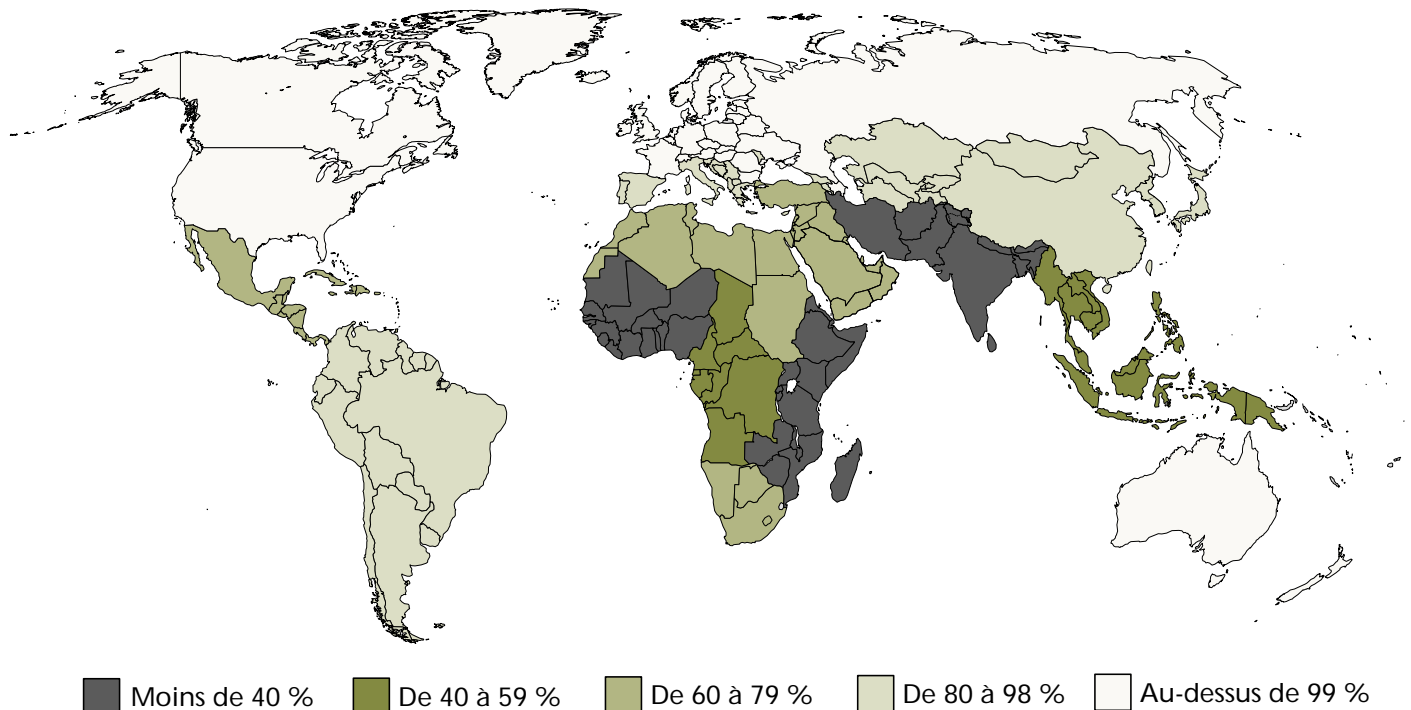
Depuis la CIPD, de nombreux pays — dont les suivants : Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Égypte, Ghana, Inde, Indonésie, Jamaïque, Jordanie, Maroc, Mexique, Népal, Ouganda, Pakistan, Pérou, Philippines, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sri Lanka et Zambie — ont pris des mesures pour élargir les services au-delà de la planification familiale et répondre aux besoins plus généraux des deux sexes sur le plan de la santé en matière de reproduction¹⁰.

La maternité sans danger

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des quelque 500 000 décès maternels enregistrés chaque année surviennent dans les pays en développement, où les complications de la grossesse et de l'accouchement coûtent la vie à une femme sur 48 environ. Il n'est pas rare en Afrique qu'une femme sur le point de mettre au jour dise adieu à ses enfants. En Tanzanie, les mères parlent ainsi : "Je vais en mer chercher un nouveau bébé, mais le voyage est long et dangereux et il se peut que je ne revienne pas"¹¹. En certains endroits, non moins de 40 % des femmes souffrent d'une maladie grave après l'accouchement¹².

D'ici 2015, les besoins en contraceptifs augmenteront de plus de 40 % dans les pays en développement.

Diagramme 2 : Pourcentage des naissances bénéficiant de la présence d'accoucheuses qualifiées, par sous-région.



Source : Organisation mondiale de la santé

ENCADRÉ 8

Le Honduras réduit la mortalité maternelle

De 1990 à 1997, les décès maternels ont enregistré au Honduras une chute spectaculaire, le Gouvernement ayant manifesté un souci accru de protéger la santé des femmes.

À la suite d'une étude de 1990 sur la question, le Gouvernement hondurien a fait de la réduction de la mortalité maternelle un objectif prioritaire de santé publique. Grâce à l'augmentation des ressources, le Ministère de la santé a pu offrir des soins obstétricaux d'urgence dans un plus grand nombre de centres de santé ruraux et urbains et d'hôpitaux de district. Le personnel sanitaire a été étoffé dans les zones reculées et des maternités ont été ouvertes dans celles d'accès difficile. La prestation de soins prénatals est devenue plus fréquente dans les centres de santé. Des accoucheuses traditionnelles ont été formées et intégrées au système de santé, ce qui eut pour effet de les faire mieux accepter par les communautés et d'aiguiller plus souvent d'urgence les patientes vers un hôpital. Les transports, les routes et la communication ont aussi été améliorés.

Grâce à ces mesures, le ratio de mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) est tombé de 182 à 108. Le taux de mortalité maternelle (nombre de décès pour 1 000 femmes d'âge procréateur) a diminué de moitié, tombant de 0,26 à 0,13.

Les nourrissons et les enfants subissent aussi les conséquences de la mauvaise santé des mères. Les mêmes facteurs qui causent la mortalité et la morbidité

maternelles, à savoir notamment les complications et la médiocre prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, contribuent à un chiffre annuel d'enfants mort-nés et de décès de nouveau-nés évalué à 8 millions. Il est tragique de constater que, si la mère meurt, ses enfants courent aussi un risque accru de mourir. Une étude menée au Bangladesh a établi que, si une femme meurt après l'accouchement, le nouveau-né meurt aussi presque certainement. Une autre étude, menée aussi au Bangladesh, a établi que les enfants de moins de 10 ans dont la mère meurt ont de trois à 10 fois plus de chance de mourir dans un délai de deux ans que les enfants de parents vivants¹³. En République-Unie de Tanzanie, les enfants de mère décédée étaient très exposés à devoir quitter l'école pour s'acquitter de tâches ménagères¹⁴.

En évitant les grossesses non désirées grâce à la planification familiale, on réduit le taux de mortalité maternelle. Les soins prénatals ont le même effet, mais dans le monde en développement seulement 70 % des naissances sont précédées d'une visite au moins à un dispensaire. Chaque année, 38 millions de femmes ne reçoivent aucun soin prénatal. Seulement la moitié environ de toutes les femmes enceintes reçoivent des injections antitétaniques; le tétanos tue actuellement plus de 300 000 enfants de moins de 5 ans.

Il importe aussi de veiller à ce que chaque accouchement bénéficie de la présence d'une personne ayant reçu une formation obstétricale. Dans les pays en développement, c'est le cas de 53 % seulement des accouchements¹⁵, ce qui veut dire que 52,4 millions de femmes sont chaque année abandonnées à leur sort.



Cependant, la principale manière de prévenir les décès maternels est d'assurer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, à savoir le traitement des hémorragies, des infections, de l'hypertension et de l'arrêt du travail. De nombreuses femmes du monde en développement, surtout dans les zones rurales, n'ont pas accès aux interventions propres à sauver la vie, comme l'aiguillage vers les centres médicaux, l'administration d'antibiotiques et la chirurgie. Quatre problèmes courants aggravent considérablement le risque couru par les femmes durant l'accouchement : l'identification trop lente d'un problème en voie d'apparition, la décision trop lente d'agir, la mise à disposition trop lente d'un moyen de transport et l'arrivée trop lente aux services appropriés. Pour sauver la vie des mères, il est capital de mettre en place un système à base communautaire qui garantisse le transport rapide vers un centre médical bien équipé.

Les soins post-partum sont particulièrement importants. Parmi les femmes qui meurent de causes liées à la grossesse, 24 % meurent durant la grossesse; 16 %, durant l'accouchement; et 61 %, après l'accouchement, d'une hémorragie puerpérale, de troubles dus à l'hypertension et de septicémie¹⁶. Les agents sanitaires de communauté peuvent être formés à déceler et traiter les problèmes du post-partum, ainsi qu'à délivrer des conseils sur l'allaitement naturel, les soins aux nourrissons, l'hygiène, les vaccinations, la planification familiale et les moyens de rester en bonne santé.

Les communautés s'organisent pour prévenir les décès maternels durant l'accouchement. L'éducation menée à cette fin insiste sur l'importance de signaler immédiatement aux centres de santé les complications éventuelles. Le Réseau de prévention de la mortalité maternelle a introduit des mesures destinées à améliorer les services de maternité sans danger dans certaines parties de l'Afrique. L'amélioration de la qualité d'autres aspects des soins de santé a conduit à utiliser davantage les centres médicaux spécialisés dans les accouchements à risque élevé.

À Juaben (Ghana), une banque du sang a été fondée et une salle d'opérations, aménagée dans un centre de santé communautaire. Les sages-femmes sont formées aux techniques propres à sauver la vie et reçoivent un rôle central dans la prestation des services. Le nombre des femmes qui viennent recevoir des soins a presque triplé, tandis que la proportion de celles qui sont aiguillées vers des échelons plus élevés du système sanitaire a diminué¹⁷.

En Afrique, certaines communautés offrent des plans de transport autofinancés pour la maternité sans danger¹⁸. L'Indonésie est en train de mettre à l'essai des programmes d'assurance sociale destinés à couvrir le coût des soins obstétricaux d'urgence¹⁹.

Les experts de la maternité sans danger affirment qu'il serait possible d'offrir davantage de soins obstétricaux d'urgence sans l'apport de ressources additionnelles considérables, en améliorant les services déjà disponibles dans les hôpitaux et certains centres de santé²⁰.

L'avortement et les soins après avortement

Chaque année, les femmes subissent un nombre d'avortements évalué à 50 millions, dont 20 millions sont pratiqués dans des conditions dangereuses; en-

viron 78 000 d'entre elles meurent et des millions souffrent ensuite de lésions et de maladies. Un quart au moins de tous les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses concernent des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans²¹.

La CIPD a reconnu dans l'avortement un important problème de santé publique et appelé les gouvernements à réduire le nombre des grossesses non désirées et à prévenir l'avortement en élargissant l'accès aux services de planification familiale. "Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi", précise le Programme d'action, "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"²².

Le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes a invité les gouvernements à "envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal"²³.

Lors de CIPD+5, les gouvernements ont convenu que, pour réduire le nombre de décès maternels causés par les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, "dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les systèmes de santé devraient former les prestataires de soins de santé et les équiper et devraient prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible"²⁴.

Dans de nombreux pays à faible revenu, des soins après avortement efficaces réduiraient les taux de mortalité maternelle de non moins d'un cinquième²⁵.

Un certain nombre de pays, surtout en Afrique et en Amérique latine, mettent l'accent sur la réduction de l'impact sanitaire des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses en dispensant des soins après avortement. Cette activité consiste notamment à renforcer la capacité des établissements sanitaires

ENCADRÉ 9

Le tribut prélevé par l'avortement

En Amérique latine, les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont la cause d'environ la moitié de tous les décès maternels. En Roumanie, avant la légalisation de l'avortement en 1992, environ 86 % des décès maternels étaient dus aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Dans la première année qui a suivi la légalisation, le nombre de décès maternels est tombé à 40 % du chiffre total de 1989.

Un quart au moins de tous les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses concernent des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Souvent, les adolescentes retardent le moment de l'avortement au-delà de la fin du premier trimestre et cherchent l'aide de personnes sans formation médicale, ce qui rend les complications plus fréquentes. Dans de nombreux pays, les adolescentes provoquent fréquemment l'avortement par leurs propres moyens.

Au Chili et en Argentine, plus d'un tiers des décès maternels chez les adolescentes sont la conséquence directe d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Au Pérou, un tiers des femmes hospitalisées pour complications de l'avortement sont âgées de 15 à 24 ans. Selon les évaluations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en Afrique subsaharienne, jusqu'à 70 % des femmes hospitalisées pour complications de l'avortement sont âgées de moins de 20 ans. Dans une étude concernant l'Ouganda, les adolescentes représentaient près de 60 % des décès consécutifs à l'avortement.

d'offrir : un traitement d'urgence pour les complications de fausses couches ou d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses; les conseils et services relatifs à la planification familiale après avortement; et les liens entre le traitement d'urgence après avortement et les soins de santé en matière de reproduction²⁶. Des pays tels que le Ghana ont formé les sages-femmes et d'autres catégories de prestataires à offrir des soins après avortement.

Certains pays ont encouragé l'usage de l'aspiration manuelle sous vide pour traiter les avortements incomplets; cette méthode s'est avérée plus sûre, moins coûteuse et plus acceptable que le curetage.

Les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida

Le VIH/sida demeure un problème critique de santé publique, surtout en Afrique, continent qui affronte les pires effets de l'épidémie. Le VIH/sida est désormais la première cause de décès en Afrique et la quatrième au niveau mondial. À la fin de 1999, 34,3 millions d'hommes, de femmes et d'enfants étaient atteints du VIH ou du sida et 18,8 millions en étaient déjà morts. En 1999, on a compté 5,4 millions de nouvelles infections dans le monde entier, dont 4,0 millions en Afrique subsaharienne et un million environ en Asie du Sud et du Sud-Est, où la prévalence de la maladie augmente rapidement dans certains pays²⁷.

La pandémie du sida inflige des épreuves incalculables aux individus, aux familles et aux sociétés. On évalue à 13,2 millions le nombre d'enfants, la plupart en Afrique, qui à la fin de l'an 2000 auront perdu leur mère ou leurs deux parents du fait du sida²⁸. Le nombre de femmes infectées par le VIH est en train de rattraper et de dépasser rapidement celui des hommes. En Afrique, le nombre des femmes séropositives dépasse maintenant de 2 millions celui des hommes.

Pour des raisons tant culturelles que biologiques, les femmes sont plus vulnérables aux MST que les hommes. Les MST, sida non compris, frappent les femmes plus de trois fois plus souvent que les hommes²⁹. Les différences anatomiques font que les infections de l'appareil génital se transmettent plus facilement aux femmes, mais sont plus difficiles à diagnostiquer dans leur cas. Chez les femmes, plus souvent que chez les hommes, les MST ne sont pas accompagnées de symptômes; et, quand ces symptômes apparaissent chez les femmes, ils sont plus subtils. Du fait de leur statut social inférieur et de leur dépendance économique par rapport aux hommes, les femmes ne sont pas toujours en situation de négocier l'emploi de préservatifs en tant que mesure de prévention des MST³⁰.

Des études du Centre international de recherches sur les femmes ont illustré le rôle critique de l'identité sexuelle et de la sexualité s'agissant d'influer sur les interactions sexuelles et sur l'aptitude des hommes et des femmes à adopter des comportements sans danger. Ces études, conduites dans 10 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes, aident à définir des concepts complexes tels que ceux d'identité sexuelle, de sexualité et de rapport de force. Elles mettent aussi en lumière l'importance de donner aux femmes un accès plus large à l'information et à l'éducation, aux savoir-faire, aux services et à l'appui de la société afin de les rendre moins vulnérables au VIH/sida et d'améliorer leurs perspectives dans le domaine de la santé en matière de reproduction³¹.

Reconnaissant que la pandémie du VIH/sida est beaucoup plus grave qu'on ne l'avait perçue à la CIPD, le document CIPD+5 réaffirme l'importance de donner accès aux préservatifs masculins, appelle à fournir en grand nombre des préservatifs féminins et exhorte les gouvernements à promulguer une législation et adopter des mesures propres à prévenir une discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida

Pour des raisons tant culturelles que biologiques, les femmes sont plus vulnérables aux MST que les hommes.

ENCADRÉ 10

Le sida est désormais le tueur Numéro Un en Afrique

Le sida est désormais au nombre des plus graves menaces qui pèsent sur le développement social et économique de l'Afrique. La diffusion de l'épidémie a dépassé toutes les prévisions. Dans les pays durement frappés, où jusqu'à un quart des adultes sont infectés, le sida efface les progrès réalisés sur la voie du développement au cours de nombreuses décennies. L'espérance de vie tombe dans certains pays à des niveaux inconnus depuis 1960, les gains durement acquis en matière de survie des enfants sont en train d'être reperdus et les travailleurs qualifiés, qui sont en nombre limité, d'être décimés.

Les ressources actuellement affectées à la lutte contre l'épidémie sont terriblement insuffisantes. Le sida progresse trois fois plus vite que les moyens financiers dont disposent ceux qui le combattent.

L'expérience faite dans certains pays africains montre qu'il est possible de ralentir le taux des infections nouvelles et que les sociétés peuvent commencer à affronter efficacement l'épidémie du VIH/sida lorsque les gouvernements engagent leur prestige politique et des ressources financières; font participer pleinement la société civile; mettent en route un large éventail d'activités (prévention, soins et appui); et attirent ainsi davantage de ressources externes.

Les études donnent à penser qu'un montant additionnel d'un milliard de dollars, au minimum, est nécessaire chaque année pour répondre aux besoins de l'Afrique sur le plan de la prévention du VIH/sida et des soins aux sujets infectés. Une partie de ces fonds devra être dégagée à l'aide de sources non traditionnelles, comme la communauté des entreprises et les fondations, ou réaffectées à partir des fonds sociaux, des projets de réforme sectorielle et des opérations d'allègement de la dette. Le Partenariat international contre le sida en Afrique patronne les efforts de mobilisation de ressources aux niveaux tant national que régional.



ou vulnérables à l'infection par le VIH. Le document appelle les gouvernements, chaque fois que possible, à mettre à la disposition des femmes des médicaments antirétroviraux, durant et après la grossesse, et à dispenser les conseils nécessaires pour que les mères souffrant du VIH/sida puissent prendre des décisions libres et informées concernant l'allaitement naturel³².

Les programmes de santé en matière de reproduction peuvent réduire l'incidence des MST, y compris le VIH/sida, en fournissant des informations et des conseils sur des problèmes critiques tels que la sexualité, les rôles sexospécifiques, le déséquilibre du rapport de force entre femmes et hommes, la violence sexiste et son lien avec la transmission du VIH; la transmission du VIH de mère à enfant; la distribution de préservatifs féminins et masculins; le diagnostic et le traitement des MST; l'élaboration de stratégies propres à retrouver les sujets contacts; et l'aiguillage des personnes infectées par le VIH vers des services spécialisés.

La CIPD a plaidé pour l'intégration des services de planification familiale et relatifs aux MST/VIH/sida dans le cadre des services de santé en matière de reproduction. L'intégration de ces composantes est considérée comme un moyen qui pourrait s'avérer rentable de communiquer aux femmes sexuellement actives et à leurs partenaires des informations et services susceptibles de les aider à prévenir et traiter les infections. Toutefois, une étude fondée sur les conclusions d'une analyse de situation portant sur plusieurs pays africains a montré l'insuffisance de l'infrastructure qui servirait de base à la promotion des services intégrés de planification familiale et relatifs aux MST à assurer en dispensaire³³. De nombreux dispensaires de planification familiale ne sont pas équipés pour offrir des services relatifs aux MST et leur personnel n'a pas été suffisamment formé. D'autres études ont aussi signalé qu'il n'y avait pas de preuve concluante que l'intégration des services de planification familiale et relatifs aux MST comporte des avantages³⁴.

Bien que les agents sanitaires ne reçoivent généralement pas une formation et un appui suffisants pour fournir des informations et services relatifs aux MST/VIH/sida, des études de cas menées au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Ouganda et en Zambie ont permis d'établir que les prestataires de soins étaient disposés à parler de sexualité et de MST avec leurs clients et qu'ils pouvaient comprendre la nécessité d'identifier les individus exposés aux infections sexuellement transmissibles³⁵.

Aux Philippines, le FNUAP et la Women's Health Care Foundation agissent de concert pour améliorer l'accès aux services de santé en matière de reproduction à l'aide de travailleurs sanitaires de communauté, de jeunes des rues et de vendeurs des rues formés à cette fin. Cette fondation offre des services cliniques relatifs aux MST/VIH/sida, notamment en aiguillant vers les centres de test, et dirige des séances d'éducation et de délivrance de conseils à l'intention des femmes urbaines pauvres et des travailleuses de l'industrie du sexe. Le FNUAP soutient la formation des prestataires de services et des agents de santé bénévoles à la délivrance de conseils et à l'éducation communautaire et a ouvert une ligne téléphonique qui répond en permanence aux questions sur les MST et la sexualité³⁶.

Le Partenariat international contre le sida en Afrique, qui vient d'être formé, s'efforce de tirer parti des structures existantes aux niveaux mondial, régional et national pour faire face aux effets dévastateurs

du sida en Afrique³⁷. Au milieu de 1999, les ministres des finances et d'autres dirigeants venus de plus de 20 pays africains ont fait connaître leur appui et une douzaine d'organismes bilatéraux de développement ont accepté de mobiliser davantage de ressources pour appuyer le Partenariat. Une gamme d'ONG africaines ont aussi accepté de jouer un rôle actif. Le Partenariat travaille à renforcer les programmes nationaux par les moyens suivants : encourager un soutien politique visible et constant; aider à élaborer des plans d'action conjoints négociés au niveau national; augmenter les ressources financières; et renforcer la capacité technique tant nationale que régionale.

La moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans³⁸. Selon un examen conduit en 1997 par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), une éducation sexuelle de bonne qualité aide les adolescents à retarder le début de l'activité sexuelle et à choisir plus souvent des pratiques sexuelles sans danger³⁹. Depuis la CIPD, il a été prêté appui dans 64 pays à l'intégration de la prévention du VIH/sida aux programmes d'éducation tant scolaire qu'extrascolaire.

L'Ouganda, par exemple, a adopté une approche directe et globale pour aborder le problème des MST et du VIH/sida, en particulier chez les jeunes; les taux de prévalence du VIH chez les jeunes sont en cours de stabilisation. Au Swaziland, le Programme d'éducation au VIH/sida et aux problèmes de population dans les écoles du pays, le Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education Programme (SHAPE), a été lancé en 1990 pour prévenir la diffusion du VIH/sida et réduire le nombre de grossesses chez les étudiantes âgées de 14 à 19 ans. En 1997, le programme a été également introduit dans les écoles primaires. Il a eu pour effet d'améliorer les connaissances et les attitudes plus que le comportement⁴⁰.

Lors de CIPD+5, les gouvernements ont reconnu que les jeunes de 15 à 24 ans sont très exposés à l'infection par le VIH et ont fixé des objectifs afin de réduire la prévalence dans ce groupe d'âge (voir Encadré 7).

La mutilation génitale féminine

En Afrique et en Asie occidentale, de nombreuses sociétés pratiquent la MGF, souvent appelée circoncision féminine. Dans le monde entier, quelque 130 millions de fillettes et de jeunes femmes ont subi cette pratique dangereuse et douloureuse, et deux millions de plus y sont exposées chaque année.

La MGF est pratiquée dans environ 28 pays africains — où le taux de prévalence varie considérablement, allant de 5 % en République démocratique du Congo à 98 % en Somalie —, dans la péninsule arabique et le long du Golfe. Elle est attestée aussi parmi certains groupes minoritaires en Asie et parmi les femmes immigrantes en Europe, au Canada et aux États-Unis.

La MGF est l'ablation totale ou partielle du clitoris et des autres parties génitales. La forme la plus extrême de MGF, ou infibulation, consiste à pratiquer l'ablation du clitoris et des deux lèvres et à coudre les deux côtés de la vulve. Cette opération ne ménage qu'une petite ouverture permettant le passage de l'urine et du sang menstruel. L'infibulation représente une proportion évaluée à 15 % de tous les

cas de MGF et comprise entre 80 et 90 % à Djibouti, en Somalie et au Soudan.

D'autres formes moins extrêmes consistent dans l'ablation totale ou partielle du clitoris (clitoridectomie), ou du clitoris et des petites lèvres (excision). Environ les trois quarts de toutes les fillettes soumises à cette pratique dégradante ont subi l'une ou l'autre de ces formes moins radicales⁴¹.

Cette terrible violation des droits fondamentaux des fillettes et des jeunes femmes est fondée sur l'opinion répandue qu'il faut contrôler la sexualité féminine et préserver la virginité des filles jusqu'au mariage. Dans ces cultures, les hommes n'épouseront pas des filles non circoncises parce qu'ils les jugent "impures" ou de moeurs trop libres⁴².

La mutilation génitale est presque toujours effectuée dans des conditions non hygiéniques et sans anesthésie. Elle est aussi extrêmement douloureuse et peut entraîner une grave infection, un état de choc, voire la mort. Si la fillette survit, elle est exposée à souffrir durant les rapports sexuels, ce qui amoindrit sa qualité de vie⁴³. Comme la MGF limite l'intensité de l'expérience sexuelle, il en résulte pour les femmes un problème de santé tant physique que mentale, en même temps qu'une relation plus profonde et satisfaisante ne peut se développer entre les partenaires.

Les risques immédiats liés à la MGF sont l'hémorragie de l'artère clitoridienne, une infection, la rétention d'urine et un empoisonnement du sang dû à l'emploi d'instruments contondants non stérilisés et souvent grossiers. Ultérieurement, les complications sont principalement dues à la fermeture partielle des méats vaginal et urinaire, ce qui déclenche des infections chroniques de l'appareil urinaire, des infections répétées de l'appareil génital et des douleurs dans le dos et le pelvis. En particulier, chez les victimes des formes les plus radicales de cette pratique, il existe un risque accru d'accouchement difficile, voire de décès en mettant au jour.

Dans certains cas, la MGF peut condamner à la stérilité. Une étude menée au Soudan a établi que les femmes qui avaient subi la MGF y étaient deux fois plus exposées que les autres⁴⁴. Cela est dû à une maladie inflammatoire du pelvis causée par des

infections répétées, résultat de la rétention d'urine ou du sang menstruel, qui se répandent dans tout l'appareil génital et enflamment les trompes de Fallope. Dans les sociétés traditionnelles, la stérilité est particulièrement préjudiciable car la valeur d'une femme y est souvent mesurée par son aptitude à porter des enfants⁴⁵.

Questions relatives aux programmes de santé en matière de reproduction

Des problèmes de santé publique

Pour améliorer la santé des deux sexes en matière de reproduction, il faut adopter une approche "santé publique" orientée vers la communauté et qui mette l'accent sur la prévention. Une santé médiocre en matière de reproduction est le fruit direct d'une inégalité fondée sur le sexe concernant la répartition du pouvoir et des ressources au sein de la société.

La participation de la communauté peut aider à corriger cet état de choses — en veillant à ce qu'hommes et femmes soient des partenaires égaux dans le développement économique et social et que la voix des femmes se fasse entendre en même temps que celle des hommes dans la communauté⁴⁶; en veillant à ce que les filles soient, aussi bien que les garçons, élevées dans des environnements sains et aient une chance égale d'aller à l'école et de se développer physiquement avant d'assumer un rôle procréateur; en garantissant le droit des femmes de vivre à l'abri de la contrainte sexuelle et de la menace de violence, ainsi que d'avoir des rapports sexuels sans craindre une infection ni une grossesse non désirée; et en fournissant à toutes les femmes accès à des soins prénatals sûrs, y compris les soins obstétricaux d'urgence si la grossesse ou l'accouchement ne se déroulent pas normalement.

La santé en matière de reproduction ne fait pas partie de l'ensemble de services essentiels assurés par chaque pays, mais l'Afrique du Sud, le Bangladesh, l'Inde, le Mexique, l'Ouganda, le Sénégal et la Zambie, entre autres pays, lui y font place. Par exemple, l'ensemble bangladais de services essentiels comprend la santé maternelle (soins prénatals, durant l'accouchement et postnatals; régulation de l'écoulement menstruel; et soins en cas de complications après avortement); la santé des adolescents; la planification familiale; la gestion et la prévention/le contrôle des infections de l'appareil génital, des MST et du VIH/sida; et la santé des enfants⁴⁷.

Les restrictions imposées par la culture limitent le choix

Les opinions établies concernant le comportement approprié peuvent réduire l'accès à l'information et aux soins de santé, aussi bien qu'en amoindrir la qualité. Tabous directs et restrictions indirectes détournent les femmes de parler de leurs besoins et des risques qu'elles courent sur le plan sanitaire, tandis que celles qui sont analphabètes ou ne s'ouvrent que difficilement ont du mal à obtenir les informations voulues.

ENCADRÉ 11

Sri Lanka réussit à promouvoir la santé des femmes

Les femmes sri-lankaises, dont l'espérance de vie est de 74 ans, jouissent du meilleur état de santé accessible aux femmes dans les pays d'Asie du Sud. Les raisons en sont complexes, mais il faut notamment citer "le développement du système de santé et les mesures de santé publique qui ont réduit la mortalité maternelle, aussi bien que les changements socioéconomiques qui ont modifié la condition de la femme et la valeur des filles en comparaison des garçons aux yeux des parents, aussi bien de la mère que du père". Les chiffres absolus de mortalité des filles et des garçons sont plus faibles que dans les autres pays de l'Asie du Sud, pour une part "en raison du rôle clef qui incombe aux femmes s'agissant de préserver la santé familiale et de leur autonomie relative, aussi bien que du haut degré de développement général de l'éducation et des services de santé à Sri Lanka".



Ces restrictions signifient que les femmes sont tributaires des décisions prises par d'autres concernant le besoin d'une attention médicale; l'opportunité de retarder ou prévenir une grossesse; les examens prénatals durant la grossesse; la présence d'une accoucheuse qualifiée; ou l'obtention d'un moyen de transport en cas d'urgence obstétricale. Il peut être difficile aux femmes de soulever des préoccupations relatives à la santé en matière de reproduction : un sujet tel que les irrégularités de l'écoulement menstruel est particulièrement difficile à aborder. Il peut arriver que les problèmes de santé des femmes soient ignorés jusqu'au moment où leur état devient grave et où les traitements possibles sont plus limités ou plus coûteux.

Les couples et les familles qui discutent de planification familiale sont plus susceptibles de recourir aux services. Quand une telle discussion est proscrite, certaines femmes y recourent en cachette. Même quand ce recours "en cachette" est un secret connu de tous, une telle restriction leur interdit des relations étroites et confiantes avec leur partenaire. Les règles et préférences culturelles peuvent influencer sur les modalités du choix de la contraception — convenu entre les partenaires ou secret.

Les programmes de qualité reconnaissent les impératifs culturels et en tiennent compte. Ceux qui élaborent les programmes deviennent aujourd'hui plus ouverts à la nécessité d'agir dans le contexte culturel où vivent leurs clients. En Tunisie, un programme tire parti de la coutume locale de mettre fin à l'isolement d'une nouvelle mère au quarantième jour suivant l'accouchement pour fournir à l'occasion d'une visite unique au dispensaire des services post-partum et de planification familiale aux femmes et des soins aux nourrissons⁴⁸. Une étude menée en 1987 a établi que 84 % des mères se rendent à la visite du quarantième jour et que 56 % d'entre elles commencent à utiliser une méthode contraceptive.

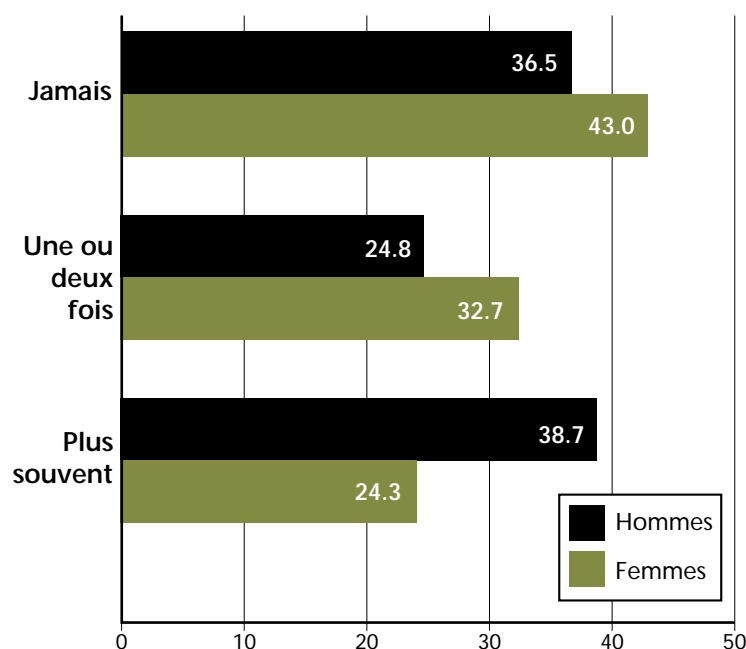
Rôles professionnels et rôles sexospécifiques

Il est difficile pour les femmes de parler franchement de leurs besoins de santé en matière de reproduction avec des praticiens hommes, en raison de la différence tant de sexe que de condition. Il leur est sans doute plus facile de s'entretenir avec des femmes prestataires de services, mais la différence de condition subsiste, surtout pour les femmes pauvres. Certaines procédures (par exemple l'insertion d'un DIU ou la prescription de pilules) sont parfois réservées aux médecins, qui sont généralement des hommes.

Là où la culture interdit à des hommes (même aux médecins) d'examiner les patientes, la qualité des soins en souffre considérablement.

Les hommes répugnent souvent à se rendre dans les dispensaires pour des services de santé en matière de reproduction, car ils passent pour des "lieux réservés aux femmes" que celles-ci utilisent principalement pour des services de santé maternelle et infantile. En offrant aux hommes, chaque fois que possible, un espace distinct (par exemple, une entrée, une salle d'attente et une caisse distinctes, avec un personnel unique pour hommes et femmes), même dans un centre commun aux deux sexes, on peut augmenter le nombre d'utilisateurs masculins⁴⁹.

Diagramme 3 : Fréquence des discussions entre mari et femme concernant la planification familiale, Malawi, 1992 (pourcentage)



Source : Division de la population (ONU), 2000. *World Population Monitoring, 2000 : Population, Gender and Development*.

L'intégration des activités de prévention et de traitement de MST/sida aux programmes de planification familiale peut aussi aider à rendre les dispensaires plus accueillants aux hommes.

Santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité et comportement des adolescents

Les jeunes hommes et les jeunes femmes affrontent des pressions sociales différentes qui retentissent sur leur aptitude à aborder la sexualité de manière responsable. Les garçons sont souvent incités à devenir sexuellement actifs afin de prouver qu'ils sont des hommes et d'être acceptés par leurs amis⁵⁰. Les filles peuvent se sentir tenues de ne pas rechercher d'informations de caractère sexuel par crainte d'être jugées "faciles" ou — autre imputation possible — soupçonnées d'avoir des rapports sexuels en échange de divers avantages.

Les pressions qui s'exercent sur les jeunes viennent aussi d'eux-mêmes. Ils souhaitent devenir des hommes et des femmes et peuvent ainsi modeler leur comportement sur des stéréotypes masculins et féminins enseignés par les médias, les adultes et les compagnons d'âge. Suivre de tels stéréotypes peut conduire à un comportement risqué.

Par exemple, les jeunes hommes qui sont fermement convaincus de la validité des stéréotypes masculins ont un plus grand nombre de partenaires

ENCADRÉ 12

L'activité sexuelle diffère chez les jeunes hommes et les jeunes femmes

Au niveau mondial, la très grande majorité des jeunes hommes ayant une expérience sexuelle dans le groupe d'âge 15-19 ans sont célibataires, tandis que les deux tiers ou davantage des jeunes femmes dans le même cas et appartenant au même groupe d'âge sont mariées. Le moment de l'initiation sexuelle des adolescents varie beaucoup selon le pays et le sexe.

Chez les jeunes femmes, la proportion de celles qui ont leur premier rapport sexuel dès l'âge de 17 ans au Mali (72 %), en Jamaïque (53 %), au Ghana (52 %), aux États-Unis (47 %) et en République-Unie de Tanzanie (45 %) est sept à 10 fois plus élevée qu'en Thaïlande (7 %) et aux Philippines (6 %). La proportion des jeunes hommes qui ont eu un rapport sexuel avant d'atteindre l'âge de 17 ans en Jamaïque (76 %), aux États-Unis (64 %) et au Brésil (63 %) est à peu près 10 fois plus élevée qu'aux Philippines (7 %).

Les différences entre jeunes hommes et jeunes femmes sont très marquées au Ghana et au Mali, où une proportion plus élevée de femmes que d'hommes devient sexuellement active de bonne heure; et au Brésil, au Costa Rica, en République dominicaine, au Pérou et en Thaïlande, où l'inverse est vrai.

sexuels, une intimité plus superficielle avec leurs partenaires, tendent plus souvent à se représenter les deux sexes dans une relation d'hostilité réciproque, utilisent moins régulièrement des préservatifs et s'inquiètent plus de ce que ceux-ci limitent leur plaisir. En outre, ils attachent moins d'importance au fait que leurs partenaires tiennent à ce qu'ils utilisent un préservatif, se sentent moins responsables de prévenir une grossesse et sont davantage persuadés que la grossesse est une preuve de leur virilité⁵¹.

Au Mexique et aux États-Unis, les adolescentes qui ont cherché à utiliser des méthodes de contraception s'identifiaient moins aux rôles sexuels traditionnels de la femme que les filles du même âge qui devenaient enceintes⁵². En Thaïlande, au Zimbabwe et en beaucoup

d'autres pays, le stéréotype admiré de la fille tranquille, innocente et "gentille" empêche les adolescentes de négocier l'utilisation du préservatif⁵³.

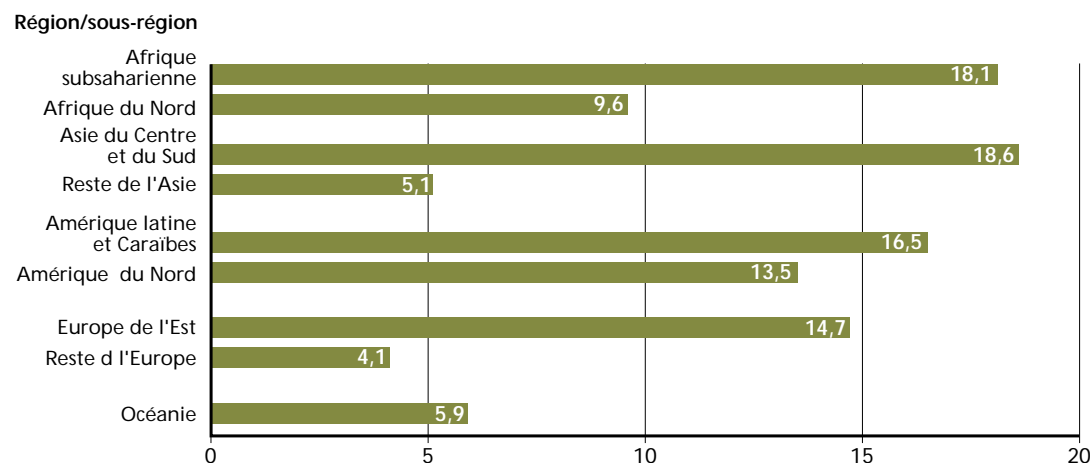
Tant les garçons que les filles ont souvent en commun de croire à une norme double qui peut conduire à adopter un comportement déplorable sur le plan de la santé en matière de reproduction. En Inde et en Thaïlande, beaucoup des adolescents interviewés étaient d'avis que les garçons pouvaient avoir de multiples partenaires sexuels, mais non les filles, et que les rapports prémaritaux étaient permis aux garçons, mais non aux filles⁵⁴. Souvent, les adolescents des deux sexes ont déclaré que les jeunes hommes qui ne prenaient pas l'initiative des rapports sexuels et n'en gardaient pas le contrôle étaient de caractère faible — attitude qui conduit parfois les garçons à contraindre les filles à avoir des rapports sexuels⁵⁵.

Les parents doivent assumer un plus grand rôle. Ils disent souhaiter que leurs enfants soient instruits des réalités sexuelles, mais ils négligent le plus souvent de les en instruire. La plupart des parents se sentent mal informés ou sont embarrassés d'aborder le sujet et ils craignent que leurs enfants posent une question à laquelle ils ne pourraient répondre⁵⁶.

Les filles parlent avec leur mère de menstruation et de grossesse, mais rarement de la manière de communiquer avec un partenaire sexuel. Les garçons reçoivent encore moins d'informations de leurs parents, certainement pas autant qu'ils le souhaiteraient⁵⁷. Les pères sont souvent silencieux ou absents et proposent ainsi un modèle masculin peu capable d'affection. De fait, selon une étude menée au Zimbabwe, les pères étaient "fréquemment absents du cadre familial et apparaissaient généralement comme éloignés, redoutables, maussades et imprévisibles, bref des êtres qu'il vaut donc mieux éviter"⁵⁸.

Les inégalités d'ordre social et sexuel dont elles ont eu l'exemple durant l'enfance et l'adolescence rendent les filles plus vulnérables à la grossesse et à l'infection par le VIH parce qu'elles ne peuvent négocier des relations sexuelles sans danger en tant qu'égaux de leurs partenaires⁵⁹. Les filles sont aussi plus exposées que les garçons aux sévices sexuels et aux violences physiques de la part d'un partenaire.

Diagramme 4 : Pourcentage des naissances chez les femmes de moins de 20 ans, par rapport au nombre total des naissances, par région/sous-région



Source : Division de la population (ONU), 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development*.



Les jeunes femmes mariées peuvent se trouver particulièrement défavorisées. De jeunes épouses qui préféreraient attendre avant d'avoir des enfants risquent de s'apercevoir que leurs maris, leurs familles, même certains prestataires de soins de santé ne leur donneront pas de contraceptifs avant qu'elles aient un enfant⁶⁰. Quand les femmes dépendent de leur mari, elles peuvent aussi ne pas être en situation de négocier des pratiques sexuelles sans danger⁶¹.

Les programmes peuvent aider à changer les règles

Ces attitudes peuvent changer et les programmes peuvent y aider. Bien entendu, les programmes ne sont que l'un des nombreux facteurs qui influent sur les normes régissant les relations entre les sexes, mais il est utile de commencer par eux.

Parfois, il suffit d'appeler l'attention sur l'inégalité engendrée par ces normes pour conduire à des améliorations. À des foires locales, en Inde, le Centre for Health Education, Training and Nutrition Awareness a présenté des spectacles dramatiques qui illustraient comment l'idée reçue que les femmes ne devaient pas voyager sans autorisation et devaient remplir toutes les tâches domestiques pouvait empêcher leurs familles de recevoir des soins de santé appropriés. Les dirigeants locaux ont avoué n'avoir jamais réfléchi à ces questions et ont appuyé avec vigueur les changements qui donnaient aux femmes plus de liberté⁶².

Aider les jeunes à prendre conscience de leurs opinions préconçues en matière de relations entre les sexes peut conduire à une meilleure coopération. En Thaïlande, le Projet de lutte contre le sida (Bangkok) a utilisé des groupes témoins de jeunes hommes et de jeunes femmes pour discuter de l'utilisation des préservatifs. On a ainsi découvert qu'en Thaïlande hommes et femmes avaient une conception différente des rapports sexuels. Tandis que les filles recherchaient une liaison amoureuse, les garçons recherchaient l'acte sexuel et obligeaient parfois les filles à avoir des rapports sexuels non protégés. Sur la base de ses conclusions, le Projet a imprimé des brochures distinctes pour les jeunes hommes et pour les jeunes femmes. Chaque brochure comportait un exposé de ce que l'autre sexe recherchait et attendait, ainsi que des moyens d'aborder ces problèmes⁶³. Les brochures ont eu tant de succès que d'autres projets en ont acheté des milliers d'exemplaires.

Certains programmes s'intéressent aux jeunes qui ont une bonne aptitude à la communication et à la coopération afin de voir ce qu'ils font de bien. Au Brésil, certains garçons n'agissent pas en conformité avec les stéréotypes culturels dominants selon lesquels les hommes doivent être agressifs et peu portés à communiquer. Ces garçons avaient tous un parent ou un ami qui leur a donné un autre exemple à suivre. Les garçons capables de réfléchir sur leur propre vie ou qui ont fait preuve de compétence dans un domaine quelconque d'activité — études, travail, sports ou musique — ont été mieux à même d'ignorer les stéréotypes masculins traditionnels. Les programmes peuvent agir de plusieurs manières : par exemple, entrer en contact avec les jeunes hommes pour réfléchir à leurs actions, leur offrir des guides qui encouragent les rapports sexuels sans danger, les doter de savoir-faire, et les aider à mettre en question les rôles modèles traditionnels⁶⁴.

L'expérience des programmes passés indique que les jeunes ont besoin de programmes qui soient accessibles, s'abstiennent de porter un jugement et s'ouvrent aux désirs des jeunes⁶⁵. Parce que les jeunes sont si divers — garçons et filles, mariés et célibataires, sexuellement actifs et inactifs — il n'y a pas d'approche unique qui convienne à tous⁶⁶. Bien qu'il faille mener des activités distinctes pour répondre aux besoins des garçons et des filles, il est particulièrement efficace de faire en sorte qu'ils s'écoutent les uns les autres afin de faciliter une communication ouverte entre partenaires.

La formation de jeunes au rôle d'éducateur de leurs compagnons d'âge peut légitimer les débats sur la responsabilité sexuelle. Les jeunes hommes en rencontrent d'autres, semblables à eux-mêmes, qui parlent aisément et sans détour de sexualité et encouragent un comportement responsable présenté comme une qualité "masculine" séduisante. La fonction d'éducatrice de leurs compagnes d'âge peut aussi permettre aux filles de parler de sexe sans risquer qu'on les qualifie de dissolues⁶⁷.

Les programmes peuvent répondre à moindre prix aux besoins des jeunes s'ils évitent de traiter la sexualité des adolescents comme un problème médical. Beaucoup de jeunes, peut-être la plupart d'entre eux, n'ont besoin que d'informations, des savoir-faire nécessaires à la conduite de leur vie et de conseils sensés. Ces besoins peuvent être satisfaits dans les cadres communautaires que les jeunes préfèrent. Ces cadres peuvent différer en fonction du sexe et de l'âge; les clubs sportifs, les groupes de scouts/éclaireuses, les pharmacies et les lieux de travail sont normalement du nombre⁶⁸. Les services de santé peuvent soutenir ces activités⁶⁹.

ENCADRÉ 13

Les normes régissant les relations entre les sexes peuvent faire obstacle à des rapports sexuels sans danger

Au Brésil, les garçons apprennent qu'être un homme, cela consiste notamment à être sexuellement actif. Un "homme" doit être sexuellement actif et à l'abri du manque d'argent. Pour la plupart des garçons, il est plus facile de devenir sexuellement actif que de trouver un emploi, de sorte que les conquêtes sexuelles sont l'un des rares moyens qui leur permettent d'affirmer leur masculinité. Les garçons apprennent de personnes de leur propre sexe les normes qui régissent la condition masculine. Amis, oncles, voisins, même leurs pères taquent les garçons et les encouragent à devenir sexuellement actifs, les traitant d'homosexuels s'ils ne le sont pas.

Les filles brésiliennes reçoivent un message différent. Une femme doit être plus fragile qu'un homme, moins agressive, plus capable de contrôler sa sexualité. Avant le mariage, elle ne doit pas être sexuellement active, ni informée des problèmes sexuels. Après le mariage, son mari lui enseignera tout ce qu'elle a besoin de savoir.

De telles normes conduisent à une coopération et à une communication médiocres en matière sexuelle. Les filles disent qu'elles ne peuvent suggérer l'utilisation de préservatifs ni en porter sur elles par crainte de passer pour dissolues. Les garçons disent qu'ils ne peuvent accepter la continence par crainte de passer pour faibles. Les filles risquent la honte si elles cherchent à s'informer de la sexualité ou s'y intéressent. Les garçons risquent le ridicule s'ils se contentent d'une seule partenaire.

Les programmes doivent aussi viser les adultes pour que ceux-ci n'empêchent pas les jeunes d'agir d'une manière sexuellement responsable en limitant leur accès à l'information et aux services de santé. Par exemple, le personnel sanitaire refuse souvent de traiter les jeunes qui recherchent des soins de santé, les parents négligent d'informer leurs enfants et les enseignants oublient de leur présenter toute documentation relative à la santé sexuelle.

Dans une étude menée au Kenya, 71 % des parents ont déclaré s'être entretenus avec leurs enfants de leur travail scolaire durant l'année écoulée, mais 28 % seulement de leur comportement sexuel⁷⁰. Il faut que les parents examinent leurs propres idées reçues concernant le sexe et la sexualité et décident si ce sont les valeurs qu'ils souhaitent transmettre à leurs enfants. Une fois que les parents reconnaissent l'importance de leur propre rôle dans le processus d'éducation, les programmes peuvent être centrés sur la fourniture d'informations et les aider à déterminer les manières possibles d'aborder un entretien avec leurs enfants.

Les parents ne sont pas les seuls adultes qui aient à intervenir. En Ouganda, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) adopte une définition élargie du mot "parents" — tous les adultes qui s'occupent des enfants : mères, pères, grands-parents, tantes, oncles, beaux-parents, tuteurs et amis de la famille. Les agents sanitaires, les enseignants, les entraîneurs sportifs et tous ceux qui travaillent avec les jeunes peuvent aussi devenir pour eux des sources d'information effectives. De même que les parents, ces adultes ont besoin d'examiner leurs propres idées reçues, ainsi que d'accéder à une information précise.

ENCADRÉ 14

La Fondation Gates aide à protéger les jeunes Africains contre le VIH/sida

En avril 2000, la Fondation Bill et Melinda Gates a annoncé un don de 57 millions de dollars destiné aux programmes qui protègent contre le sida les jeunes défavorisés du Botswana, du Ghana, de l'Ouganda et de la République-Unie de Tanzanie. Cette fondation américaine a pour priorité essentielle de prévenir les maladies mortelles chez les enfants pauvres.

Ce don, étalé sur cinq ans, servira à élargir les campagnes nationales visant à éduquer les jeunes en matière de prévention du VIH/sida et à faire en sorte qu'ils puissent se protéger. Les gouvernements des pays bénéficiaires exécuteront les programmes en partenariat avec le FNUAP, deux ONG internationales ayant une expérience étendue de l'Afrique subsaharienne – the Program for Appropriate Technology in Health (PATH) et Pathfinder International – et des groupes locaux.

Les quatre pays ont été choisis en fonction des besoins et de leur détermination attestée de prévenir le VIH/sida parmi les jeunes. Les agents de terrain du FNUAP, du PATH et de Pathfinder ont élaboré des projets qui comprennent des programmes d'éducation dans les zones rurales et urbaines, la délivrance de conseils par les compagnons d'âge aux jeunes scolarisés ou non scolarisés, des services de santé en matière de reproduction qui soient accessibles (par exemple, fournis dans des centres de jeunesse) et une formation à l'emploi destinée aux jeunes.

Les programmes bénéficiant de cet appui serviront aussi de modèle à d'autres pays durement frappés et aux activités internationales d'assistance. Un réseau régional d'appui facilitera la mise en commun des expériences nationales.

Plusieurs types de programme enseignent la communication entre générations en matière de sexualité. Au Kenya, par exemple, l'Association pour la planification familiale met à l'essai un modèle centré sur les parents et visant à élargir l'accès à l'information et aux services parmi les jeunes de la ville de Nyeri. Grâce à ce programme, les parents sont formés à avoir une attitude amicale envers leurs enfants, à fournir aux adolescents et à d'autres parents des informations, des conseils de base et des adresses utiles. En outre, les prestataires de soins tant privés que publics sont formés à prendre en charge les adolescents qu'on leur envoie parce qu'ils ont besoin d'une information plus poussée, de conseils ou de soins cliniques⁷¹.

Le FNUAP a soutenu plusieurs projets d'éducation des parents en Afrique et ailleurs. Au Malawi, par exemple, un projet en cours vise à intégrer l'éducation des parents dans un programme de formation à base communautaire. En Égypte, un projet interrégional soutenu par le FNUAP a formé avec succès des théologiens musulmans à éduquer et conseiller, dans un cadre non structuré, les parents sur divers sujets : santé en matière de reproduction, éducation sexuelle et planification familiale. Au Mexique, *Gente Joven* vise à améliorer la communication entre les générations et à susciter chez les adultes et les parents une attitude claire et positive concernant la sexualité des jeunes. Le programme offre aux parents de jeunes âgés de 11 à 20 ans des cours de base les préparant à aborder avec eux les problèmes d'ordre sexuel. En 1991, la formation a également été dispensée à 110 000 animateurs de jeunesse.

Des politiques qui encouragent les partenariats

Les normes sociales actuelles sont en faveur de refuser aux jeunes des informations exactes, tandis que la culture populaire glorifie et encourage l'activité sexuelle⁷². Les décideurs peuvent aider à changer ces normes. Ils peuvent adopter et faire respecter des lois qui protègent filles et garçons des violences commises par les adultes et du mariage précoce. En collaboration avec les professionnels de la santé, ils peuvent donner aux adolescents accès à l'information, aux savoir-faire et aux services s'ils en ont besoin. Ils peuvent soutenir les efforts déployés pour empêcher que les jeunes, surtout les filles, n'abandonnent leurs études.

Plus important encore, les décideurs et les dirigeants politiques peuvent devenir de nouveaux rôles modèles qui valident l'image de femmes capables et d'hommes compatissants. Par leurs actions, ils peuvent démontrer qu'hommes et femmes sont capables de communiquer et coopérer et qu'ils le font effectivement.

Besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction

Si les femmes courent un plus grand risque que les hommes de contracter des maladies de l'appareil génital, les hommes ne sont pas non plus à l'abri des infections sexuellement transmissibles et souffrent d'autres problèmes de santé en matière de



reproduction, tels que l'impuissance et la stérilité. Le décès ou la maladie de leurs épouses, dus à la médiocrité des soins de santé en matière de reproduction, constitue un autre fardeau dont beaucoup d'hommes sont accablés.

On a évalué à 1,9 million le nombre d'années de vie active que, chaque année, les hommes âgés de 15 à 59 ans perdront en raison des MST, non compris le VIH/sida, et à 16,8 millions le nombre des années de vie active perdues en raison du VIH/sida lui-même⁷³. La stérilité, qui résulte fréquemment de MST non traitées, touche des millions d'hommes, mais les statistiques sont très fragmentaires car la santé des hommes en matière de reproduction n'est souvent pas évaluée sur le plan médical et demeure insuffisamment étudiée⁷⁴.

Les hommes, tout autant que les femmes, veulent espacer la naissance de leurs enfants ou en limiter le nombre; mais leurs besoins ne sont pas satisfaits. Dans certains pays en développement, par exemple, d'un quart à deux tiers des hommes disent qu'ils ne veulent plus avoir d'enfants, mais ni eux-mêmes ni leurs épouses n'emploient de moyens contraceptifs⁷⁵.

Les services de santé en matière de reproduction destinés aux hommes se concentrent avant tout sur le traitement et le contrôle des MST. Dans de nombreux pays, on s'est efforcé de fournir des informations et des services aux jeunes recrues⁷⁶. Les programmes soutenus par le FNUAP en Bolivie, en Équateur, au Nicaragua, au Paraguay et au Pérou font mieux prendre conscience au sein des forces armées et des forces de police de la santé des hommes en matière de sexualité et de reproduction, de l'inégalité des relations entre les sexes et de la violence à l'égard des femmes⁷⁷.

Le taux du recours à la contraception attribué aux hommes (préservatifs, retrait, abstinence périodique et vasectomie) a diminué ces dernières années. Il est tombé à 26 %, soit 11 % de moins qu'en 1987 et 5 % de moins qu'en 1994⁷⁸. La vasectomie (contraception chirurgicale masculine) est une procédure plus sûre et plus respectueuse de l'intégrité physique que son homologue chez la femme (ligature des trompes), mais elle est beaucoup moins fréquemment pratiquée.

Les utilisateurs potentiels citent des raisons, diverses selon les individus, pour lesquelles ils trouvent une méthode donnée inacceptable (par exemple, ils se demandent si elle est permanente ou réversible, ou craignent qu'elle n'ait un effet négatif sur le désir ou la performance sexuels). Mais ces méthodes offrent des avantages : prévention du VIH dans le cas des préservatifs, permanence de nombreuses vasectomies, gratuité de l'abstinence et du retrait.

En de nombreux pays, beaucoup d'hommes célibataires continuent de disposer de peu d'informations concernant la manière d'éviter la grossesse, de prévenir le VIH/sida et les autres MST. Les hommes célibataires sexuellement actifs déclarent dans une certaine proportion utiliser des préservatifs (de 7 à 50 % en Afrique subsaharienne et de 27 à 64 % en Amérique latine)⁷⁹. Cependant, les lacunes de l'information, l'embarras, la répugnance des fournisseurs font obstacle à une utilisation plus fréquente.

Les programmes qui visent à modifier les attitudes masculines et à mieux assurer la santé en matière de reproduction, notamment en diffusant la planification familiale, ainsi qu'à enseigner le respect des sexes⁸⁰, ont marqué quelque progrès.

Les programmes de délivrance de conseils par les compagnons d'âge ont été particulièrement utiles pour répondre aux besoins des adolescents.

La Fédération ghanéenne pour la procréation responsable a accru l'intérêt des hommes pour la contraception grâce à une approche qui combine l'action des médias et les interventions externes du personnel des dispensaires aux fins d'appeler l'attention sur un large éventail de problèmes de santé en matière de reproduction, dont l'impuissance et la stérilité⁸¹.

Au Mexique et en Colombie, la délivrance de conseils par les compagnons d'âge a fait mieux accepter la vasectomie. Au Mexique, la formation des conseillers et du personnel paramédical a permis d'augmenter le taux d'acceptation de 25 %, de sorte que la contraception chirurgicale féminine est désormais moins pratiquée. En Turquie, les entretiens-conseils avec des couples sur la vasectomie, à la suite d'un avortement, ont rendu cette pratique plus acceptable et diminué le nombre d'avortements.

Besoins des migrants et des réfugiés dans le domaine de la santé en matière de reproduction

C'est un problème prioritaire de santé publique que de répondre aux besoins de santé, y compris en matière de reproduction, des personnes que l'infrastructure normale n'atteint pas ou ne peut atteindre. Il s'agit des personnes sinistrées par un conflit ou une catastrophe naturelle; des groupes de population établis dans des zones écartées et de communautés diverses vivant dans la pauvreté; ou des pays qui subissent l'effet négatif de revers économiques ou d'une période de transition. Femmes et enfants constituent une proportion exceptionnellement élevée de ces communautés, et de plus en plus en tant que chefs de famille.

On a évalué aux chiffres d'environ 125 millions les migrants internationaux et de 15 millions les réfugiés qui actuellement, dans le monde entier, cherchent à assurer une vie meilleure à eux-mêmes et à leurs familles hors de leur pays d'origine, ou qui fuient les guerres, les luttes civiles, la famine et la destruction de l'environnement. Vingt autres millions de personnes sont déplacées à l'intérieur de leurs propres pays. La plupart de ces migrants et réfugiés finissent dans des zones urbaines et la plupart d'entre eux — jusqu'à 80 % dans certains cas — sont des femmes et des enfants⁸².

Presque tous les réfugiés et la moitié de tous les migrants vivent dans les pays en développement, où les services sont d'ordinaire terriblement insuffisants pour répondre à leurs besoins de santé en matière de reproduction. Plus encore que les autres groupes, migrants et réfugiés ont besoin de soins de santé en matière de reproduction, y compris la protection contre le sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, de services de maternité sans danger, et d'une protection contre les sévices sexuels. Trop souvent, ils n'ont pas accès à ces importants services. Agglutinés à la périphérie des villes, logés dans des camps temporaires à l'écart de tout, souvent privés d'un domicile propre, les membres de ces groupes de population sont au nombre des plus vulnérables⁸³.

Puisque les familles migrantes des pays en développement sont généralement pauvres, qu'elles

Les hommes, tout autant que les femmes, veulent espacer la naissance de leurs enfants, mais leurs besoins ne sont pas satisfaits.

mènent une existence sordide dans des bidonvilles, dans des colonies de squatters ou sur la voie publique, elles sont plus exposées que l'ensemble de la population aux grossesses non désirées, aux complications de la grossesse et de l'accouchement, et à la violence familiale. Femmes et enfants sont en outre exposés à l'exploitation sexuelle, aux MST (y compris le VIH/sida) et à la violence sexiste⁸⁴. Femmes et adolescentes deviennent souvent la proie de proxénètes.

Par l'intermédiaire du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), la communauté internationale s'emploie à rendre aux personnes déplacées, surtout aux femmes et aux enfants, des conditions de vie décentes. La formation à l'emploi et à des savoir-faire, l'accès aux outils, à l'équipement et aux programmes de crédit permettent aux femmes et à leurs familles de reconstruire leur vie⁸⁵. De la même manière, des programmes de santé en matière de reproduction doivent atteindre les femmes — et les hommes — des sociétés en transition ou réfugiées, leur offrant des services qui les mettront à l'abri des grossesses non désirées et de la maladie et les aideront à rester en bonne santé en cas de grossesse.

Les personnes chassées de leur foyer du fait de conflits civils, de guerres ou de catastrophes naturelles sont souvent exposées aux risques qui menacent la santé en matière de reproduction et n'ont pas d'accès régulier aux services et à l'information. En de telles

situations, beaucoup de femmes se trouvent chefs de famille, voire seules et sans protection familiale, ce qui les expose encore davantage à l'exploitation sexuelle et aux risques qui l'accompagnent.

La violence sexuelle est fréquente durant les conflits armés, surtout lorsque les combattants se mêlent aux populations civiles. Dans plusieurs conflits récents, preuve a été faite que les viols furent nombreux. Il est donc absolument nécessaire de fournir aux femmes et aux jeunes qui ont été victimes de violences sexuelles le traitement, les conseils et services nécessaires, à savoir notamment la contraception d'urgence, la prévention des MST, dont le VIH/sida, et une prise en charge des accouchements et des complications de l'avortement.

Partenariats pour la planification familiale et la santé en matière de reproduction

Les gouvernements peuvent promouvoir la participation communautaire à l'amélioration de la santé en matière de reproduction et rendre les programmes du secteur public plus sensibles aux sexospécificités. Un certain nombre de guides et de programmes ont été élaborés pour atteindre ces objectifs et divers pays ont

ENCADRÉ 15

Le FNUAP et les besoins de santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence

Depuis 1994, le FNUAP a activement centré l'attention de la communauté internationale sur la santé et les droits des réfugiés et des personnes déplacées en matière de reproduction, prêtant son appui à des projets d'urgence concernant la santé en matière de reproduction dans plus de 30 pays. Ces projets assurent : des soins d'hygiène individuelle; des soins prénatals, un accouchement sans danger et des soins postnatals; le traitement des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum; des informations et services relatifs à la planification familiale; la prévention et la gestion des infections de l'appareil génital et des MST, y compris le VIH/sida; et la prise en charge des conséquences de la violence sexuelle.

En 1995, le FNUAP et le HCR, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, ont organisé un colloque destiné aux organismes humanitaires. Il a abouti à la création d'un Groupe de travail interinstitutions sur les besoins de santé des réfugiés en matière de reproduction, et à la publication de *An Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Refugee Situations*, ouvrage que de nombreux organismes ont abondamment utilisé dans les situations d'urgence qui se sont présentées ultérieurement. La plus récente version du manuel a été lancée en juin 1999 par l'OMS, le HCR et le FNUAP.

Le groupe de travail demeure un organe actif de coordination pour les organismes internationaux dans ce domaine; il leur offre un cadre où partager des informations sur leurs interventions, fixer des normes de soins, guider la recherche et coordonner les activités de formation et de plaidoyer.

Le groupe de travail a aussi aidé à mettre au point et perfectionner le contenu d'une série de 12 trousseaux d'urgence pour l'obstétrique et la santé en matière de reproduction, qu'il est possible d'envoyer par voie aérienne dans les zones de crise avant que des programmes plus complets ne soient élaborés. Le FNUAP compose ces trousseaux et les met sur demande à la disposition des organismes et des gouvernements dans les situations d'urgence. Il a fourni cet équipement et ces fournitures, aussi bien qu'un appui technique aux services de santé en matière de reproduction, au Kosovo, au Timor oriental et dans les pays suivants: Afghanistan, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Érythrée, Guinée-Bissau, Mongolie, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Zimbabwe.

En 1999 et dans les premiers mois de 2000, le FNUAP a réagi à un certain nombre de catastrophes naturelles, à savoir notamment des séismes en Turquie; des glissements de terrain au Venezuela; un cyclone en Inde; des inondations à Madagascar, au Mozambique et au Zimbabwe.

Le FNUAP collabore étroitement avec d'autres organisations et organismes internationaux, ainsi qu'avec des groupes locaux. Il a signé des accords de partenariat avec le HCR, l'Organisation internationale pour les migrations et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Le FNUAP fournit régulièrement des services d'experts s'agissant de réunir des informations sur les aspects démographiques de crises, à titre de contribution aux évaluations des besoins humanitaires interinstitutions de l'ONU et à la planification y relative.



élargi la formation pertinente à l'intention du personnel affecté aux programmes⁸⁶. Les organisations non gouvernementales ont souvent fait preuve à cet égard de plus de souplesse que les services gouvernementaux et ont souvent moins de mal que les gouvernements à agir dans des domaines délicats tels que la santé des adolescents et la violence sexiste.

Les réseaux

L'une des grandes forces des ONG est leur aptitude à former des partenariats et des alliances entre elles-mêmes et avec les gouvernements ou autres entités. Ces réseaux d'organisations appliquent diverses perspectives et divers types de compétences aux préoccupations communes.

Au **Brésil**, la *Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos* est un réseau de dimension nationale qui rassemble 60 ONG et groupes féminins, 20 groupes universitaires actifs dans les questions d'égalité des sexes et de santé, des femmes parlementaires, des praticiens de la médecine et du droit, et des militants des droits de la personne. Depuis la CIPD, ce réseau a facilité la participation des femmes à la formulation et à l'application des politiques concernant la santé et les droits des femmes et des adolescents en matière de reproduction, renforçant la perspective des sexes et aidant à créer une nouvelle vision et de nouveaux indicateurs de santé.

La **Fédération internationale pour la planification familiale** (FIPF) groupe les associations de planification familiale de 150 pays. La Charte de la FIPF sur les droits en matière de sexualité et de reproduction, élaborée en 1995, sert dans le monde entier à remanier la législation et à conduire des activités de plaidoyer sur des problèmes délicats tels que l'avortement sans danger et les grossesses non désirées.

Health Empowerment Rights and Accountability (HERA) est un réseau international d'ONG, réunissant des chercheurs et des organisations féminines, qui fut formé durant le processus CIPD pour militer en faveur de l'égalité des sexes, ainsi que de la santé et des droits en matière de reproduction. Coordonné par l'International Women's Health Coalition de New York, les mises à jour, fiches d'information, consultations et ateliers de HERA ont beaucoup contribué à faire prendre conscience à la communauté internationale de l'importance des sexes et des droits de la femme dans les stratégies de population et de développement.

L'**International Reproductive Rights Research Action Group**, créé en 1992, collabore avec d'autres réseaux féminins tels que **Development Alternatives with Women for a New Era**, **Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes**, **Women's Health Coalition** et **Réseau mondial des femmes pour les droits sur la reproduction**. L'influence de leurs politiques se fait sentir dans les sept pays où ces organisations ont entrepris des travaux de recherche (Brésil, Égypte, États-Unis, Malaisie, Mexique, Nigéria et Philippines), ainsi qu'au niveau international, où elles ont aidé à inscrire sur l'agenda intergouvernemental les aspects culturels, politiques et économiques des droits en matière de reproduction.

Le **Fonds mondial pour les femmes** a été créé au milieu des années 80 pour aider les femmes et les organisations féminines à transformer leurs sociétés. Le Fonds mondial a étudié l'impact de ses subventions

dans huit pays, notamment sur les attitudes des femmes concernant la planification familiale et l'emploi de contraceptifs. L'étude a établi ce qui suit : "le fait de participer aux activités des organisations émancipe les femmes (en améliorant leur confiance en soi, leurs connaissances, leurs savoir-faire et en augmentant leur autonomie économique). Ces changements ont à leur tour un impact sur la santé en matière de reproduction et le comportement procréateur. Pour beaucoup de femmes, ils accroissent tant leur désir de recourir à la contraception que leur aptitude à y avoir accès"⁸⁷.

Les ONG nationales et les services de santé communautaires

Les ONG nationales promeuvent la santé en matière de reproduction et le bien-être des femmes, dispensant soins de santé et services sociaux et participant activement aux processus de réforme du secteur sanitaire. Au Bangladesh, par exemple, les ONG exécutent un quart des activités concernant la santé en matière de reproduction. L'une d'elles est le Comité bangladais de progrès rural (Bangladesh Rural Advancement Committee), fondé en 1972, dont le personnel comprend plus de 20 000 membres et qui atteint 2,1 millions de femmes et fillettes réparties entre 65 000 villages et 34 000 écoles.

Dans plusieurs pays (**Bangladesh, Colombie, Jamaïque, Mexique, Pérou et Zambie**), les ONG ont assumé un rôle dirigeant s'agissant d'élargir les services — en particulier d'assurer la planification familiale dans le contexte de la santé en matière de reproduction et d'offrir des services aux hommes et aux jeunes gens. Profamilia, organisme colombien affilié à la FIPF, assure dans ce pays plus de 60 % des services de planification familiale. Depuis 1994, il a élargi l'éventail des services de santé en matière de reproduction, sans parler d'autres activités d'émancipation des femmes. Au Pérou, l'ONG féminine Manuela Ramos collabore avec près de 90 % des organisations de femmes à base communautaire par le biais d'un projet appelé *ReproSalud*⁸⁸.

En **Chine**, la Fondation Ford a soutenu le Programme de santé en matière de reproduction et de développement de la femme, qui vise à aborder la santé des femmes en matière de reproduction dans le contexte socioéconomique plus large dont dépend leur état de santé général⁸⁹. Le programme a permis aux femmes rurales pauvres de mieux comprendre leurs besoins de santé et d'agir pour les satisfaire. Les communautés ont participé à la prise de décisions et à la conception des programmes. Il a aussi formé des professionnels, aux niveaux national et local, à appliquer une approche "de bas en haut" pour répondre aux besoins des individus et des communautés.

Certaines associations de planification familiale affiliées à la FIPF s'efforcent d'aider les communautés à identifier leurs problèmes sur le plan de la santé en matière de reproduction, inspirant ainsi confiance au sein des communautés en ceux qui dispensent des soins de santé et garantissant que les nouveaux services répondent aux besoins communautaires. À Madras, en **Inde**, cette approche a aidé les femmes à apprendre à mieux communiquer, leur permettant ainsi de parler à leurs maris et de jouer un rôle plus important pour ce qui est d'assurer le bien-être de leurs enfants⁹⁰.

Les ONG ont souvent moins de mal que les gouvernements à agir dans des domaines délicats tels que la santé des adolescents.



ENCADRÉ 16

Utiliser les réseaux pour promouvoir la santé en matière de reproduction

Le projet ACCESS du Centre for Development and Population Activities (CEDPA) a fourni au Nigéria des services à base communautaire dans le domaine de la planification familiale et de la santé en matière de reproduction, en collaborant avec 10 organisations qui oeuvrent en faveur de la femme dans plusieurs États du Nigéria. Tous sont des chapitres, au niveau de l'État, de réseaux nationaux plus importants, à savoir le Conseil national des sociétés féminines, l'Organisation chrétienne nigériane pour la santé, l'Association nigériane des femmes rurales, Femmes du Nigéria, et l'Organisation nigériane pour la santé au niveau local. Les organisations oeuvrent en collaboration avec 500 sociétés locales qui offrent des services intégrés par l'intermédiaire de plus de 2 000 agents, vendeurs ambulants et négociants. La force de ces réseaux provient de leurs légitimité et crédibilité dans le pays même et, ce qui compte davantage, de leur pertinence au niveau local et de leur aptitude à collaborer avec les programmes des autorités locales et à les soutenir.

Les ONG et la santé des adolescents en matière de reproduction

Les ONG s'efforcent de faire participer les adolescents à la satisfaction de leurs besoins sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Donner aux filles un endroit où parler de leurs sentiments et de leurs attentes concernant la procréation, la santé et la sexualité est une stratégie importante aux fins d'améliorer la santé en matière de reproduction et l'égalité des sexes.

Des groupes traditionnels, comme l'Association mondiale des guides et des éclaireuses, plaident aussi en faveur des droits des jeunes filles en matière de reproduction. Des ONG locales comme la *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* (Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes), CEDPA en **Inde**, Arrow en **Malaisie**, ISIS International-Manille aux **Philippines**, l'Association tanzanienne des femmes des médias en **République-Unie de Tanzanie** et le Women's Health Project en **Afrique du Sud** recourent à des débats entre compagnes d'âge et à des techniques de formation aux sexospécificités afin d'encourager les filles à parler de leur santé en matière de reproduction et de sexualité et à mieux s'affirmer dans leurs rapports avec les garçons.

En **Ouganda**, le Programme d'amélioration de la vie des adolescents en matière de procréation est un programme à base communautaire soutenu par le FNUAP qui vise principalement les jeunes non scolarisés; il s'efforce de créer pour les adolescents un environnement sans danger qui combine les activités de loisir avec les conseils et services relatifs à la santé en matière de reproduction. Bien que centré sur les adolescents, ce programme rend aussi les parents, les dirigeants religieux et les chefs de communauté conscients de l'importance de dispenser de tels conseils et services.

D'autres groupes, tels que le Women's Rehabilitation Centre au **Népal** et des membres du Réseau mondial des femmes pour les droits sur la reproduction, actifs dans plus de 23 pays, se mesurent à la tâche difficile d'améliorer la santé, le bien-être et les choix des enfants qui sont d'anciens travailleurs de l'industrie du sexe arrachés à leur situation.