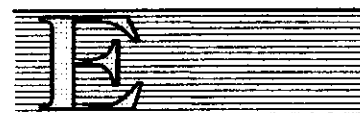




**NATIONS UNIES**

**CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL**



Distr.: LIMITEE

FSSDD/ICPD/FC.3/99/6  
17 mars 1999

FRANCAIS  
Original: ENGLISH

**COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE**

SECRETARIAT CONJOINT CEA/OUA/BAD  
EN COLLABORATION AVEC LE FNUAP

**EXPERIENCES DES PAYS AFRICAINS DANS LA MISE EN OEUVRE  
DE LA DECLARATION DE DAKAR/NGOR  
ET DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CONFERENCE  
INTERNATIONALE SUR LA POPULATION  
ET LE DEVELOPPEMENT**



**NATIONS UNIES**

**CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL**

63100  
**E**

Distr.: LIMITEE

FSSDD/ICPD/FC.3/99/6  
17 mars 1999

FRANCAIS  
Original: ENGLISH

**COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE**

SECRETARIAT CONJOINT CEA/OUA/BAD  
EN COLLABORATION AVEC LE FNUAP

**EXPERIENCES DES PAYS AFRICAINS DANS LA MISE EN OEUVRE  
DE LA DECLARATION DE DAKAR/NGOR  
ET DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CONFERENCE  
INTERNATIONALE SUR LA POPULATION  
ET LE DEVELOPPEMENT**

## ABREVIATIONS

BAD	Banque africaine de développement
SIDA	Syndrome Immuno-Déficient Acquis
FAMR	Fondation africaine de médecine et de recherche
CAP3	Troisième conférence africaine de la population
BOFWA	Association botswanaise de bien-être familial
CBD	Distribution à base communautaire
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'endroit des femmes
TPC	Taux de prévalence contraceptive
EAT	Equipe d'appui technique
EATAA	Equipe d'appui technique, Addis Ababa
EDS	Enquête démographique et de santé
DDN	Déclaration de Dakar Ngor
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEFA	Centre d'éducation pour les femmes adolescentes
UE	Union européenne
FGM	Mutilation des organes génitaux chez les femmes
PF	Planification familiale
CMF	Quatrième conférence mondiale sur les femmes
VIH	Virus Immuno-déficient humain
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CIPD-PA	Programme d'action adopté à la CIPD
IEC	Information, éducation et communication
OIT	Organisation internationale du travail
PIPD	Planification intégrée de la population et du développement
FIPP	Fédération internationale pour la planification de la parenté
DIU	Dispositif intra-utérin
PAK	Programme d'action de Kilimandjaro
SMI/PF	Santé maternelle et infantile et planification de la famille
SGI	Système de gestion intégrée de l'information
ONG	Organisation non-gouvernementale
CNP	Conseil national de la population
PNP	Programme national de population
SPD	Stratégie de population et développement
PEARL	Programme pour améliorer la santé reproductive des adolescentes
SSP	Soins de santé primaire
POP/EVF	Population/Education pour la vie familiale
SR	Santé reproductive
DR	Droits en matière de reproduction
IR	Infections liées à la reproduction
PFS	Points de fourniture de services
MST	Maladies sexuellement transmissibles

IST	Infections sexuellement transmissibles
AT	Accoucheuses traditionnelles
ISF	Indice synthétique de fécondité
ONUSIDA	Programme des Nations Unies sur le SIDA/VIH
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
OMS	Organisation mondiale de la santé
EMF	Enquête mondiale sur la fécondité

## AVANT-PROPOS

1. Pour l'ensemble des Etats membres de la famille de l'ONU, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a marqué un tournant dans la politique mise en oeuvre en matière de population. Cette conférence a été l'occasion de reformuler et/ou de réorienter les politiques précédentes qui présentaient la lacune de ne pas s'inscrire dans une perspective de développement durable. Pour mettre en application les recommandations du Programme d'action de la CIPD touchant à des domaines d'action divers, chacun des Etats membres de la CEA est appelé à "établir un consensus national sur les conséquences de la mise en oeuvre des concepts arrêtés au regard de l'action, de la loi et des institutions ainsi que sur les activités à exécuter pour que ces concepts soient traduits dans la réalité. Les gouvernements, mais également tous les acteurs de la société civile, sont appelés à s'engager pleinement et sans équivoque dans ce processus".<sup>1</sup>

2. Le présent rapport qui a été élaboré dans le cadre de l'examen et de l'évaluation des cinq premières années de mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD en application de la résolution 52/188 de l'Assemblée générale datée du 18 décembre 1997, donne des indications sur le degré de mise en oeuvre, par les Etats membres de la CEA, des recommandations de la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) et du Programme d'action de la CIPD à l'occasion de l'élaboration et de l'exécution de leurs Plans nationaux en matière de population (PNP). Selon les indications recueillies, les Etats membres seraient nombreux à avoir tenu compte de ces recommandations malgré les difficultés rencontrées. Nombre de pays ont également mobilisé des ressources internes supplémentaires en vue d'exécuter leurs PNP.

3. Il importe que chaque Etat membre tire parti des résultats positifs enregistrés par les autres et qu'il identifie suffisamment tôt les problèmes et les contraintes qui entravent la bonne marche des programmes. Dans la plupart des pays, l'insuffisance des infrastructures, le manque de personnel qualifié et la rareté des ressources constituent autant de problèmes graves qui freineront les efforts entrepris pour mettre en oeuvre les engagements pris au Caire, à moins que la communauté internationale ne fasse clairement preuve de résolution à aider ces pays à résoudre leurs problèmes. La participation pleine des ONG, y compris les organisations de femmes, au processus de dialogue et de consultation à tous les niveaux ainsi qu'aux activités de plaidoyer, d'information et de services d'exécution des projets n'est pas seulement souhaitable, elle est nécessaire. L'identification et l'examen des bonnes pratiques peut contribuer dans une large mesure à l'élaboration et à l'exécution, dans de bonnes conditions, des politiques et des programmes. Elle permet également de montrer comment surmonter les difficultés et de quelle façon les grands principes (tels que l'intégration) peuvent être mis en application.

4. Les bonnes pratiques elles-mêmes évoluent en se nourrissant des expériences passées et des besoins nouveaux. Elles doivent donc être adaptées avant d'être adoptées. Si la mise en oeuvre d'une mesure spécifique telle que la diffusion aux

---

<sup>1</sup> Singh, J.S., *Creating a New Consensus on Population* (Earthscan Publications Ltd. London, 1998)

décideurs des conclusions d'un travail de recherche ou la révision d'une loi peut constituer un pas dans la bonne direction, cela ne signifie pas qu'un objectif essentiel ait été atteint. Il est en outre probable que dans des domaines d'importance cruciale tels que les soins de santé en matière de procréation, les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la gestion des données, les besoins évoluent au fil du temps. De même, l'évaluation des résultats obtenus depuis l'adoption du Programme d'action de la CIPD doit nécessairement faire ressortir de façon distincte les programmes et les politiques mis en oeuvre, d'une part, et l'évolution de la situation sociale, économique et démographique. Dans un même pays, la mise en oeuvre de nouvelles politiques et de nouveaux programmes peut donner des résultats plus ou moins concluants selon le cas.

5. Etant donné la diversité des Etats membres de la CEA, les résultats obtenus et les bonnes pratiques mises en oeuvre par ces pays depuis l'adoption des deux cadres de développement, ne sauraient faire l'objet de généralisations et doivent être tenus pour expérimentaux, étant par ailleurs entendu que nombre d'Etats membres qui s'attaquent aux problèmes tels que le haut niveau de mortalité maternelle, la propagation du VIH/SIDA et l'accès insuffisant à l'information et aux soins de santé en matière de procréation, travaillent tous dans la même direction.

6. Le rapport reprend des sources diverses, y compris le questionnaire élaboré par la CEA à l'intention des pays et les rapports régionaux et sous-régionaux. Parmi ces rapports, certains ont établi des analyses à partir des leçons tirées par les Equipes d'appui aux pays du FNUAP et des résultats de deux missions effectuées sur le terrain dans douze pays membres choisis en vue de réunir des informations sur les réalisations, les meilleures pratiques et les difficultés rencontrées lors de la mise en oeuvre des recommandations du Programme d'action de la CIPD. Au moment de l'élaboration du présent rapport (fin octobre 1998), seuls 41 réponses au questionnaire avaient été reçues sur un total de 53. Les pourcentages indiqués dans le rapport relatifs aux réponses reçues sont basés sur les réponses reçues. Le rapport se divise en trois parties.

7. La première partie comporte des informations de caractère général sur la dynamique démographique, les dimensions socio-économiques, les relations d'interdépendance entre population et développement et les politiques et programmes mis en oeuvre dans la région. La deuxième partie se divise en deux chapitres: le premier présente le rapport de la troisième réunion du Comité de suivi (FUC.3) qui s'est tenue du 23 au 25 septembre 1998 à Addis-Abeba (Ethiopie) en vue d'évaluer les résultats obtenus, les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en oeuvre des recommandations de la DDN et du Programme d'action de la CIPD. Le deuxième chapitre présente les principales recommandations de FUC.3. La troisième partie contient le rapport d'exécution des recommandations dans les domaines d'action suivants<sup>2</sup>: la santé et les droits en matière de procréation; la famille, les jeunes

---

<sup>2</sup> Le rapport comporte les observations et commentaires faits à l'occasion de la troisième réunion du Comité de suivi (FUC.3). Il a également été enrichi des conclusions des analyses i) des questionnaires reçus après la tenue de FUC.3; ii) des questions ouvertes figurant dans les questionnaires remplis; et iii) du questionnaire par pays du FNUAP sur "l'enquête portant sur l'expérience par

et les adolescents; l'égalité entre les sexes, l'équité, la démarginalisation des femmes et la participation de l'homme; le rôle des ONG et du secteur privé dans l'évaluation et la coordination des programmes; la stratégie de développement en matière de population, la politique et les mécanismes institutionnels de mise en oeuvre, de suivi, d'évaluation et de coordination et les stratégies pour les activités de plaidoyer et d'information, d'éducation et de communication (IEC).

## ***PREMIERE PARTIE***

### ***LE CONTEXTE PREVALANT LORS DE L'EVALUATION***



## **PREAMBLE**

1. La situation du développement humain en Afrique fait ressortir, selon les différents indicateurs de mesure utilisés, la faiblesse du niveau de vie des populations de la région. Selon l'Indicateur du développement humain (IDH) du PNUD, sur 48 pays classés "à faible développement humain", 37 sont des pays africains<sup>3</sup>; et 54 % de la population africaine vit dans la pauvreté absolue. En outre, la faiblesse des revenus, le sous-emploi, l'analphabétisme, la malnutrition, le mauvais état de santé des populations, la précarité de la condition de la femme et la dégradation de l'environnement coexistent en Afrique avec des niveaux élevés de fécondité, de mortalité et de morbidité.
2. Dans le présent chapitre, seront présentés une vue d'ensemble de la dynamique démographique, des dimensions socio-économiques, de la situation en matière de population et développement ainsi que les politiques et programmes arrêtés.

## **LA DYNAMIQUE DE LA POPULATION**

### **Importance numérique et accroissement de la population**

3. La population africaine est passée de 320 millions en 1965 à 778 millions en 1998, ce qui représente un accroissement annuel de 13,9 millions de personnes. Environ 634 millions de personnes devraient s'ajouter à la population de la région au cours de la période 2000-2025. Le pourcentage de la population africaine par rapport à la population mondiale devrait passer de 13,1 % en 1998 à environ 18,1 % en 2025 (soit une croissance de 5 %) alors que les deux autres principales régions en développement ne devraient connaître que de faibles changements: l'Amérique latine passant de 8,4 % à 8,6 % (soit une croissance de 0,2 % seulement) et l'Asie de 60,5 % à 59,5 % (soit une baisse de 0,5 %).
4. Selon les variantes moyennes établies dans les projections de l'ONU, le taux d'accroissement annuel de la population en Afrique devrait baisser de 2,6 % pendant la période 1995-2000 à 1,98 % pendant la période 2000-2025. Au taux actuel d'accroissement de la population, l'Afrique doublerait sa population de 1998 en l'an 2025. L'Afrique est donc la seule région qui devrait plus que doubler sa population actuelle en 2050 avec, à cette date, un total de 2,05 milliards d'habitants<sup>4</sup>.
5. Au niveau sous-régional, il ressort que les taux d'accroissement de la population auront baissé de façon significative en 2025, notamment en Afrique du Nord et en Afrique australe avec des chiffres inférieurs à 1,5 %. Au niveau des pays, ils ne sont que

---

<sup>3</sup> PNUD, Rapport sur le développement humain, 1997, New York, 1997.

<sup>4</sup> United Nations, World Population Prospects: the 1996 Revision (United Nations: New York, 1998).

sept à enregistrer des taux modérés d'accroissement de la population se situant entre 1 et 2 % pour la période 1995-2000. Seize pays connaissent des taux élevés se situant entre 2 et 2,5 % et 38 pays des taux très élevés dépassant 2,5 %<sup>5</sup>.

### La fécondité

6. L'Afrique enregistre également l'Indice synthétique de fécondité (ISF) le plus élevé au monde. Celui-ci est estimé à 5,31 enfants par femme (1995-2000). Ce niveau de fécondité qui, au début des années 70, était communément enregistré en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes, s'explique par les mariages précoces et quasi universels (encore que l'âge moyen au mariage en Afrique soit de plus en plus retardé).

Les autres causes tiennent à la durée de la fécondité des femmes et à la faiblesse des taux d'utilisation des contraceptifs. Dans 36 % des cas, la fécondité est soit précoce (12 % entre 15 et 20 ans), soit tardive (24 % entre 35 et 50 ans). La fécondité des adolescentes est élevée en Afrique centrale (206 naissances pour 1000 femmes), en Afrique de l'Ouest (158 naissances pour 1000 femmes) et en Afrique de l'Est (145 naissances pour 1000 femmes). Au niveau des pays, la Guinée (241 naissances pour 1000 femmes), l'Angola (236 naissances pour 1000 femmes) et le Libéria (230 naissances pour 1000 femmes) ont enregistré les taux de fécondité des adolescentes les plus élevés pendant la période 1990-1995. Les taux de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer est inférieur à 15 % dans la plupart des pays bien que certains pays des sous-régions de l'Afrique du Nord et de l'Afrique australe enregistrent dans ce domaine des taux relativement élevés<sup>6</sup>.

7. Si en Afrique le niveau d'ISF devrait, selon les prévisions, baisser à 3,28 enfants par femme en 2025, les niveaux et les tendances enregistrés dans ce domaine sont très variables selon les différentes sous-régions. C'est ainsi qu'au cours de la période 1995-2000, les sous-régions de l'Afrique de l'Est, de l'Afrique centrale, de l'Afrique de l'Ouest, de l'Afrique australe et de l'Afrique du Nord ont respectivement enregistré un taux d'ISF estimé à 6,05, 6,01, 5,95, 3,92 et 3,67 enfants par femme. Au cours de la période 1980-2000, l'Afrique du Nord a connu la plus forte réduction du taux de fécondité au monde: l'ISF a baissé de 1,88 naissances par femme, soit plus d'un tiers. Dans les autres sous-régions, l'évolution de la fécondité se situe dans une fourchette allant d'une baisse modeste en Afrique de l'Est (12 %) à une baisse marginale en Afrique de l'Ouest (2 %). Par contre, l'ISF a été significativement réduit en Afrique australe puisqu'il se situe à 3,9 naissances par femme, soit une baisse de 20 % depuis 1980-1985. La fécondité n'a cependant pas encore commencé à baisser dans nombre de pays: les niveaux les plus élevés (plus de 7,0 enfants par femme) se retrouvent en Ethiopie, au Niger, en Somalie et en Ouganda avec cependant des exceptions comme le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe, qui ont connu une baisse de l'ordre de 26, 22 et 18 % respectivement au

---

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> C'est ainsi que le taux de prévalence de la contraception chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans au Botswana, en Egypte, en Namibie, au Maroc, en Afrique du Sud, en Tunisie et au Zimbabwe se situait entre 28,9 et 49,8% au cours de la période 1988-1993. Les autres pays qui enregistrent des taux élevés de prévalence de la contraception sont le Kenya (33%) et Maurice (75%) alors que les taux les plus bas pour la même période ont été enregistrés au Nigéria (6%) et en Mauritanie (4%).

cours de la période se situant entre l'Enquête mondiale sur la fécondité et l'Enquête sur la démographie et la santé.

### **La mortalité**

8. En Afrique, les taux de mortalité, bien qu'en baisse, demeurent élevés comparativement aux autres régions en développement. Le taux brut de mortalité a été estimé à 12,9 p. 1000 pendant la période 1995-2000 alors qu'il n'est que de 8,5 p. 1000 dans les autres régions en développement. L'Afrique enregistre également le taux le plus élevé de mortalité infantile (TMI). Celui-ci s'établit à 86 décès p. 1000 naissances vivantes en 1995-2000 avec cependant de grandes différences selon les sous-régions: l'Afrique de l'Est connaît le TMI le plus élevé (99 p. 1000) alors qu'en Afrique australe, celui-ci est de 50 p. 1000 (c'est-à-dire deux fois moins). L'Afrique est, en outre, la région où l'on enregistre le taux le plus élevé de mortalité post-infantile (145 décès p. 1000 naissances vivantes au cours des cinq premières années). La mortalité post-infantile est variable: 164 en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest et 86 et 87 respectivement en Afrique du Nord et en Afrique australe.

9. Depuis la période 1950-1955, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 16 ans pour l'ensemble de la région. Il n'en demeure pas moins que l'espérance de vie actuelle qui s'établit à 54 ans est très faible comparée aux 63,6 ans enregistrés dans d'autres régions en développement. Là également, on note des écarts entre les différentes sous-régions. Le niveau le plus élevé a été constaté en Afrique du Nord (64,6 ans) et le plus bas en Afrique de l'Est (49 ans). S'agissant des pays, la Sierra Leone, le Libéria et le Rwanda connaissent pour la période de référence 1995-2000 une espérance de vie à la naissance de 37,5, 41,1 et 42,1 ans respectivement, ce qui les situent au rang le plus bas dans le monde. La mortalité maternelle en Afrique demeure la plus élevée au monde. Au début des années 90, l'Afrique comptait à elle seule près de 40 % des cas de mortalité maternelle survenant dans le monde. Le haut niveau de prévalence du VIH/SIDA parmi les jeunes et dans les groupes de la population active a eu des conséquences démographiques, sociales et économiques importantes dans ces pays. Selon les estimations de l'OMS, près de 16 millions d'adultes et 1,5 million d'enfants du monde entier étaient porteurs du VIH/SIDA en 1994. Dans la catégorie des adultes, on a compté 10,6 millions de cas en Afrique<sup>7</sup>. 24 pays africains avaient atteint un taux de séroprévalence de 2 % en 1994.

### **L'urbanisation**

10. Les deux caractéristiques distinctives de l'urbanisation en Afrique sont la faible proportion de la population urbaine et le taux élevé d'accroissement de celle-ci. La population urbaine était de 18 % en 1960 (34 % dans le monde). Elle a atteint 30 % en 1985 (41 % dans le monde)<sup>8</sup>. En l'an 2000, la proportion devrait être de 38 % en Afrique et de 47 % dans le monde. Pendant la période 1960-1965, le taux moyen annuel d'accroissement de la population urbaine en Afrique s'établissait à 4,9 % contre 3,1 %

<sup>7</sup> OMS, 1997, *Ibid.*

<sup>8</sup> United Nations, *World Urbanization Prospects: The 1996 Revision*, New York, 1998

dans le monde, 3,7 % en Asie et 4,4 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Le taux d'accroissement de la population urbaine en Afrique a été estimé à 4,2 % pendant la période 1995-2000 contre 2,3 % dans le monde, 3,0 % en Asie et 2,1 % en Amérique latine et aux Caraïbes. L'Afrique conserve ainsi son rang de région enregistrant le plus fort taux d'accroissement de la population urbaine dans le monde.

## LES DIMENSIONS SOCIO-ECONOMIQUES

### L'économie

11. L'Afrique est en phase de crise économique depuis le début des années 70. La situation s'est cependant sensiblement améliorée depuis 1995 au point que la plupart des pays de la région sont dans une période d'expansion économique tenant pour l'essentiel aux réformes macroéconomiques mises en oeuvre sur le plan interne, à l'amélioration de l'environnement interne, aux conditions externes relativement favorables, et, dans certains cas, à une plus grande stabilité politique. Le Produit intérieur brut (PIB) de la région s'est accru de 2,3 % en 1995 contre 2,1 % et 0,7 % en 1993 et 1994 respectivement. Certains pays ont même atteint des taux de croissance économique de 6 à 7 %<sup>9</sup>. Au milieu des années 90, le taux de croissance du PIB dépassait le taux d'accroissement de la population dans 19 pays africains<sup>10</sup>. Les secteurs politique et social ont enregistré des progrès du même type. Tous les progrès réalisés sur les plans économique, politique et social ont contribué à établir les bases d'une vision optimiste de l'avenir car avec la poursuite des réformes, l'Afrique avait la possibilité de faire face aux besoins essentiels des populations et d'atténuer la pauvreté dans de grandes proportions dans un environnement de croissance économique. Ces espoirs ont vite été déçus car les progrès réalisés n'ont pu être poursuivis dans nombre de pays du fait de la sécheresse, de l'instabilité sociale, de troubles civils ou de crises politiques qui ont perturbé les activités de production et les autres activités économiques et freiné le rythme des réformes.

12. La situation alimentaire constitue aujourd'hui un motif de vive préoccupation dans de nombreux pays. Selon un rapport de la FAO, le continent a enregistré en 1995 un déficit vivrier équivalent à 19,6 millions de tonnes métriques de céréales qui a nécessité des importations supplémentaires de denrées alimentaires et le recours à l'aide alimentaire<sup>11</sup>. En outre, l'Afrique compte aujourd'hui 44 pays classés dans la catégorie des pays à faible revenu et à déficit vivrier sur un total mondial de 88. Les déficits vivriers sont plus graves dans les zones frappées par la sécheresse, notamment dans la région du Sahel où la croissance de la production vivrière est inférieure au rythme d'accroissement de la population.

<sup>9</sup> Burkina Faso (6%), Côte d'Ivoire (6,6%), Ghana (6,9%), Kenya (6,1%), Malawi (6,2%), Mali (6,0%) et Togo (6,7%).

<sup>10</sup> CEA, Rapport sur la situation économique et sociale en Afrique (E/ECA/CM.22/4), 1996.

<sup>11</sup> FAO, Food Requirements and Population Growth, Rome, 1996.

13. La dette extérieure et les obligations de remboursement du service de la dette continuent de peser lourdement sur les économies africaines et de menacer la reprise économique. Selon des rapports de la Banque mondiale et d'après des sources nationales diverses, l'encours de la dette extérieure africaine a atteint 322 milliards de dollars en 1995, soit un accroissement de 4 % par rapport aux 310 milliards enregistrés en 1994, ce qui représente 70 % du PIB de la région et 250 % des exportations. La part de la dette multilatérale dans la dette à long terme des pays de l'Afrique subsaharienne est passée de 13 % en 1980 à 24 % en 1990, puis à 31 % en 1995. La capacité de ces pays à honorer le service de la dette ne s'est pas améliorée malgré les efforts entrepris. La part de l'Afrique dans les échanges mondiaux cumulés continue de baisser régulièrement. Elle est passée de 5 % en 1980 à 3,1 % en 1990, puis à 2,3 % en 1995. Les apports nets d'aide publique au développement (APD) en direction de l'Afrique ont également chuté, passant de 25 milliards de dollars en 1992 à 21,5 milliards en 1993 avant de se redresser légèrement en 1994 à 23,5 milliards de dollars.

### **L'éducation**

14. Si le taux d'alphabétisation s'est légèrement amélioré dans la majorité des pays africains au cours des 30 dernières années, il demeure encore le plus bas du monde. Dans le groupe d'âge des 15 ans et plus, il est passé de 40 en 1980 à 56 en 1995 contre 70 et 77 dans le monde pendant la même période<sup>12</sup>.

15. En 1980, l'Afrique comptait 159 millions d'analphabètes adultes. Ce chiffre est passé à 179 millions en 1995. Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, le nombre d'analphabètes adultes devrait augmenter dans un proche avenir en raison de la faiblesse persistente des taux de scolarisation et des niveaux élevés d'accroissement de la population. Selon l'UNESCO, le nombre de pays ayant un taux d'alphabétisation des adultes inférieur à 50 % sera de 12 en l'an 2000. En matière d'alphabétisation, des progrès tangibles ont certes été réalisés pour réduire les disparités entre hommes et femmes, mais l'écart demeure important en Afrique. C'est ainsi qu'en 1995, le taux d'alphabétisation des hommes était supérieur à celui des femmes dans 46 pays<sup>13</sup>. Du fait que l'éducation des femmes revêt une importance toute particulière en raison des effets multiplicateurs prouvés qu'elle produit sur le processus de développement, les écarts enregistrés entre hommes et femmes dans ce domaine sont significatifs du sous-développement d'une société donnée. Les données de l'UNESCO montrent que le taux brut de scolarisation en Afrique subsaharienne a plus que doublé entre 1970 et 1990 puisqu'il est passé de 7 à 17,5 %, mais il demeure très faible comparé à celui des autres régions du monde.

### **La santé**

16. La grande majorité de la population demeure à l'écart des services de santé, notamment dans les zones rurales où la couverture sanitaire est particulièrement faible.

---

<sup>12</sup> UNESCO, *Annuaire statistique 1995* (UNESCO: Paris, 1996).

<sup>13</sup> UNESCO, 1995. Ibid.

D'un autre côté, il ressort des données de la Banque mondiale que presque la totalité de la population égyptienne, mauricienne et tunisienne et environ les deux-tiers des Nigériens et des Marocains ont accès aux soins de santé<sup>14</sup>. Dans les pays où l'accès aux services de santé, à l'eau potable et aux systèmes sanitaires est aisé, les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont baissé.

17. La rapide urbanisation, le développement des bidonvilles et la prolifération de colonies de squatters dans nombre de villes obligent des millions de citoyens à vivre dans des milieux surpeuplés et dans des conditions peu hygiéniques. Ces établissements humains sont des foyers de maladies infectieuses, respiratoires et contagieuses car ils manquent d'eau potable et d'installations sanitaires appropriées. Le manque d'eau potable et d'installations sanitaires sont les deux principales causes de mortalité et de morbidité dans les bidonvilles et les taudis en milieu rural et urbain où vivent des millions de pauvres des pays en développement<sup>15</sup>. Outre le manque d'eau potable et d'installations sanitaires, la croissance démographique rapide entraîne une grave pénurie d'aliments, d'énergie, de logement et d'espace proprement dit en milieu urbain. La concentration en milieu urbain de populations démunies a des effets négatifs sur les zones de l'arrière-pays d'où ils tirent leurs moyens d'existence, en accélérant, par exemple, le déboisement du fait de la demande insoutenable de bois de chauffage.

## L' emploi

18. Dans le passé, certains pays africains avaient enregistré des taux de croissance économique impressionnants grâce à l'augmentation de leurs exportations de produits de base et de ressources minérales et dans une certaine mesure à l'industrialisation. Cependant, ce modèle de développement étant à forte intensité de capital et axée sur les importations, la croissance économique enregistrée n'a pas eu pour effet de créer des emplois en nombre suffisant. A la fin des années 90, le taux de croissance prévue du PIB pour l'Afrique subsaharienne ne devrait pas permettre de créer d'emplois à un taux supérieur à 2 p. 100 par an alors que le taux de croissance annuel de la main-d'oeuvre est de 3 à 3,5 p. 100. Selon les projections, l'économie des pays de la région devrait croître à un taux compris entre 4 et 6 p. 100 par an pour absorber les nouveaux venus sur le marché de l'emploi<sup>16</sup>. En d'autres termes, il faudra créer dix millions d'emplois supplémentaires dans le secteur public chaque année, une gageure pour la majorité des pays africains.

19. Le taux de chômage est élevé dans les pays africains. Il ressort des études disponibles qu'au début des années 90, le taux de chômage dans la région était d'environ 15 p. 100 et que ce dernier était beaucoup plus élevé dans les zones

---

<sup>14</sup> Development in Practice, a New Agenda for Women's Health and Nutrition, Washington, D.C., 1997.

<sup>15</sup> OMS, Water supply and sanitation, collaborative council; UNICEF, Water supply and sanitation sector monitoring report 1996: sector status as of 31 December 1994, Genève, 1996

<sup>16</sup> 16. BIT, African Employment Report 1995, Genève, 1995

urbaines, 23 p. 100<sup>17</sup>. En outre, ces études indiquent que le nombre de chômeurs dans les zones urbaines augmente d'environ 10 p. 100 par an. Le flux de main-d'oeuvre excédentaire qui se déplace des zones rurales vers les zones urbaines pour échapper à la pauvreté a aggravé le chômage en milieu urbain. L'essentiel de cette main-d'oeuvre se retrouve finalement sous-employée dans des activités peu productives dans le secteur informel ou simplement au chômage.

20. L'absence de développement économique a entravé le développement de l'emploi productif qui, à son tour, a eu pour effet de maintenir les ménages au-dessous du seuil de pauvreté. L'incidence de la pauvreté absolue devrait s'accroître, en passant de 48 p. 100 en 1990 à 50 p. 100 en l'an 2000. Le taux élevé d'urbanisation exacerberait l'incidence de la pauvreté en milieu urbain sur le continent.

## POPULATION ET DEVELOPPEMENT

### Population et sécurité alimentaire

21. Les questions de sécurité alimentaire constituent un grand sujet de préoccupation pour les pays africains dans la mesure où elles résultent de plusieurs facteurs, notamment le taux élevé de croissance démographique, la sécheresse, la baisse de la fertilité des sols, la technologie agricole inappropriée, les conflits sociaux et les guerres civiles. Bien qu'on ait enregistré une certaine amélioration de la situation en ce qui concerne les disponibilités alimentaires après les années 70 dans plusieurs pays africains, nombre d'autres pays n'ont pas accompli de progrès et certains mêmes ont connu une véritable régression et dépendent, en conséquence, de plus en plus des importations de produits alimentaires. Compte tenu des estimations/projections fournies par IMPACT, il faudra environ 158 millions de tonnes de céréales pour nourrir la population de l'Afrique subsaharienne<sup>18</sup>. Sur ce volume, 83,5 % seraient couverts par la production nationale, ce qui implique que les importations de produits alimentaires, en particulier de céréales, représenteront une lourde charge pour l'économie des pays africains. Les importations de céréales de la région devront s'accroître au taux de 3,5 p. 100 par an, en passant de 9 millions de tonnes en 1990 à environ 27 millions de tonnes en 2020.

22. L'indice de la production vivrière par habitant a également baissé, passant de 112 en 1970 à 101 en 1980, 98,4 en 1990 et 95,2 en 1995. Environ 40 p. 100 du total de la population africaine, soit quelque 250 millions d'habitants, pour l'essentiel des femmes et des enfants, sont de plus en plus victimes de la pauvreté et de la malnutrition. Contrairement à l'Asie et à l'Amérique latine, l'Afrique n'a pas su améliorer le taux de couverture de ses besoins énergétiques par ses disponibilités alimentaires<sup>19</sup>. Les initiatives que les pays ont prises individuellement et collectivement pour lutter contre la

<sup>17</sup> ILO/JASPA, Africa Employment Report, 1990 Addis-Abeba, 1990

<sup>18</sup> IFPRI, Global Food Projections to 2020: Implications for Investment, 1995.

<sup>19</sup> FAO, Food Requirement and Population Growth, Rome, 1986.

famine et la malnutrition à court, moyen et long terme ont, généralement, échoué. La pression que la population exerce sur les terres est également très forte en particulier dans les zones où la densité démographique a augmenté de 66 % sur une période de 20 ans ; en conséquence, la superficie cultivée par habitant a sensiblement diminué.

### **Population et environnement**

23. La faiblesse de la productivité agricole en Afrique est aggravée par les mauvais résultats macro-économiques, le désintérêt pour le développement rural, la diminution des précipitations et les aléas climatiques, les conflits armés et les troubles civils, les catastrophes naturelles, le régime foncier inapproprié, le fait que les femmes n'ont pas droit à la terre et les technologies inadaptées utilisées dans tous les domaines de la chaîne alimentaire. C'est surtout la pression démographique qui est la principale cause de dégradation des ressources naturelles en Afrique. La grande majorité de la population africaine est pauvre, vit dans les zones rurales et assure sa subsistance, principalement, en exploitant les ressources naturelles; en cultivant les sols fragiles et en défrichant les forêts pour produire des cultures vivrières, sans se soucier de la durabilité des ressources naturelles.

24. La dégradation de l'environnement renforce les liens entre pauvreté et fécondité. Ce sont les personnes les moins capables d'y résister, les plus pauvres des pauvres qui sont les plus touchés par la dégradation de l'environnement. En outre, la dégradation des ressources en sols réduit la productivité des femmes rurales et le coût d'opportunité de leur temps de travail. Par exemple, la dégradation du couvert végétal, des parcours et l'épuisement des ressources en eau potable peuvent accroître le coût exprimé en temps du ramassage du bois, du pâturage et de la corvée d'eau, activités que les enfants peuvent effectuer, et qui, en conséquence les rendent plus utiles à leurs parents. Ces liens étant potentiellement plus étroits dans les zones où le taux de fécondité est déjà élevé, ils tendent non pas à faire baisser les taux de fécondité mais à rendre plus difficile leur réduction. Ceci débouche sur un cercle vicieux, où la croissance démographique entraîne une dégradation de l'environnement et une réduction de la productivité agricole, qui, à son tour, favorise un accroissement des taux de fécondité.

### **Femmes et population**

25. On a largement décrit dans des publications les fortes sollicitations dont les femmes sont l'objet pour assumer leurs rôles de reproduction et de production. On estime que dans nombre de pays africains, les femmes travaillent 12 ou 13 heures par semaine de plus que les hommes<sup>20</sup>. Ces cas se sont récemment multipliés chez les femmes les plus pauvres qui doivent joindre les deux bouts en répondant aux besoins alimentaires de leur famille, en allant chercher l'eau et le bois. En d'autres termes, les femmes et les enfants, en particulier les jeunes filles des zones rurales, doivent consacrer plus d'heures aux tâches domestiques, faire de longs trajets pour aller chercher du bois et de l'eau. Cette situation a de nombreuses implications du point de vue du temps qui est prélevé sur les autres activités de production. En outre, le fait de

---

<sup>20</sup> Adepoju, A. and Oppong, C. (eds), Gender, Work and Population in Sub-Saharan Africa, 1996.



s'acquitter de nombreuses tâches à l'aide de technologies rudimentaires compromet non seulement la santé de la femme mais aussi la situation nutritionnelle du ménage<sup>21</sup>. La santé et l'alimentation de la mère ont des incidences directes sur la survie de l'enfant. Les multiples sollicitations dont les femmes sont l'objet ainsi que la nécessité d'utiliser la main-d'oeuvre constituée par les enfants, incitent également celles-ci à avoir beaucoup d'enfants.

## POLITIQUES ET PROGRAMMES

26. L'opinion prenant de plus en plus conscience des implications négatives de la croissance démographique sur le développement, un certain nombre de pays africains ont formulé des politiques et des programmes de population pour réduire les taux de fécondité, et partant les taux de croissance démographiques. Certaines de ces politiques se fondent sur le droit des couples et des personnes de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leur naissance, sur le droit à l'information, à l'éducation et à la communication ainsi que sur celui d'être informé des moyens d'exercer ces droits.

27. En outre, nombre de pays ont créé des mécanismes institutionnels pour surveiller la mise en oeuvre des politiques et programmes de population aux différents niveaux de la hiérarchie. Outre les structures institutionnelles, certains gouvernements ont formulé des programmes de population, institué des cadres juridiques, augmenté les ressources allouées aux programmes de population et montré qu'ils étaient disposés à faciliter les activités complémentaires que mènent les ONG, le secteur privé et les organisations de la société civile.

28. Les efforts que font les pays sont complétés par l'action des OIG, des donateurs bilatéraux, du secteur privé et des organisations de la société civile. Le fait de reconnaître et de faciliter les activités des ONG, des organisations de la société civile et du secteur privé a permis, dans une large mesure, aux gouvernements de concevoir, de mettre en oeuvre, de suivre et d'évaluer les politiques et programmes nationaux de population.

29. Toutefois, en dépit des efforts héroïques que déploient les gouvernements, complétés par l'action des OIG, des donateurs bilatéraux, des ONG, du secteur privé et des organisations de la société civile, nombre de pays africains ont estimé qu'il leur était difficile d'adopter et de mettre en oeuvre des programmes et politiques en matière de population conformément à la DND et au PA-CIPD. Nombre de facteurs expliquent ces difficultés, notamment la précarité et la fragilité de la situation économique et sociale.

30. C'est dans ce contexte que le Comité de suivi créé par la troisième Conférence africaine sur la population (Dakar, 1992) suit la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD qui ont mis en lumière les questions liées à la qualité de la vie. La troisième Réunion du Comité de suivi, tenue en septembre 1998, a été convoquée pour examiner

<sup>21</sup> Ibid

les progrès accomplis durant les cinq années qui ont suivi la CIPD. Les travaux de cette réunion constituent la partie suivante du présent rapport.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **RAPPORT SUR LES EXPERIENCES DES PAYS AFRICAINS DANS LA MISE EN OEUVRE DE LA DND ET DU PA-CIPD**

## INTRODUCTION

1. Le Comité de suivi s'est réuni en 1994 et 1997 pour réfléchir sur les divers aspects de la mise en oeuvre des recommandations de la DND et du PA-CIPD par les Etats membres de la CEA <sup>22</sup>. En mars 1998 et sous les auspices de la Commission africaine sur la population, un séminaire sur les politiques en matière de population organisé, à l'intention des cadres supérieurs des commissions nationales de la population, entre autres, a également passé en revue les progrès accomplis dans les activités en matière de population dans la région. Deux autres évaluations avaient été faites antérieurement. Dans la première <sup>23</sup>, un questionnaire sur les pays a été élaboré pour évaluer les efforts faits par les Etats membres de la CEA pour mettre en oeuvre les recommandations du PAK <sup>24</sup>; la deuxième <sup>25</sup> a utilisé les données obtenues grâce à la correspondance adressée directement aux fonctionnaires concernés.

2. En évaluant les possibilités de réaliser les objectifs qualitatifs et quantitatifs du PA-CIPD, l'évaluation de 1995 a fait observer que i) que si certains des objectifs pourraient être atteints pour la région dans son ensemble ou par les Etats membres pris individuellement, la plupart des objectifs seraient difficiles à atteindre aux dates fixées <sup>26</sup> et ii) les conditions requises pour atteindre les objectifs fixés sont plutôt difficiles à remplir du fait des incertitudes planant sur la situation économique et sociale future de la plupart des Etats ainsi que du manque de données chronologiques adéquates et fiables pour une analyse conjoncturelle.

3. L'évaluation de 1996 était plus positive; elle indiquait que les Etats répondaient de façon explicite à des dispositions spécifiques des deux cadres de développement. Concernant les effets, elle notait que l'attitude de certains des

---

<sup>22</sup> Pour plus de détails, voir le Rapport de la première réunion du Comité de suivi sur la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD, 24-25 mars 1994, ECA-POP-APC.3/FC.1/94/3 et le Rapport de la deuxième réunion du Comité de suivi sur la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD, 13-14 1997, FSSDD/APC 3/FC.2/97/6.

<sup>23</sup> Pour plus de détails, voir le Rapport des experts et l'Atelier des ONG sur la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD, Abidjan, 6-9 juin 1995 (CEA) : Addis-Abeba, 1995.

<sup>24</sup> Le Programme d'action de Kilimandjaro (PAK) a été adopté à la deuxième Conférence africaine sur la population (APC-2 : Arusha, 1984)

<sup>25</sup> Pour plus de détails, voir le Rapport intérimaire sur la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD, document présenté à la neuvième session de la Conférence des planificateurs, statisticiens, spécialistes de la population et de l'information, 11-16 mars 1996, E/ECA/PSPI.9/5.

<sup>26</sup> Concernant les objectifs quantitatifs, l'évaluation a comparé les niveaux des éléments pertinents de l'accroissement démographique et/ou leurs dérivés avant et après l'adoption du PA-CIPD. Pour les objectifs qualitatifs, on s'est fondé sur une analyse des interventions, des perceptions et du degré d'engagement des gouvernements à réaliser les buts et objectifs

Etats quant à l'adoption de politiques de population évoluait et que divers programmes nationaux de population (PNP) étaient élaborés sur la base des recommandations du PA-CIPD.

4. Les facteurs qui favorisent ou entravent la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD tels qu'identifiés à partir des évaluations antérieures, ont été examinés avec les Etats membres aussi bien durant les réunions indiquées que dans les rapports publiés et diffusés à l'issue des réunions. Il reste à vérifier si ces facteurs, recommandations et directives sont utilisés pour réaliser le développement durable et améliorer la qualité de la vie de la population dans son ensemble. Il est reconnu qu'un engagement à long terme et une action concertée sont nécessaires, et pour cette raison, la présente évaluation, comme celles qui l'ont précédée, a pour objet d'identifier les réalisations, meilleures pratiques et contraintes.

## **SANTE ET DROITS EN MATIERE DE REPRODUCTION**

5. **Le PA-CIPD vise à faire en sorte que les recommandations portant sur la santé et les droits en matière de reproduction soient considérées comme s'inscrivant dans l'objectif plus large, qui est la nécessité de fournir des services de santé de base et satisfaire les besoins de toute la population sur le plan du développement socio-économique global. A cet égard, le PA-CIPD appelle tous les Etats Membres de l'ONU à assurer un accès universel à une gamme complète de services <sup>27</sup> de grande qualité concernant les droits en matière de reproduction, par le biais de leur système <sup>28</sup> de soins de santé primaires au plus tard en l'an 2015. Dans le PA-CIPD, les droits en matière de reproduction (DR) n'existent que si l'on reconnaît le droit de tous les couples et individus à décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et de la naissance de leurs enfants, d'accéder à l'information sur**

---

<sup>27</sup> Les DR supposent que les personnes ont une vie sexuelle satisfaisante et sans risque et peuvent se reproduire et ont la liberté de décider si, quand elles veulent le faire (par. 7.2 et 7.3 du PA-CIPD). Pour avoir ce droit, elles doivent avoir les connaissances, les services spécialisés, les fournitures requises et les ressources financières ainsi que la faculté d'en faire usage. Des services de SM globaux englobent l'information et les services de PF, les soins médicaux pré-et post natals, la prévention et la gestion des complications causées par un avortement risqué, notamment des services pour un avortement sans risque, là où ils sont licites, le traitement des infections voies génitales et des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, des efforts énergiques pour décourager les pratiques néfastes et d'autres affections du système reproductif, y compris les cancers, la prévention et le traitement de l'infécondité, et l'information et des services - conseils sur une sexualité humaine, la procréation responsable et les DR.

<sup>28</sup> Les SSP désignent les types de soins assurés au premier point de contact avec le système de soins de santé; l'objectif est de fournir des services de santé de base accessibles à tout le monde. Avant les SSP portaient surtout sur les maladies, maintenant ils sont axés sur l'individu dans un contexte social, culturel, s'intéressant autant au contexte qu'à l'individu.

**les moyens de réaliser cet objectif et de bénéficier de services de grande qualité en matière de sexualité et de DR. Cela inclut leur droit de prendre des décisions en matière de reproduction sans aucune discrimination, sans être forcés et sans violence.**

### **Réalisations et pratiques les meilleures**

6. On constate une très grande diversité entre Etats membres de la CEA en ce qui concerne les services en matière de procréation et de DR. Presque tous les Etats ont déployé des efforts considérables pour développer et améliorer l'accès aux services de SP par divers moyens dont le système de SSP, les praticiens privés, les dispensaires des ONG, les pharmacies et les drugstores, les lieux de travail, la distribution subventionnée et les programmes de développement communautaire. La disponibilité, la qualité, l'utilisation des services en matière de sexualité et de reproduction varient considérablement selon le type de service (voir tableaux 1, 2, 3 et 4). Le résultat principal de la Conférence du Caire, c'est que les responsables ont été sensibilisés aux principes du CIPD concernant les DR (y compris ceux des adolescents) et aux services complets intégrés en matière de DR. Les concepts en matière de procréation sont mieux compris aujourd'hui par ceux qui occupent des postes de responsabilité dans les ministères concernés, quelques Etats cependant n'ont pas encore vraiment amélioré la qualité des services existants en matière de procréation.

7. Afin d'élaborer et mettre en oeuvre leur stratégie en matière de programmes dans le domaine de la SP, les pays suivants : Burkina Faso, Burundi, Cote d'Ivoire, Guinée, Niger, Sao Tome-et-Principe, Sénégal, Tanzanie et Togo ont intégré la planification familiale et la maternité sans risque dans leur système de SSP. D'autres actions connexes sont notamment l'approche par équipe dans la collaboration intra et intersectorielle ; la prévention des MST et du VIH/SIDA ; l'intégration de la SP dans le PNP (Algérie, Botswana, Cap-Vert et Lesotho) ; la formation des prestataires de services (y compris l'intégration des questions de santé familiale) sur les manières de fournir des services intégrés (Ethiopie, Lesotho, Kenya, Malawi) et l'introduction de la SP dans « l'ensemble minimal d'activités » ayant pour objet d'améliorer les services de santé dans les zones rurales (Mali, Rwanda).

8. Parmi les politiques et programmes adoptés et les lois promulguées en faveur de la SP des adolescents, on peut citer la création de centres de services-conseils sur la PF/SP et la prestation de services aux jeunes (Burkina Faso, Cap-Vert, République centrafricaine, Guinée, Lesotho, Malawi) ; l'élaboration d'un plan d'action concernant la SP des adolescents (Burkina Faso) ; un meilleur accès aux services de santé (produits et services) (Botswana, Cap-Vert, Ghana) ; l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie relatif à la SP et/ou d'une politique d'épanouissement de la jeunesse (Burkina Faso, République centrafricaine, Guinée, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie, Togo et Ouganda) ; la révision du Code pénal et l'abolition de la loi française de 1920 sur l'avortement (Ethiopie, Guinée) et l'annulation du consentement du conjoint pour la fourniture de contraceptifs/la stérilisation (Ghana, Kenya).

9. Les récentes mesures/stratégies adoptées dans les domaines de la mortalité maternelle sont entre autres, l'élaboration et/ou la mise en oeuvre d'une stratégie pour une maternité sans risque afin de réduire la mortalité infantile, assurer une meilleure couverture et améliorer la qualité des soins de santé primaires grâce à des activités consistant en de meilleurs services d'orientation, la fourniture de soins obstétricaux d'urgence, la formation de soignantes et d'accoucheuses traditionnelles (AT) aux techniques permettant de sauver la vie et la construction d'un plus grand nombre de postes sanitaires dans les régions reculées. Dans le domaine de la mortalité infantile, les mesures/stratégies sont entre autres la poursuite de la campagne nationale de vaccination pour l'éradication des grandes maladies affectant les enfants (Algérie, Burkina Faso, Burundi, Congo, Erythrée, Gambie, Ghana, Lesotho, Mali, Sénégal, Malawi) ; la promotion de l'allaitement maternel (Burkina Faso, Burundi, Malawi, Mali, Maroc) ; l'adoption de l'approche de l'OMS/UNICEF pour une gestion intégrée des maladies infantiles (Erythrée, Gambie, Kenya, Mali, Maroc, Togo) ; l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique nutritionnelle (Algérie, Burkina Faso, Cap-Vert, République centrafricaine, Gambie, Malawi, Sénégal) ; le traitement gratuit de la malnutrition et des maladies diarrhéiques (Ghana) et des soins gratuits pour les mères enceintes et les enfants âgés de moins de six ans (Afrique du Sud).

10. Maintenant on reconnaît de plus en plus qu'il est nécessaire de fournir des services aux groupes spéciaux dans le domaine des DR. A cet égard, il existe dans presque tous les Etats membres des projets en matière de SP pour les adolescents, qui offrent des services en matière de SP, dont des conseils donnés par des pairs et des activités d'IEC combinées à des activités récréatives. Dans certains Etats (par exemple Erythrée, Kenya, Ouganda et Botswana), il existe des centres de jeunes qui s'occupent essentiellement des adolescents non scolarisés. Des ONG de femmes professionnelles ont créé des centres de gestion des crises et des cliniques de droit pour donner des conseils et effectuer des recherches (par exemple l'Ouganda et les pays de la SADC) sur des questions telles que la violence contre les femmes, en particulier la violence sexuelle dont le viol, l'humiliation, les sévices contre l'épouse et les types de pratiques traditionnelles dangereuses.

11. Les stratégies/mesures récentes prises pour un traitement adéquat de l'infécondité et/de la sous-fécondité dans la plupart des cas, sont, entre autres, la fourniture de services en matière de SP ; la création des cliniques pour le traitement de l'infécondité et le rattachement des cliniques de PF (Ghana) aux universités (Algérie et République centrafricaine). Des campagnes d'éducation sur la santé ont été lancées et/ou exécutées pour lutter contre les MST ou les pratiques traditionnelles néfastes (République centrafricaine, Ethiopie, Kenya, Niger et Togo).

12. Les stratégies/mesures prises pour que les hommes jouent un plus grand rôle dans la santé en matière de procréation ont consisté à organiser des campagnes ayant pour objet de sensibiliser les hommes pour les impliquer dans les services de PF et les amener à avoir une meilleure attitude à l'égard des questions de SP ; à s'adresser aux hommes pour les services de SP (Botswana, Cap-Vert, République centrafricaine, Ethiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Namibie, Ouganda, Sénégal), et à organiser des séances de motivation des hommes (Algérie, Malawi, Mali) ; à intégrer la santé des hommes dans l'ensemble minimal d'activités (Bénin). Les

stratégies/mesures adoptées pour fournir des services en matière de SP aux réfugiés et personnes déplacées ont consisté à leur fournir ces services dans les campements, généralement avec l'assistance d'organismes des Nations Unies (Algérie, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Mali, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie et Zambie).

13. Concernant la santé en matière de procréation (SP), les gouvernements, le secteur privé, les organisations communautaires, les ménages et les particuliers s'emploient énergiquement à prévenir et à gérer l'infection à VIH/SIDA, l'initiative ayant été lancée par le Programme spécial conjoint des Nations Unies sur le SIDA (UNAIDS) dès 1986/87. De plus en plus, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, avec le soutien d'UNAIDS et d'autres encouragent des approches multisectorielles en matière de lutte contre le SIDA. Le Gouvernement et les ONG ont organisé des ateliers et entrepris des campagnes de sensibilisation visant à encourager les comportements sexuels qui réduisent les risques de contracter des MST et l'infection à VIH. Des clubs et programmes animés par des jeunes, hommes et femmes vivant avec le SIDA ainsi que des réunions, marches et défilés annuels ont pour objet de faire connaître les actions pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH/SIDA. Dans certains Etats, les laboratoires et les postes sanitaires sont de plus en plus équipés pour la prévention et le traitement des MST.

14. On peut citer plusieurs exemples de meilleures pratiques, entre autres, la création de la Commission ougandaise sur le SIDA, preuve s'il en est de l'engagement et de la participation directs du Gouvernement ainsi que les soins obstétriques d'urgence et pour une maternité sans risque (toujours en Ouganda), qui ont permis de réduire de façon drastique les taux de mortalité maternelle. Il y a aussi l'initiative communautaire d'information et de sensibilisation (en Ouganda) qui s'adresse aux groupes influents de la communauté et grâce à laquelle il y a eu une réduction de 36% du nombre de filles et femmes ayant subi des MGF.

15. La création d'un programme de développement communautaire au Zimbabwe, dans le cadre duquel près de 700 personnes distribuent sans ordonnance des contraceptifs dans tout le pays, a permis de faire passer les taux recommandés de médicaments contre les MST, de 68% en 1993 à 88% en 1995. La décision de centraliser l'achat et la distribution de toutes les fournitures médicales au Département des pharmacies (comme en Tanzanie) et de confier à l'AIBEF (comme en Côte d'Ivoire), la responsabilité de l'achat et de la distribution des contraceptifs, a permis d'avoir des contraceptifs moins chers que dans les pharmacies centrales.

16. Un certain nombre d'Etats ont en outre décidé de ne pas entreprendre toutes les activités en matière de SP mais de mener seulement les activités qu'ils maîtrisent et d'encourager le secteur privé et les ONG à entreprendre les autres activités. En Tanzanie, AMREF et UMATI sont chargées d'élaborer la plupart des programmes de SP pour les jeunes et les approches en matière de développement communautaire. Comme indiqué plus haut, le système de distribution de contraceptifs en Côte d'Ivoire est confié à l'AIBEF. Le secteur de la santé au Lesotho s'appuie depuis des années sur les services et installations des missions chrétiennes.



17. Des directives ont été publiées par des associations professionnelles de femmes (par exemple Botswana, Ouganda, Tanzanie, Kenya) afin d'aider les femmes à comprendre la législation qui les concerne, elles et leurs familles. De même, des séminaires et ateliers ont été organisés en coopération avec des dirigeants politiques et des communautés pour résoudre les conflits entre les lois coutumières et les pratiques traditionnelles. Un appui financier direct a été fourni par certains gouvernements des Etats membres aux ONG en plus de l'assistance considérable apportée à ces dernières sous la forme de locaux, d'appui logistique, d'exonérations fiscales et autres, de formation et de parrainage de réunions et même sous forme de détachement de fonctionnaires. L'AIBEF de Côte d'Ivoire reçoit d'importantes subventions du Gouvernement chaque année et a récemment obtenu le soutien du Gouvernement pour un financement multilatéral de l'expansion de ses services. En Zambie, les subventions de l'Etat sont inscrites au budget.

18. Dans certains Etats, les domaines d'intervention sont définis par zone et chaque acteur s'occupe d'un secteur spécifique. Tous les acteurs doivent respecter les directives et normes de prestation des services tout en adaptant leurs interventions aux réalités locales de leurs zones d'intervention (comme par exemple au Cameroun où les programmes exécutés par GTZ, le FNUAP, l'Union européenne et la coopération française sont implantés dans des provinces déterminées ou dans des districts précis au sein des provinces ; la Tanzanie et le Lesotho ont aussi appliqué les mêmes modèles). Cette pratique a permis d'éliminer les chevauchements des interventions et de temps à autre, les divers acteurs tiennent des réunions pour partager leurs expériences et examiner de nouvelles stratégies.

19. Presque tous les Etats membres, mais en particulier le Botswana, la République démocratique du Congo, la Gambie et le Ghana, signalent avoir sensibilisé tous les groupes cibles concernés à leurs DR par le biais de campagnes d'IEC, de séminaires, d'ateliers, d'affiches, de pièces de théâtre radiophoniques et de publications. Dans certains cas, l'éducation à la vie familiale a été introduite dans les programmes scolaires pour faire en sorte que les hommes et les femmes connaissent et exercent leurs DR (Botswana, Ghana, Gambie, République démocratique du Congo, Kenya, Lesotho, Maroc)

### **Contraintes**

20. Confrontés à des problèmes innombrables, les ministères de la santé et les ONG impliquées dans les soins de santé trouvent qu'il est difficile, politiquement et techniquement d'établir des priorités. Même en ce qui concerne la SP, les opinions sont diverses, certains se demandant par exemple s'il faudrait des activités pour prévenir ou traiter le VIH/SIDA. Clairement, les ressources disponibles ne permettent pas de « tout bien faire » mais ce qui est plus important, les moyens techniques et la volonté politique font toujours défaut. Bien qu'on sache qu'une solution d'IEC soit nécessaire pour relever les nombreux défis en matière de SP, le financement demeure insuffisant et on ne dispose pas d'un personnel suffisamment qualifié pour les services-conseils, les cours, les brochures et autres matériaux dans la quantité et la qualité requises.

21. L'approche globale en matière de prestation de services dans le domaine de

la SP, a créé plusieurs problèmes sur le plan opérationnel. Les activités au titre de ces éléments sont généralement exécutées en tant que programmes verticaux avec des structures de gestion séparées, y compris la logistique et les systèmes d'information. Même là où il n'y a qu'un fournisseur de services, des registres séparés et des formulaires pour les rapports et la collecte restent distincts et des sites séparés sont créés dans le même centre de santé pour fournir des services spécifiques en ce qui concerne les éléments en matière de SP. De même, bien que toutes les méthodes approuvées en matière de PF soient utilisées dans les hôpitaux du secteur public, ce service n'est pas assuré de façon régulière, les stocks étant très souvent épuisés. Les services pour une maternité sans risque, spécialement, les soins obstétricaux d'urgence, ne sont fournis que dans un petit nombre d'endroits, et à titre expérimental. Même là, ils se limitent à des soins prénatals, à l'accouchement normal et aux soins post-natals en raison essentiellement du nombre insuffisant de fournisseurs qualifiés de services de santé, du manque d'équipement et de l'inexistence de mécanismes pour l'envoi des cas aux services compétents.

22. Seuls les éléments de SP et de DR qui bénéficient de l'appui des donateurs (par exemple la formation en cours d'emploi) sont pris en charge ; les pratiques de gestion et de prestation de services ne sont pas intégrées. Bien qu'il y ait eu des progrès en ce qui concerne les connaissances, attitudes et compétences dans le domaine de la SP, ces éléments sont toujours traités séparément. Par exemple, différents fournisseurs de services sont formés pour intervenir dans un domaine précis ou bien un seul fournisseur reçoit une formation pour intervenir dans tous les domaines, en des occasions séparées, pour s'initier à différents mécanismes logistiques et pratiques en matière d'IEC. Le contenu de l'enseignement dispensé aux fournisseurs de services ainsi que les règlements concernant l'octroi de licences et le respect des normes, ne montre pas que des progrès ont été réalisés par rapport aux résultats obtenus par la plupart des Etats dans le domaine de la santé. Les dispositions constitutionnelles ne sont pas bien connues et les agents sanitaires agissent sur la base de ce qu'ils **entendent** dire au lieu de **s'informer** proprement ; ce qui ne permet pas à la personne de choisir librement les services en matière de SP et la qualité des soins qu'elle désire.

23. La législation sur l'avortement demeure restrictive et entrave en fait le développement de services sûrs et efficaces pour les femmes dans la plupart des Etats. L'avortement n'est autorisé que lorsque la vie ou la santé de la fille ou de la femme est en danger et dans de nombreux Etats, l'opinion de deux médecins-chefs est requise. L'avortement est permis lorsqu'il y a eu viol ou inceste, mais dans quelques Etats seulement. La seule exception est la République d'Afrique du Sud où l'avortement volontaire est autorisé. Dans le secteur public, très peu d'hôpitaux publics dans les districts et régions fournissent des services liés à l'avortement et de nombreux agents sanitaires n'utilisent pas le matériel d'aspiration à vide soit parce qu'il n'existe pas, soit parce qu'ils ne connaissent pas son utilisation ou parce que la loi ne le permet pas.

24. Bien que la plupart des individus aient accès à la planification familiale, celle-ci reste essentiellement axée sur les femmes et sur l'offre à court terme, les pilules et les injections étant le plus souvent l'affaire des femmes; la contraception est surtout

pratiquée pour l'espacement des naissances. Les hommes et les femmes ont très peu recours à la stérilisation chirurgicale. Le préservatif féminin est disponible dans certains Etats dans le cadre de programmes de ventes subventionnées et dans quelques rares magasins. Dans certains Etats, ces programmes offrent également des pilules, des comprimés effervescents vaginaux et des contraceptifs jetables.

25. Malgré leur caractère prioritaire, les services de maternité sans risque et d'obstétrique d'urgence ne sont offerts que par quelques rares projets pilotes. Les services de maternité sans risque offerts dans le cadre des soins de santé primaires se limitent aux soins prénatals, à l'accouchement normal et aux soins postnatals. Les agents des centres de santé, y compris les sages-femmes ne peuvent ni utiliser les forceps ni du matériel d'aspiration ni administrer de l'ocytocine ou injecter un quelconque liquide par voie intraveineuse. Bien que le mécanisme d'orientation soit la clé de l'accès à la maternité sans risque et de la rentabilité de celle-ci, la norme dans la plupart des Etats est plutôt le non-fonctionnement de ce mécanisme, l'absence de personnel qualifié et la pénurie de matériel médical. Le principal obstacle à la mise en oeuvre de ce mécanisme est l'insuffisance de fonds.<sup>29</sup>

26. La plupart des pays procèdent à la décentralisation de l'administration, y compris le secteur de la santé en matière de reproduction, ce qui suscite des inquiétudes chez le personnel, les éléments clés des projets étant soit licenciés soit affectés à d'autres services. Or dans les projets et les programmes concernés, les nouveaux-venus ont besoin de temps et de formation pour se familiariser avec le processus de réorientation. Il y a des problèmes en ce qui concerne les lois et réglementations régissant les travailleurs de la santé.

27. La région de la CEA abrite environ 30 p.100 des réfugiés du monde et plus de 50 p.100 des personnes déplacées dans leur propre pays<sup>30</sup>. Dans un **Mémoire d'accord** signé entre le Haut Commissaire du HCR et le Directeur exécutif du FNUAP en 1995, les deux organismes ont convenu de travailler ensemble pour aider les pays membres à répondre aux besoins des deux groupes en matière de santé de la reproduction. Toutefois, la mise en oeuvre des aspects pratiques de l'accord dépend de la sensibilisation des Etats membres et de leur appui. Ce qui importe le plus, c'est que les Etats membres se penchent sur les causes profondes du déplacement des populations à l'intérieur de leur propre pays et des causes du problème des réfugiés. L'Afrique compte un nombre important de personnes handicapées du fait des maladies, des accidents et surtout des guerres et des conflits civils. La plupart des handicapés sont pauvres et ne comptent que sur une assistance minimale de leur famille ou de leur communauté, si tant est qu'il y en ait. Leurs besoins spécifiques ne sont guère pris en considération lors de la conception des projets. Ils sont constamment l'objet de

---

<sup>29</sup> Le mécanisme de la maternité sans risque et des soins obstétriques d'urgence comprend trois éléments clés: communication et transport du domicile de la patiente jusqu'au centre de santé; sites de prestation de services convenablement équipés; et personnel médical compétent.

<sup>30</sup> Voir Roberta Cohen et Francis Deng, "Masses in Flight" dans **Global crisis of internal displacement** (Brookings Institute, 1998), chap.2; Voir également 1 **The State of World's Refugees: a humanitarian agenda** (HCR, 1991), page 2.

discrimination du point de vue de l'accès aux services sociaux et à l'emploi et très peu d'ONG ont la formation nécessaire pour s'occuper spécifiquement de leurs problèmes.

## **FAMILLE, JEUNES ET ADOLESCENTS**

**28. La DND demande aux Etats membres de la CEA de tenir dûment compte des droits et des responsabilités de tous les membres de la famille et de prendre les mesures qui s'imposent pour protéger la famille des situations de détresse et de la désintégration conformément à ses exigences de bien-être et de santé en tenant compte des stratégies de survie conçues par les familles elles-mêmes, de donner aussi aux couples et aux individus les moyens de décider de la taille de leur famille; d'intégrer les questions intéressant la famille dans tous les plans, politiques et programmes de développement et d'encourager la réalisation d'études analytiques sur les processus démographiques dans le cadre du cycle de la famille de façon à mieux cerner les facteurs déterminants des petites familles.**

**29. Le PA-CIPD traite des rôles, des droits, de la composition et de la structure de la famille (chapitre V). C'est pourquoi, les objectifs du PA-CIPD consistent à mettre au point des politiques et des lois qui apportent un meilleur appui à la famille, contribuent à sa stabilité et tiennent compte de son caractère polymorphe, en particulier du nombre croissant des familles monoparentales; à prendre des mesures de sécurité sociale qui s'attaquent aux facteurs sociaux, culturels et économiques responsables du fait qu'il en coûte sans cesse d'élever des enfants; et à promouvoir l'égalité des possibilités offertes à tous les membres de la famille, notamment les droits des femmes et des enfants.**

**30. En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, la DND et le PA-CIPD ont appelé l'attention sur les besoins particuliers des enfants, des adolescents et des jeunes, notamment en matière sociale, familial et communautaire et d'accès à l'éducation, aux services de santé et d'orientation ainsi qu'à des soins de haute qualité en matière de reproduction et de sexualité. C'est pourquoi, ils demandent aux Etats de promulguer et de faire faire respecter strictement des lois interdisant l'exploitation économique, les sévices mentaux et physiques ou l'abandon des enfants, de créer un environnement socio-économique favorable à l'élimination de tous les mariages d'enfants. En ce qui concerne les grossesses non désirées, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions et les MST, ils exhortent les Etats membres à veiller à ce que les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin. Ils soulignent que ces services doivent protéger le droit des adolescents au respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité, celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses et les droits et devoirs des parents.**

## Acquis et meilleures pratiques

31. Bien que dans la plupart des pays, les activités des programmes de population n'aient pas accordé une attention spécifique à la famille, les mesures prises pour améliorer la qualité de la vie des diverses couches de la population peuvent avoir des incidences positives sur la famille. Par exemple, environ 84 p.100 des Etats membres ont pris des mesures pour assurer l'égalité des chances et la protection juridique des jeunes filles; environ la moitié d'entre eux ont adopté des lois et formulé des politiques et adopté des stratégies favorables aux adolescents. Diverses méthodes ont été mises au point pour toucher les jeunes et les adolescents et gagner leur confiance, notamment l'amélioration des possibilités pour les filles d'accéder à l'enseignement; la prestation de services d'information, en particulier sur la menstruation et les questions liées à la sexualité et à la santé en matière de reproduction ainsi que sur la santé et les autres services sociaux de base.

32. Environ 85 p.100 des pays qui ont répondu à l'enquête ont pris des mesures pour relever l'âge du consentement pour les relations sexuelles à 16 ans et l'âge minimal du mariage à 18 ans et, pour certains, à 21 ans. Pratiquement tous les Etats membres ont élaboré des stratégies IEC relatives aux enfants, aux jeunes et aux adolescents dans leurs programmes sectoriels. Dans certains cas, l'accent a été mis sur la fourniture aux adolescents d'information sur la procréation, la santé en matière de reproduction, la sexualité, la santé en matière de sexualité alors que dans d'autres cas, on s'est principalement préoccupé des soins en matière de santé de la reproduction.

33. Des programmes spéciaux ont été élaborés pour répondre aux besoins des adolescents allant à l'école et des autres. C'est ainsi qu'en Ouganda, un programme intitulé Programme for Enhancing Adolescents Reproductive Life (PEARL) (programme en vue de l'amélioration de la santé en matière de reproduction des adolescents) a été lancé dans quatre districts en 1995 pour répondre aux besoins des adolescents qui ne fréquentent pas l'école. Le programme met l'accent sur la fourniture de conseils sur les questions de santé en matière de reproduction, la fourniture d'équipement récréatifs; l'élaboration et l'utilisation de matériel et de messages IEC; la réalisation de travaux de recherche sur l'impact de la culture; la communication parents-enfants; et la mobilisation de l'appui politique et communautaire.

34. Un volet du PEARL destiné aux enfants des écoles, financé par le FNUAP, a été mis en place pour dispenser des connaissances sur les questions liées à la santé en matière de reproduction aux adolescents des écoles. Au Botswana, un groupe de personnes a formé l'Association pour le bien-être familial du Botswana (BOFWA) pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents dans le domaine de la santé de la reproduction. Le Peer Approach to Counselling by Teens (PACT) (Méthode de conseils aux adolescents fondée sur les groupes) et le Education Centre for Adolescent Women (ECAW) (Centre d'éducation des adolescentes) sont deux autres programmes qui répondent aux besoins des adolescents en matière de santé de la reproduction.

35. Certains Etats ont pris des mesures d'ordre législatif et politique pour autoriser les jeunes filles à reprendre leurs études après leur accouchement. Un pays, au moins, a créé un programme spécial d'enseignement à l'intention des jeunes filles qui ont quitté l'école pour cause de grossesse ou de mariage. Trois pays ont ratifié et mis en oeuvre

la Convention relative aux droits des enfants. En ce qui concerne la jeune fille, la plupart des Etats ont adopté des mesures visant à accroître les possibilités d'accès des jeunes filles à l'enseignement et à promouvoir la santé en matière de reproduction et les droits en matière de procréation. L'Erythrée, le Ghana et la Mauritanie ont encouragé l'éducation des filles en menant des campagnes de sensibilisation et en mettant en place des programmes d'enseignement, des structures, en formulant des politiques et en prenant des mesures incitatives. En Côte d'Ivoire, on a fourni du matériel scolaire aux filles des écoles primaires dans les régions situées au nord, où les taux de scolarisation sont plutôt faibles. Au Ghana, on accorde des exonérations sur les droits d'inscription, on organise des cours de rattrapage en sciences et des cours à mi-temps. Au Cameroun, des bourses sont spécialement accordées aux filles qui étudient les sciences à l'université.

### **Contraintes**

36. Le droit positif et la coutume ont surtout reconnu la monogamie et toléré la polygamie mais les autres formes d'union et de types de famille ne sont pas reconnus. C'est pourquoi les familles monoparentales n'ont pas accès aux services de santé en matière de reproduction et au logement. Parfois, les enfants nés hors des liens du mariage n'ont pas de statut ni de droits spécifiques. C'est particulièrement le cas quand les pouvoirs publics n'ont pas systématiquement révisé les politiques et les législations nationales pour fixer les droits des enfants.

37. La préférence pour les garçons, culture qui persiste dans la plupart des sociétés, est une autre contrainte. On n'a pas entrepris les études socio-culturelles qui pourraient éclairer l'incidence que ces préférences ont sur la jeune fille. Aussi, la plupart des pratiques discriminatoires passent inaperçues et peuvent avoir de lourdes conséquences sur le développement physique, affectif, psychologique et intellectuel de ces enfants. On a fait très peu pour éliminer ces stéréotypes que transmettent les médias et les matériels pédagogiques à l'école.

38. Les groupes spéciaux tels que les handicapés et les personnes âgées ont également besoin de soins particuliers. Toutefois, jusqu'ici, dans nombre de pays, aucune disposition particulière n'a pas été prise pour répondre aux besoins des familles de personnes handicapées. Dans les cas où les systèmes d'aide familiale traditionnels s'effondrent, en particulier dans les centres urbains, les personnes âgées sont les plus durement touchées, d'autant plus qu'un petit nombre d'entre eux seulement peuvent compter sur les systèmes de sécurité sociale.

39. En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, il est particulièrement difficile d'effectuer des travaux de recherche sur leurs besoins du fait des tabous qui, dans certaines cultures, empêchent de reconnaître et de parler explicitement de la sexualité des jeunes adultes. En outre, dans certains pays membres, on ne connaît pas bien l'ampleur des pratiques traditionnelles néfastes. La persistance de comportements traditionnels qui favorisent la fécondité, la discrimination à l'égard des femmes et l'exploitation sexuelle des filles et des femmes continuent d'être les principales causes des taux élevés de grossesse non désirée, des avortements dans des conditions dangereuses, des MST et de l'accroissement de l'incidence du VIH/sida chez les jeunes et les adolescents. Par exemple, on sait que les Masai de Tanzanie sont plutôt

permissifs et encouragent l'activité sexuelle des jeunes enfants. Il peut découler de cette attitude des complications gynécologiques débilantes comme les fistules génitales.

40. Pour diverses raisons, aucune stratégie complète de santé en matière de reproduction n'a été conçue ni mise en oeuvre pour les adolescents. Dans les cas où de nouvelles politiques ont été formulées, elles diffèrent largement de celles qui existent. Nombre d'organismes et d'ONG de planification familiale souhaitant se conformer aux recommandations relatives à la santé en matière de reproduction ont tendance à déclarer simplement qu'ils sont des points de prestations de services destinés aux jeunes sans prendre de mesures spécifiques pour assurer la formation en cours d'emploi du personnel afin de lui donner des notions dans le domaine de la santé en matière de reproduction chez les adolescents. Dans certains pays, les parents, les autorités religieuses, voire éducatives ont ouvertement rejeté l'introduction des programmes d'éducation à la vie familiale à l'école.

41. C'est pourquoi, dans la plupart des Etats membres de la CEA, les jeunes ont très peu accès aux services et à l'information dans le domaine de la santé de la reproduction dont ils ont besoin pour mener une vie sexuelle active et harmonieuse. Nombre d'entre eux n'ont pas les compétences nécessaires et ne disposent pas des réseaux requis pour entretenir de bonnes relations sociales avec leurs partenaires. En général, dans la plupart des Etats membres de la CEA, les jeunes ne sont pas très étroitement associés à la formulation des programmes qui les concernent. Dans certains cas, ni les parents ni les autres autorités ne sont pleinement sensibilisés aux objectifs et aux méthodes de ces programmes.

## **EGALITE ENTRE LES SEXES, PROMOTION DES FEMMES ET PARTICIPATION DES HOMMES**

42. Aux termes du PA-CIPD, le renforcement des moyens d'action et de l'autonomie des femmes et l'amélioration des conditions sur les plans politique, social, économique et sanitaire constituent en soi une fin de la plus haute importance et sont en outre une condition du développement durable.

### **Acquis et meilleures pratiques**

43. Depuis la CIPD, plusieurs pays mettent en oeuvre des activités de formation dans les domaines de la promotion des femmes, de la population et du développement surtout à l'intention des cadres supérieurs et moyens, des responsables de programmes et de ceux qui sont chargés de la mise en oeuvre de ces derniers. Ainsi, non seulement, les pays membres de la CEA tiennent de plus en plus à comprendre les questions liées aux femmes et à les aborder dans le cadre de la planification du développement national mais également ils reconnaissent la place centrale qu'occupent ces questions dans le développement durable.

44. Presque tous les pays membres ont pris des mesures pour initier et/ou améliorer la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données tenant compte des

différences entre les sexes dans l'enseignement, la santé et les recensements. Les mesures qui sont prises à cet égard comprennent la création de services de statistiques tenant compte des différences entre les sexes, la mise en place de systèmes de gestion de l'enseignement tenant compte de ces différences, d'instruments de collecte des données et d'élaboration de statistiques sur la morbidité et la mortalité; la création de centres de documentation; la collecte de publications en série sur les données ventilées par sexe par les ministères concernés (Algérie, Burkina Faso, Botswana, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Maurice, Namibie, Afrique du Sud); la réalisation d'enquêtes démographiques et sanitaires (Bénin, République centrafricaine, Guinée, Sénégal); la formation du personnel; et la promotion de l'utilisation des données ventilées par sexe dans la formulation des politiques et la planification (Kenya).

45. Les autres mesures prises pour recueillir l'information sur les connaissances qu'ont les femmes des pratiques et des techniques traditionnelles comprennent la réalisation d'enquêtes sur les pratiques traditionnelles (Ethiopie, Ghana). Des études spécifiques ont été effectuées sur la mutilation des organes génitaux féminins (Gambie, Guinée), la maternité chez les adolescents (Malawi), la condition de la femme et la participation des femmes au développement (Mali, Algérie, Comores), les méthodes traditionnelles de contraception (Sénégal) et les connaissances qu'ont les femmes des plats traditionnels (Zambie). L'Afrique du Sud a fait état de la création d'un journal axé sur la culture, les traditions et les femmes. Le Togo a mentionné la création d'une base de données sur le droit positif et les coutumes en ce qui concerne la famille.

46. Le recensement démographique en Tanzanie illustre la manière dont certaines activités de collecte, de planification, de mise en oeuvre et d'analyse tiennent compte des différences entre les sexes dans certains pays. La prise en compte des différences entre les sexes dans les recensements a commencé par l'élaboration d'hypothèses sur les sexes. Elle s'est poursuivie avec l'élaboration de questionnaires tenant compte des différences entre les sexes et un plan d'analyse axé sur les sexes. Ce travail doit se poursuivre en recrutant le personnel nécessaire, en formant les enquêteurs, en mettant en place et en analysant les données.

47. Environ 71 p.100 des pays qui ont présenté des rapports ont entrepris des travaux de recherche axés sur les différences entre les sexes dans des domaines tels que la division du travail, l'accès au revenu, l'autorité au sein du ménage et les facteurs socio-culturels touchant à l'égalité entre les sexes. Il s'agit notamment d'enquêtes axées sur les différences entre les sexes, d'enquêtes démographiques avec des modules sur les femmes et des études sur la pauvreté, les ménages dont les chefs sont des femmes et les droits de propriété. Pour centrer la recherche sur la division du travail, l'accès aux revenus, l'autorité au sein du ménage et les facteurs socio-culturels qui ont une incidence sur l'égalité entre les sexes, on a effectué des études et des travaux de recherche spécifiques sur le volume de travail des femmes; la participation des femmes à la création d'entreprises; les droits de la femme et la participation de la femme au développement; la violence à l'égard des femmes; le mariage et les droits en matière de fécondité; les droits fonciers des femmes; les mutilations des organes génitaux féminins; les enquêtes sur le revenu et le patrimoine par sexe au niveau du ménage.

48. De même, compte tenu des conclusions des travaux de recherche, les Etats membres ont élaboré des stratégies pour relever l'âge au mariage. Les mesures prises



à cet égard consistent, notamment, à informer et à former les responsables communautaires, les parents et le public en général des inconvénients du mariage précoce; à encourager les filles à aller à l'école et à y rester au moins jusqu'à la fin de leurs études secondaires; et à adopter et appliquer des législations concernant l'âge minimal au mariage (Cap-Vert, République centrafricaine, Ethiopie, Gambie, Ghana, Maurice, Nigéria).

49. La plupart des pays membres prennent des mesures pour atténuer la discrimination à l'égard des femmes. Un nombre important d'entre eux ont respectivement ratifié et mis en oeuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>31</sup>. Une partie importante d'entre eux ont également adopté des mesures visant à promouvoir la participation des femmes au processus décisionnel. Ces dernières mesures comprennent la création de ministères de la femme, l'accroissement du nombre de femmes ministres et parlementaires et le recours au système des quotas pour promouvoir la participation des femmes. Un certain nombre de pays membres, notamment le Mozambique et l'Ouganda, ont adopté des lois et des politiques pour promouvoir la participation sur un pied d'égalité des hommes et des femmes au processus décisionnel à tous les niveaux.

50. Les femmes se donnent les moyens nécessaires pour prendre l'initiative de participer aux élections. C'est ainsi qu'au Kenya et au Libéria, des femmes se sont présentées aux élections présidentielles en 1997. Dans certains autres pays, les femmes ont constitué des coalitions ou des groupes et ont joué un rôle de catalyseur en encourageant plus de femmes à se présenter aux élections. Au Burundi, les centres de promotion, devenus les centres de promotion féminine, produisent et diffusent des documents portant sur les différences entre les sexes et comptent parmi leurs membres des hommes qui participent à leurs activités.

51. Plus de 90 p. 100 des Etats ayant présenté des rapports (notamment le Tchad, la République centrafricaine, l'Erythrée, l'Ethiopie, le Libéria, la Mauritanie, le Rwanda, la Tanzanie, l'Ouganda et le Zimbabwe) ont élaboré des plans d'action nationaux qui portent notamment sur les questions liées aux femmes. Ces plans identifient les domaines dans lesquels les femmes sont l'objet de discrimination. Ces plans préconisent notamment la scolarisation de toutes les femmes d'âge scolaire ainsi que la réadmission de toutes les filles qui ont abandonné leurs études pour cause de grossesse (Kenya). Ils ont surtout porté sur la mobilisation des femmes; l'élaboration d'un micro-plan de l'éducation; et la mise en oeuvre de projets qui prévoient l'accès sur un pied d'égalité au crédit, indépendamment du sexe.

52. Le Ghana a ratifié le traité international sur les droits de l'enfant (1994); multiplié les activités de plaidoyer et de sensibilisation aux niveaux politique et local sur la nécessité et les avantages de l'éducation des jeunes filles; augmenté le nombre de filles dans les établissements d'enseignement supérieur; et adopté des mesures pour encourager davantage de filles et de femmes à opter pour les sciences et les

---

<sup>31</sup> Il s'agit d'une convention globale couvrant les domaines public et privé qui garantit l'égalité des sexes, en ce qui concerne la citoyenneté, l'enseignement, l'emploi, les soins de santé, les droits économiques, le mariage et les relations familiales.

mathématiques à l'école. En outre, en collaboration avec les ONG, le gouvernement a formulé un plan national d'action qui a identifié les domaines prioritaires, fixé des délais pour le suivi et l'évaluation ainsi que l'allocation des ressources nécessaires à la mise en oeuvre. Pour 1997-1998, les domaines prioritaires qui seront examinés sont la lutte contre la pauvreté et l'accès au micro-crédit; l'éducation des filles; la prise de décision et la vie publique des femmes.

53. Au Cameroun, l'enseignement primaire est obligatoire pour les filles. La Côte d'Ivoire s'est fixé pour objectif de scolariser 90 p.100 des enfants d'ici à l'an 2000, et a réduit le taux d'analphabétisme de 57 à 30 p.100 en quatre ans; et décidé de distribuer des livres et de construire des internats pour les filles. Au Kenya, l'administration provinciale a été chargée de s'employer à mettre un terme aux mariages de petites filles dans les zones où cette pratique a toujours cours. Le plan d'action du Mali qui couvre les années 1996-2000, alloue des ressources pour la promotion économique des femmes, l'éducation, l'environnement, les droits fondamentaux et civiques, et la participation des femmes à la vie publique. Le Nigéria a conçu des programmes visant à accroître le nombre de filles dans l'enseignement primaire et construit actuellement un grand nombre d'écoles de filles dans le nord. L'Afrique du Sud a mis en place une équipe sur l'égalité entre les sexes qui examinera les pratiques du Département de l'éducation et des écoles qui ont des incidences négatives sur la fréquentation scolaire des filles et des femmes.

54. Diverses mesures ont été prises pour encourager la participation sur un pied d'égalité des femmes à la main-d'oeuvre. Il s'agit notamment de la ratification de l'Employment Equity Bill (Afrique du Sud); de l'octroi du congé de maternité et de la formation professionnelle et de la mise en oeuvre de programmes d'alphabétisation (Erythrée); de l'inscription des questions liées à l'emploi dans les politiques et les constitutions (Zambie, Ouganda); de l'adoption de réglementations prévoyant un salaire égal pour un travail égal (Zimbabwe, Botswana); de la mise en place de programmes de crédit et d'éducation (Ghana); et de l'adoption d'une législation relative aux mesures en faveur des groupes désavantagés (Namibie); le Botswana, l'Erythrée, Maurice et l'Afrique du Sud ont adopté des législations spécifiques pour mieux protéger la main-d'oeuvre féminine. En outre, nombre d'Etats ont pris des mesures pour mieux permettre aux femmes d'accéder aux forces productives et aux services techniques, y compris la mise en place d'un programme de promotion économique de la famille au Nigéria; la création d'un service fournissant des conseils techniques aux femmes mauriciennes.

55. De même, diverses mesures ont été prises pour fournir les services techniques nécessaires aux productrices, notamment la prestation de services; la fourniture d'équipement et de financement pour les aider à mener des activités génératrices de revenus (Burkina Faso, Bénin, Cap-Vert, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Madagascar, Maurice, Maroc, Namibie et Togo); l'organisation de stages de formation aux techniques de gestion à l'intention des associations et groupements de femmes (Burundi, République centrafricaine, Mauritanie, Niger, Rwanda); l'élaboration de programmes spécifiques pour les femmes (Gambie); la fourniture de micro-crédit aux femmes entrepreneurs pour les aider à créer de petites unités artisanales (République centrafricaine, Ghana, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal); la mise en place de banques de femmes pour fournir du crédit aux femmes d'affaires (Ghana, Maurice); la mise en oeuvre de projets de technologie appropriée pour veiller à ce que, dans les

technologies actuelles et nouvelles, on tient compte des besoins des femmes (Guinée, Kenya, Sao Tomé-et-Principe); et la promotion de la formation de clubs de femmes agricultrices (Malawi, République démocratique du Congo).

56. Pour tenir compte des préoccupations des femmes dans les ministères, dans plusieurs pays, notamment en Ethiopie, au Rwanda et au Zimbabwe, on a créé des services responsables des questions relatives aux femmes dans les ministères clés. Ces services sont chargés de servir de catalyseur pour assurer une planification et une programmation qui tiennent compte des besoins des femmes et veiller à ce que les préoccupations des femmes soient prises en compte dans les politiques sectorielles, les stratégies, les projets et les activités. Ces services font rapport aux ministres et collaborent avec les ministres ou la structure qui est principalement chargée de coordonner les questions liées aux femmes.

57. Dans certains pays, on reconnaît que les hommes peuvent jouer un rôle crucial dans la réalisation de l'égalité et de l'équité entre les sexes ainsi que dans la promotion des femmes. Les stratégies qui sont utilisées pour encourager la participation des hommes comprennent la réalisation de programmes et d'activités IEC ainsi que la prestation de services et la création d'un environnement favorable grâce à l'application de législations et de politiques appropriées. Par exemple, le BIT a exécuté une douzaine de projets relatifs à l'éducation en matière de population et de protection familiale à l'intention de la main-d'oeuvre dans un certain nombre de pays africains anglophones. En Tanzanie, un de ces projets a permis de faire passer le taux d'utilisation des contraceptifs de 14 à 36 %.

58. La Côte d'Ivoire, le Gabon, le Kenya, le Maroc et le Nigéria font preuve d'une plus grande volonté politique et décentralisent la mise en oeuvre des programmes nationaux de population. Le Kenya a mis en oeuvre des programmes spéciaux d'éducation et d'information pour accroître les ressources des programmes de population en encourageant le secteur privé et les communautés locales à participer activement à la mise en place, à la mise en oeuvre et au financement des programmes. Le Département concerné, à savoir le NCPD, élabore des programmes qui renforceront les capacités des institutions pour leur permettre d'intégrer la population dans la planification du développement à tous les niveaux. Au Maroc, la politique de décentralisation, la redynamisation du rôle des NPC en tant que coordinateurs du programme national de population et la coordination des divers secteurs ainsi que les activités de sensibilisation font partie des mesures qui sont prises pour que les problèmes de population soient au centre des priorités gouvernementales. Au Nigéria, on est préoccupé par la croissance démographique rapide et ses conséquences sur la pauvreté et le développement économique, la nécessité de réviser la politique nationale de population et de tenir compte dans la planification, notamment, des facteurs liés à la population. Aux Seychelles et à Maurice, c'est le vieillissement de la population qui constitue le sujet de préoccupation.

59. Il ressort des données du Tableau 5 qu'un nombre important de pays prennent des mesures pour assurer l'égalité et l'équité entre les sexes ainsi que la promotion des femmes. Seuls quelques rares pays n'ont pas encore encouragé les femmes à participer à la prise de décision (8 p.100); ni adapté les services de vulgarisation et les services techniques aux besoins des productrices (13 p.100); ni amélioré la collecte,

l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données ventilées par sexe dans l'éducation et la santé (3 p.100).

### **Contraintes**

60. En dépit des progrès considérables accomplis depuis le PA-CIPD, la promotion des femmes et ses implications sur la santé en matière de reproduction en général ainsi que le bien-être en particulier continuent d'être mal connues. Il en résulte que la prise en compte des préoccupations des femmes demeure partielle, et que, dans ce domaine, on néglige d'importantes questions dans la formulation et la mise en oeuvre des programmes nationaux de population. Ce qui empêche surtout de prendre en compte les préoccupations des femmes, ce sont les lacunes de la conceptualisation de la promotion de la femme ainsi que les retards et les difficultés liés à l'élaboration de stratégies pour tenir compte effectivement des préoccupations des femmes dans le processus de développement et la mise en oeuvre de politiques et de plans de développement. Bien que nombre de pays membres aient adopté maintenant des politiques de promotion de la femme et modifié les législations et les réglementations pour éliminer ou réduire les dispositions discriminatoires à l'égard des femmes, les structures et les systèmes permettant d'appliquer les nouvelles politiques et législations sont souvent fragiles et ne sont pas bien appuyés par les collectivités.

61. Dans nombre de cas, les attitudes et pratiques défavorables à l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes demeurent profondément ancrés et empêchent tout progrès qui pourrait découler de la modification des politiques et des lois. Bien que l'importance que revêt la participation des hommes à la santé en matière de reproduction et à la promotion des femmes ait fait l'objet d'un large débat, la plupart des Etats membres continuent d'élaborer des méthodes et des mécanismes pour favoriser cette participation et améliorer l'exécution des programmes de population.

62. Plusieurs contraintes entravent les activités opérationnelles. Il s'agit de l'insuffisance des spécialistes devant former les nationaux aux divers volets de la promotion des femmes; de l'absence de stratégies nationales IEC ou de sensibilisation axées sur les droits des femmes ou des lacunes de ces stratégies; et dans certains Etats, les déficiences des mécanismes institutionnels chargés de concevoir et de mettre en oeuvre les programmes. Dans certains cas, l'insuffisance de la collaboration entre les services gouvernementaux et les ONG limite l'efficacité des programmes ainsi que les liens ténus avec les politiques et les programmes non expressément axés sur les questions ayant trait aux femmes et/ou à la population. Le personnel des départements et ministères s'occupant des femmes est insuffisant et celui qui est disponible n'a pas la formation nécessaire en matière d'analyse des questions liées aux femmes ni les compétences nécessaires aux plans qualitatifs et quantitatifs pour rassembler, analyser et utiliser les données requises. Le personnel de certaines NPC et autres institutions de collecte des données n'est pas suffisamment bien formé pour rassembler les données tenant compte des différences entre les sexes.

63. Il ressort des données du Tableau 5 que, sur les pays qui ont répondu à l'enquête, 10 p.100 n'ont pas encore mis en place les mécanismes institutionnels nécessaires pour se pencher sur les préoccupations des femmes; environ 10 p.100 d'entre eux n'ont pas encore ratifié la Convention sur l'élimination de toutes les formes

de discrimination à l'égard des femmes et que 20 p.100 d'entre eux n'ont pas effectivement pris les mesures nécessaires à cet effet. En outre, 38 p.100 d'entre eux ne disposent pas d'informations sur les pratiques et connaissances traditionnelles, 51 p.100 n'ont toujours pas pris de mesures pour relever l'âge au mariage et 29 p.100 n'ont pas encore recentré les activités de recherche sur la division du travail des femmes, l'accès aux ressources, l'autorité au sein du ménage et les facteurs socio-culturels ayant une incidence sur l'égalité entre les sexes.

### **ROLE DES ONG ET DU SECTEUR PRIVE DANS LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME**

**64. Le PA-CIPD demande aux gouvernements et aux pays donateurs de veiller à ce que les organisations non gouvernementales et leurs réseaux puissent demeurer autonomes et renforcer leur capacité par un dialogue et des consultations suivis, ainsi que par des activités adéquates de formation et de vulgarisation.**

#### **Acquis et meilleures pratiques**

65. Dans nombre d'Etats membres de la CEA, les politiques et pratiques en ce qui concerne les ONG évoluent assez rapidement, souvent à la suite d'un important revirement des stratégies de développement. Les gouvernements font, notamment, de plus en plus la différence entre les divers types d'ONG tant du point de vue des politiques qui sont adoptées en ce qui concerne leurs rôles que des directives relatives à leur mode de fonctionnement.

66. Les ONG ont joué un rôle important dans des domaines étroitement liés. Par exemple, dans nombre d'Etats, elles jouent un rôle important dans l'organisation et la mise en oeuvre de programmes qui ont pour objet d'informer les adolescents sur les risques liés à la sexualité précoce et non protégée, leurs options et les avantages qu'il y a à éviter les comportements risqués. De même, les ONG jouent un rôle important en répondant aux besoins des autres groupes difficiles à toucher, notamment les réfugiés, les prostituées et les personnes vivant dans les zones rurales éloignées.

67. Dans un certain nombre de pays, les ONG jouent un rôle important en adoptant et en diffusant des approches relativement novatrices. Ces dernières comprennent la fourniture de conseils à l'issue d'avortements, la création de cliniques où tous les soins sont assurés; la promotion de la participation communautaire à la gestion des services; la participation des hommes aux activités et la satisfaction de leurs besoins; l'adoption de mesures pour le recouvrement des coûts; et la promotion de la détection et du traitement précoces des cancers de l'appareil de reproduction.

68. Les gouvernements de la quasi-totalité des Etats membres ont encouragé la formation d'ONG regroupant plusieurs ONG ou d'organismes de coordination. En fonction de l'Etat membre, cette ONG pourrait s'appeler Conseil national des ONG, Forum national des ONG, Coalition nationale des ONG, Association nationale des ONG, Réseau des ONG ou Fédération des ONG. Dans certains Etats, l'organisme de

coordination est un ministère ou un département (Algérie, Burundi, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Gabon, Ouganda, Madagascar, Niger, Rwanda, Togo).

69. Ces organisations permettent d'élaborer des directives qui facilitent la cohésion et la collaboration en appliquant les politiques et programmes de population. Presque tous les Etats ayant répondu au questionnaire ont indiqué que les organismes de coordination des activités des ONG avaient été mis en place, et les deux tiers ont indiqué qu'ils avaient pris des mesures pour appuyer les ONG nationales s'occupant de problèmes de population et de développement. Plus de la moitié des Etats ont indiqué qu'ils avaient fourni une assistance financière aux ONG.

70. Les récentes mesures et/ou stratégies adoptées pour appuyer les ONG nationales s'occupant de population et de développement comprennent, dans la plupart des Etats, la promotion d'un partenariat effectif entre les gouvernements et les ONG qui participent aux activités de population, en particulier, à la conception des projets/programmes; le suivi, et l'évaluation, y compris les relations contractuelles entre les gouvernements et les ONG (Algérie, Bénin, Cap-Vert, Guinée, Maroc, Mauritanie, Nigéria); la facilitation et le financement des activités des ONG (Botswana, Côte d'Ivoire, Lesotho, Mali); l'adoption de nouvelles législations régissant les ONG (Madagascar, Bénin, Kenya, Mali, Mauritanie); l'intégration des représentants d'ONG dans les NPC (Sao Tomé-et-Principe).

71. Dans nombre de pays membres de la CEA, le secteur privé joue un rôle important dans la prestation de soins de santé en matière de reproduction. Dans un certain nombre de cas, les politiques et les stratégies relatives au rôle du secteur privé ont été modifiées conformément aux recommandations du PA-CIPD. Ces modifications encouragent l'adoption d'attitudes et de pratiques permettant une plus grande participation du secteur privé à la prestation de services de santé en matière de reproduction.

72. Pour faire participer le secteur privé à la mise en oeuvre des programmes nationaux de population, les pays membres ont pris des mesures tendant à ce que les services nationaux de la santé travaillent en collaboration avec le secteur pour mettre en oeuvre des politiques et des programmes de population (Algérie, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Ghana, Zambie); invité le secteur privé à participer aux activités de population telles que les ateliers, les réunions, les séminaires, les programmes à l'intention des jeunes, la célébration de la journée de la population, la réalisation de recensement de la population (Gambie, Botswana, République démocratique du Congo, Kenya, Madagascar, Mali, Maurice); demandé au secteur privé de participer aux programmes nationaux de population (Ghana, Sao Tomé-et-Principe); fourni des contraceptifs au secteur privé gratuitement ou à des prix subventionnés (Kenya, Maroc, Togo).

73. Le développement rapide de la vente à des prix subventionnés de contraceptifs pourrait bien constituer une révolution en ce qui concerne le rôle du secteur privé dans la satisfaction des besoins d'information et de services dans le domaine de la santé de la reproduction. Ces ventes subventionnées répondent bien à l'appel lancé, dans le PA-CIPD, au secteur privé, à but lucratif, pour qu'il joue un rôle important dans la

production et la fourniture de services de soins et de produits dans la santé en matière de reproduction.

74. Dans un certain nombre d'Etats, le volume des ventes subventionnées est impressionnant, ce qui montre les potentialités qu'elles offrent. Plus de 26 Etats ont des programmes de ventes subventionnées, principalement de contraceptifs et de préservatifs masculins, mais les types de produits disponibles varient considérablement. Bien que les ventes subventionnées aient diminué entre 1996 et 1997 dans cinq Etats, la majorité des programmes connaissent une augmentation, parfois même très rapide: Botswana (41 %), Cameroun (32 %), Ethiopie (45 %), Kenya et Mali (65 %) et Mozambique (155 %).

### **Contraintes**

75. L'ampleur de la collaboration entre les ONG, le secteur privé et les gouvernements varient d'un pays à l'autre. Nombre de facteurs entravent la collaboration, notamment dans certains cas, l'absence de mode opératoire de cette interaction, le désaccord quant aux priorités, les différents styles, voire, parfois, les rivalités. Ceci est d'autant plus important que certaines ONG ont acquis une grande expérience dans la mise en oeuvre de divers types de programmes de population, en particulier dans les domaines de la santé en matière de reproduction et des activités de sensibilisation. C'est ainsi que dans certains cas, l'expertise et/ou l'expérience locale disponibles ne sont pas convenablement utilisées et qu'on ne tire pas parti des avantages comparatifs des différents types d'organisation.

76. De plus en plus, on met l'accent sur la décentralisation, la délégation de pouvoirs, la démocratisation et la responsabilisation des collectivités, des groupements et des femmes et sur la nécessité de les associer à l'examen des questions, des politiques et des programmes de population. Cependant dans certains cas, l'absence de directives et de politiques appropriées et l'insuffisance de la mobilisation des collectivités et des parties intéressées par les gouvernements et les directeurs de programmes limitent l'apport des ONG, en général et, plus particulièrement, de la société civile. Parfois, les activités de population ont tendance à ne refléter que l'orientation et les préoccupations des fonctionnaires et des spécialistes, notamment des chercheurs et non celles de leurs bénéficiaires directs.

77. En ce qui concerne la mise en oeuvre des programmes de planification familiale (Tableau 6). La proportion d'ONG participant à ces activités de recherche se situe entre 22 p.100 des Etats membres pour les ONG participant à des activités de coopération à 65 p.100 pour celles qui travaillent avec des groupements locaux de femmes. En ce qui concerne la conception des programmes de planification familiale, la proportion se situe entre 32 et 75 p.100; pour celles qui participent au suivi, elle se situe entre 35 et 75 p.100; et pour celles qui participent aux activités d'évaluation, elles se situent entre 21 et 69 p.100. Les pourcentages sont beaucoup plus faibles en ce qui concerne les programmes de santé de la reproduction (Tableau 7) et se situent entre 9 et 58 p.100 pour les ONG s'occupant d'activités de recherche sur la santé de la reproduction; et pour la conception de programmes, entre 21 et 76 p.100 et pour le suivi, entre 17 et 67 p.100 et pour l'évaluation, entre 17 et 60 p.100. Compte tenu de la gravité de la pandémie du VIH, l'impact des activités de recherche et de planification familiale est

du Tableau 8 sont légèrement plus élevés.

## POLITIQUE DE POPULATION ET STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT/MECANISMES INSTITUTIONNELS

**78. Le PA-CIPD préconise l'élaboration de politiques en matière de population qui i) assureront l'égalité et l'équité entre hommes et femmes et permettront à ces dernières de réaliser toutes leurs potentialités ; ii) feront participer pleinement les femmes à la prise de décisions et assureront leur éducation; iii) tiendront compte de la famille et la soutiendront; iv) protégeront les groupes vulnérables de la population ; permettront un accès efficace à l'information et aux services sanitaires, en particulier pour les groupes marginalisés et vulnérables; v) favoriseront une répartition géographique de la population plus équilibrée; vi) développeront l'enseignement; vii) renforceront la gestion des programmes et mobiliseront des ressources aux fins d'investissement dans les secteurs sociaux ; et viii) intégreront les ONG, les organisations féminines et les collectivités locales dans le processus de prise de décisions.**

**79. Le PA-CIPD a : i) spécifiquement reconnu la nécessité de disposer de données démographiques, sociales et économiques pour déterminer les priorités, formuler des politiques et des programmes et évaluer leur impact ; ii) recommandé aux gouvernements de renforcer les capacités nationales pour réaliser des programmes durables et globaux afin de collecter, d'analyser, de diffuser et d'utiliser les données ventilées par sexe en matière de population et développement; iii) exhorté les Etats membres à mettre en place ou renforcer des bases de données nationales afin de fournir des informations pouvant permettre d'évaluer les progrès enregistrés pour la réalisation des buts et objectifs des NPP; iv) invité les gouvernements à mettre l'accent sur les causes et les conséquences de l'avortement provoqué, les liens entre le rôle et la condition de la femme et les processus démographiques et les interactions entre les problèmes de population, la pauvreté, les modèles de surconsommation et la dégradation de l'environnement et à renforcer la formation et la recherche sur les questions de population et de développement et assurer une large diffusion des résultats de la recherche; v) demandé aux gouvernements d'élever le niveau de compétences et la responsabilité des directeurs et des autres personnes participant à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation des NPP ; et vi) invité la communauté internationale à aider les gouvernements à organiser le suivi au niveau national, y compris le renforcement des capacités pour la formulation des projets et la gestion des programmes et à renforcer les mécanismes de coordination et d'évaluation.**

### Réalisations et meilleures pratiques

**80. On note des changements importants dans la manière dont les politiques sont formulées. Dans nombre d'Etats, le processus de formulation des politiques permet à un large éventail de particuliers et de groupes (les parties prenantes et leurs**



représentants) de prendre part aux discussions, aux échanges d'informations, aux débats et même aux décisions relatives aux politiques nationales et provinciales.

81. Un thème important des nombreuses politiques récentes est la nécessité de développer « la participation de l'homme », aussi bien pour vaincre la résistance à la « PF » que pour faire participer plus activement les hommes à la planification et à l'exécution des activités en matière de population. Une évolution remarquable à la suite du PA-CIPD est l'intégration des questions de population dans les politiques et programmes visant à éliminer les disparités et la discrimination entre les sexes. Les politiques et les programmes d'action nouveaux ou remaniés incluent aussi des questions telles que les suivantes : la famille, les réfugiés et les personnes déplacées ; la protection de l'environnement et dans certains cas, la lutte contre la pauvreté.

82. Les politiques et programmes des pays en matière de santé ont identifié les questions et besoins en matière de RH et prévoient des mesures pour améliorer l'accès à l'information et aux services de RH et fournir des soins de meilleure qualité. Dans le même ordre d'idées, les politiques et programmes nationaux de développement reconnaissent de plus en plus que l'information et les services en matière de PF peuvent contribuer à améliorer le bien-être des femmes et de leurs familles et soulignent la nécessité d'adopter des mesures efficaces pour prévenir la propagation de l'infection à VIH/du Sida (tableau 1).

83. Dans beaucoup de pays, les politiques et les programmes mis en oeuvre dans le domaine de l'éducation tiennent compte de la nécessité d'informer les jeunes de façon précise et complète sur la santé en matière de procréation et sur les taux de reproduction et de les éveiller à l'importance d'adopter un comportement responsable. Tout comme ils mettent l'accent sur la nécessité de donner une information équilibrée et relativement approfondie sur les causes et les conséquences des forts taux de fécondité, des taux élevés de mortalité et de l'urbanisation rapide. Dans nombre de pays, les pédagogues et les responsables du secteur de l'éducation consultent de plus en plus les chefs des communautés, les enseignants et les associations de parents d'élèves afin d'obtenir leur appui et leur accord en vue d'introduire dans le programme scolaire des cours liés à la famille.

84. En résumé, on peut affirmer que dans un grand nombre de pays, les autorités centrales sont de plus en plus conscientes de l'importance du lien existant entre population et développement et de la complexité des interdépendances entre les questions de population, de développement, de la condition de la femme et de l'environnement. C'est ainsi que dans les programmes scolaires, l'accent est mis de plus en plus sur les interactions existant entre la population, le développement et l'environnement. Le Malawi a introduit ces questions dans les programmes scolaires. Plusieurs autres pays sont en train de les tester. On convient de plus en plus que les politiques mises en oeuvre dans le domaine de la population s'inscrivent dans une perspective de développement national, qu'elles ne sont pas seulement liées à l'intervention des bailleurs de fonds et qu'elles constituent des cadres de légitimation d'activités nouvelles relativement délicates dans ce domaine telles que la mise en place de services bénéficiant aux adolescents.

85. Dans le domaine de la planification des activités de population/développement, les Etats membres commencent seulement à essayer de répondre aux défis qui s'attachent au passage d'une planification centrale du développement à moyen terme à une planification à long terme et à la transition vers la décentralisation géographique et sectorielle. Des résultats ont été obtenus, notamment en ce qui concerne la formation d'un grand nombre de planificateurs dans les services de planification sectoriels et sous-nationaux, l'amélioration de l'exploitation des données relatives à la population à des fins de planification sectorielle à court terme et l'utilisation accrue de données ventilées par sexe - dont la plus grande part existait déjà sans être utilisée - dans le but de mieux évaluer la place de la femme dans la société. Nombre de pays préparent des plans ou programmes de développement qui se veulent des cadres d'action, des approches ou des cadres évolutifs ; ces plans mettent souvent l'accent sur des secteurs tels que l'éducation, la santé, l'énergie et l'infrastructure considérés comme étant prioritaires dans l'action gouvernementale.

86. Plusieurs Etats membres s'attachent activement à créer une base de données démographiques nationale, et ce pour faciliter l'intégration des variables démographiques dans la planification et contribuer à la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation d'un large éventail de programmes en matière de population. La plupart de ces Etats sont actuellement engagés dans la planification, le lancement et/ou la mise en oeuvre de systèmes d'information pour la gestion de la santé. Nombre d'Etats ont mis en place ou désigné des CNP pour des organes interdépartementaux ou interministériels chargés de superviser et de contrôler l'exécution du PA-CIPD. Les ONG prennent part aux activités de certains de ces organismes.

87. Les données figurant au tableau 11 indiquent que 77% des Etats membres ont augmenté leurs dépenses pour les services de RH et PF, les soins de santé primaire (64%). Dans la plupart des Etats membres des activités de recherche ont été lancées et/ou menées à terme dans des domaines tels que les besoins RH ; les tendances en matière de fécondité et de mortalité et leurs causes et conséquences ; la pauvreté, les tendances démographiques et la condition de la femme ; la corrélation entre les attitudes et comportements en matière de fécondité et les structures et valeurs familiales ; les facteurs qui facilitent et entravent l'intégration des services de RH dans les soins de santé primaire ; les pratiques traditionnelles nuisibles, notamment la circoncision féminine ; l'accès à l'information et aux services de RH ; les facteurs qui déterminent l'impact du programme ; le cadre général concernant les politiques.

### **Contraintes**

88. A un niveau général, il existe un facteur contextuel dominant qui limite les progrès dans les stratégies en matière de population et développement. Il s'agit de la crise qui frappe l'environnement macro et micro-économique et qui de ce fait réduit de manière drastique les ressources consacrées à la mise en oeuvre des programmes nationaux en matière de population. Le deuxième facteur limitatif a trait aux déperditions répétées de personnels qualifiés attirés ailleurs par des salaires plus avantageux et au SIDA. L'insuffisance de personnel qualifié est un problème

qui prend de plus en plus d'ampleur depuis la Conférence du Caire, la plupart des pays s'attachant à décentraliser les fonctions de planification des activités relatives à la population et au développement qui étaient auparavant concentrées dans les capitales où on compte relativement plus de personnel qualifié. Il serait bon de savoir si dans les pays qui ont entamé l'opération de décentralisation, les résultats seront au rendez-vous malgré ce type de contraintes.

89. Il existe d'autres contraintes de nature plus technique. Dans le prolongement de la Conférence internationale sur la population et le développement, il est attendu des programmes nationaux en matière de population qu'ils soient davantage axés sur les individus, qu'ils visent à l'institution de Commissions nationales de la population structurées horizontalement et verticalement de manière à réaliser une véritable décentralisation et que, sur un plan stratégique et opérationnel, ils intègrent des activités à la fois utiles, efficaces et durables. Ils devraient, en outre, intégrer des activités centrales telles que les campagnes de sensibilisation, l'évaluation des capacités aux niveaux national et sous-national, la mobilisation des ressources et différentes formes d'appui. De plus, ils doivent être intégrés au cadre d'action socio-économique global et permettre d'appuyer la recherche, l'analyse, le suivi et l'évaluation de leur mise en oeuvre. Avec la nouvelle orientation donnée aux programmes, il devient, en comparaison avec ce qui se faisait avant la Conférence, plus compliqué d'établir des priorités quant au respect des objectifs et du suivi.

90. De même, la plupart des pays n'ont pas connaissance – ou ont des connaissances limitées de l'importance des indicateurs socio-économiques dans l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi et l'évaluation des programmes nationaux en matière de population. Parmi les autres contraintes, on peut citer (voir tableau 9) la mauvaise intégration des variables de population dans la planification du développement (77% des Etats membres) ; le faible rang de priorité accordé aux activités d'information, d'éducation et de communication en matière de population (62%) ; l'absence de stratégies clairement définies pour la mise en oeuvre des politiques et programmes en matière de population (56%) ; l'absence de capacités techniques nationales permettant d'établir des liens entre la population et le développement (50%) ; et l'absence de qualification en matière de promotion et d'exécution des politiques et programmes relatifs à la population (39%).

91. De surcroît, l'instabilité politique associée à une forte mobilité du personnel (58%) constitue un obstacle important à la mise en oeuvre des programmes. Les changements fréquents dans les structures gouvernementales et les institutions d'exécution de nombre d'Etats n'ont entraîné une mobilité importante du personnel essentiel et rompu la continuité dans les structures interministérielles/sectorielles. Certains Etats se sont lancés dans la décentralisation sans disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires et faute d'une coordination centrale efficace. En outre, des contraintes économiques et financières pèsent sur l'exécution des politiques et programmes en matière de population (voir tableau 12). Le facteur économique dominant est, à cet égard, la mise en oeuvre des programmes d'ajustement (78%), suivi de la persistance de la crise économique (76%) ; et de l'abandon de la planification à moyen et à long termes face aux programmes d'ajustement structurel (51%). Les contraintes financières sont liées à la difficulté de mobiliser des ressources internes pour l'exécution des programmes relatifs à la

population (81%) ; à l'insuffisance des ressources financières externes (55%) ; à l'insuffisance des financements destinés aux activités menées en matière de population (55%) ; et à la non-inscription des activités relatives à la population dans le budget national (39%).

92. Les organisations internationales ont pris une part très active aux programmes de population et de développement mis en oeuvre par les Etats membres de la CEA. Leur grande dépendance en matière de financement externe des activités relatives à la population et au développement est patente. L'incapacité des gouvernements à mobiliser leur part de financements ou à mener des activités propres dans ce domaine est à l'origine des faibles progrès enregistrés dans l'élaboration et l'exécution des programmes nationaux en matière de population. On a ainsi constaté dans la mise en oeuvre d'un grand nombre de programmes de lutte contre le SIDA des problèmes de coordination entre les différents intervenants durant les périodes où les financements accordés par les bailleurs de fonds étaient facilement accessibles. Quand les ressources se sont faites rares, la plupart des activités ont été paralysées. On a également constaté une incapacité ou une impuissance à utiliser tous les fonds octroyés par les partenaires de développement.

93. Il est aujourd'hui difficile d'évaluer les ressources mobilisées sur le plan interne pour l'exécution des activités liées à la population<sup>32</sup>. Cette situation s'explique en grande partie par i) l'exécution des activités relatives à la population par le biais de financements inscrits sous différents chapitres budgétaires tels que «soins de santé primaires», «formation des enseignants», «statistiques» et «planification économique» ; ii) la mobilisation des ressources à différents niveaux de l'administration par de multiples intervenants ; iii) les systèmes de comptabilité utilisés rendent très difficile l'imputation de la valeur des locaux administratifs, de l'équipement et/ou des services communs.

94. L'élément «collecte et analyse de données» des programmes de population a été le plus durement touché par la réduction aussi bien du financement international que des contributions locales. La plupart des recensements passés avaient été en grande partie financés par les bailleurs de fonds. La crise économique actuelle n'a pas permis aux gouvernements de fournir les fonds nécessaires à l'organisation des recensements. Compte tenu des différents besoins en concurrence, les gouvernements ont accordé un faible degré de priorité aux autres opérations de collecte de données et activités de recherche. Parallèlement, les institutions donatrices ont presque unilatéralement réduit ou supprimé le financement des recensements.

95. Cette tendance est plutôt apparue de façon soudaine et affecte malheureusement la disponibilité de données nécessaires à la formulation de politiques et de programmes et à leurs suivi et évaluation. Dans la plupart des

---

<sup>32</sup> Le FNUAP collabore avec le Netherlands Interdisciplinary Institute pour collecter des données sur les flux d'aide financière internationale destinée aux activités en matière de population ainsi que des données sur les ressources internes, y compris les crédits et dépenses budgétaires, les allocations de ressources par les ONG et les dépenses du secteur privé consacrées aux programmes de population.

Etats, les données des recensements et des enquêtes sont devenues périmées et doivent être mises à jour afin de fournir des données suffisamment ventilées par sexe ; aucune banque de données fonctionnelle n'a été encore créée pour permettre de rassembler toutes les données essentielles relatives à la population, la documentation et d'autres informations. De fait, des enquêtes représentatives au plan national telle que l'Enquête mondiale sur la fécondité et l'enquête sur la démographie et la santé ont permis de mettre à jour les données et de mettre l'accent sur la fécondité, la morbidité et d'autres facteurs relatifs au comportement mais elles ne vont pas au-delà d'un certain niveau de ventilation géographique.

96. Les conclusions qui précèdent sont toutes liées à l'intégration des variables de population dans la planification du développement. Au nombre des difficultés qui continuent de se poser, on citera celle de définir l'intégration ; l'insuffisance de personnels qualifiés ; et l'inadaptation des données relatives aux liens entre population et développement. On peut également évoquer l'absence d'un dialogue constructif entre les décideurs et les chercheurs, notamment en ce qui concerne la définition de ces liens et la mise en place concomitante de techniques de modélisation de ceux-ci.

97. Deux autres lacunes ont été identifiées, lesquelles rendent compte aussi des insuffisances constatées dans la mise en place de l'approche relative aux politiques menées en matière de population et développement. Dans les documents plus explicites relatifs à l'action menée en matière de population, les stratégies définies pour la mise en oeuvre des mesures décidées sont trop nombreuses. Les différents départements ministériels chargés de la mise en oeuvre de ces stratégies doivent déjà s'acquitter de leurs fonctions respectives et sont de ce fait alourdis de tâches supplémentaires pour lesquelles ils ne disposent souvent pas des capacités nécessaires à leur exécution. Cette situation se complique davantage lorsqu'aucun organe n'est prévu pour assumer la tâche de coordonner la mise en oeuvre des stratégies. L'absence de directives claires a été également mentionnée. Dans les stratégies identifiées, le secteur principal n'est généralement pas indiqué. Si l'on identifiait un secteur clé et quelques autres secteurs importants, ce serait un moyen d'éliminer ces deux contraintes vu que le document directif qui est de nature dynamique, doit être revu à mesure qu'on acquiert de l'expérience et qu'une masse critique de personnel qualifié devient disponible.

98. Dans certains Etats des services de population et développement ont été créés pour prendre en charge les fonctions précédemment exécutées par différents départements ministériels. Malheureusement, certains de ces services ne disposent pas d'un personnel suffisamment formé et compétent ; il s'ensuit que la plupart d'entre eux ne peuvent fonctionner efficacement. Ce problème est aggravé dans certains cas par le fait que certaines des institutions chargées de coordonner les activités en matière de population sont quelquefois situées trop loin dans la hiérarchie administrative et ne peuvent donc pas s'imposer à des services ministériels qui auraient dû collaborer avec eux dans la mise en oeuvre de programmes de population et développement.

99. Les données figurant au tableau 9 montrent que près de la moitié des Etats ne disposent pas de capacités techniques permettant d'établir une corrélation entre

population et développement. Il s'est donc avéré difficile pour ces Etats de formuler et d'adopter des stratégies clairement définies pour la mise en oeuvre du programme. La coordination des programmes devient difficile faute de stratégies clairement définies puisque chaque acteur a tendance à agir indépendamment des autres. Nombre de directeurs de programmes n'ont pas les qualifications pour promouvoir les programmes. La non-diversification de l'expertise locale constitue une autre contrainte.

100. Les données du tableau 10 soulignent l'importance des facteurs qui entravent sérieusement la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD. Parmi ceux-ci la faiblesse de la coopération entre les pouvoirs publics et les ONG (63% des Etats membres) ; la faible participation des femmes à la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation du programme ainsi que des ONG (56-68%) ; la faiblesse de la coopération avec les organisations internationales (63%) ; et l'absence de coopération entre les ministères compétents (56%). Dans nombre d'Etats il n'existe pas de coopération entre les départements ministériels concernés en raison surtout de la lutte pour la suprématie et une part plus importante des ressources affectées aux projets de population et développement. Le tableau 10 montre également que la coordination est une contrainte de taille à l'exécution du programme dans la région. L'incapacité à coordonner les activités des partenaires étrangers a également été identifiée par 69% des Etats comme un obstacle à la mise en oeuvre du programme.

## **CAMPAGNES DE SENSIBILISATION ET STRATEGIES D'IEC**

101. Par définition, une campagne de sensibilisation vise à modifier le statut d'une politique, d'une stratégie ou d'un programme alors qu'une intervention d'IEC cherche à modifier la base des connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les comportements ou les normes qui caractérisent des individus<sup>33</sup> ou des groupes d'individus. Le PA-CIPD stipule que la réalisation de ses buts et objectifs passe obligatoirement par une meilleure connaissance, une meilleure compréhension et un meilleur engagement du public, aussi l'un des objectifs prioritaires est-il de renforcer cette connaissance, cette compréhension et cet engagement. En effet, le

---

<sup>33</sup> La sensibilisation suppose que l'on mène des recherches afin de clarifier des questions et des orientations stratégiques; que l'on donne à toutes les parties concernées l'information et la formation appropriées et en quantité suffisante; et que l'on mobilise les partenaires qui s'intéressent à la question faisant l'objet de la campagne de sensibilisation; que l'on dialogue et négocie avec les individus et les organisations qui ont d'autres points de vue et positions; et que l'on collabore avec des groupes ayant la même sensibilité ailleurs, afin de tirer parti de leurs expériences. Les interventions d'IEC visent à modifier les connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les comportements ou les normes qui caractérisent des individus ou des groupes d'individus. Voir les leçons tirées par le FNUAP/EATAA, 1993-1996, février 1997.

Programme d'action i) souligne qu'au niveau national, le pouvoir législatif peut jouer un grand rôle notamment en promulguant les lois qui favorisent la mise en oeuvre des programmes nationaux de population, en allouant les ressources financières nécessaires, en assurant la transparence des dépenses et en sensibilisant davantage le public aux questions de population; ii) note qu'encourager la participation active des représentants élus du peuple, en particulier des parlementaires, et des groupes et individus concernés, constitue un objectif majeur; et iii) recommande la participation conjointe du gouvernement, des ONG, du secteur privé et de toute la communauté, non seulement à la diffusion de l'information mais également au développement des stratégies d'IEC et des campagnes de sensibilisation.

### **Réalisations et meilleures pratiques**

102. La plupart des Etats membres de la CEA ont non seulement reconnu la nécessité de concevoir et d'exécuter des activités de sensibilisation, mais réellement pris l'initiative de telles activités. Dans bien des cas, ils ont entrepris de définir des campagnes de sensibilisation, souvent à l'occasion de l'élaboration des stratégies d'IEC. Ils ont également pris des mesures pour l'exécution des activités de sensibilisation<sup>34</sup>.

103. Les données disponibles montrent que les campagnes de sensibilisation et les stratégies d'IEC ont été largement utilisées par les ONG nationales pour : obtenir l'engagement politique requis et, partant, l'allocation de ressources permettant de résoudre des questions de développement et de population ; rechercher un appui pour la promotion des pratiques qui garantissent la protection des femmes et des hommes contre tout abus, pour les programmes de prévention et de traitement des MST, y compris le VIH/SIDA, ainsi que pour les programmes d'élimination des pratiques traditionnelles nuisibles; et mener des campagnes de sensibilisation au type d'activité à entreprendre sur ces questions à différents niveaux de l'administration. En particulier, les stratégies d'IEC ont été abondamment utilisées pour : susciter la demande de services de santé en matière de reproduction ; éclairer les hommes et les femmes sur les droits liés à la procréation et sur la parenté responsable; promouvoir des comportements sexuels sans risque ; et mobiliser les hommes afin qu'ils participent aux programmes de santé en matière de reproduction.

104. Les diverses stratégies adoptées par les Etats membres pour disséminer l'information sur les questions de population et de développement sont présentées au tableau 14. Les données montrent que les médias (journaux, radio et télévision), les séminaires, les ateliers et les réunions (formelles et informelles) sont les moyens les plus couramment utilisés pour ce faire. Dans 62% des Etats, on a procédé, au parlement, à des présentations officielles des questions de population et de développement. Le tableau 15 montre le pourcentage d'Etats où les campagnes de sensibilisation et les stratégies d'IEC ont été élaborées dans le cadre de programmes sectoriels. Pratiquement tous les Etats ont défini des campagnes de

<sup>34</sup> Bien que "sensibilisation" et "IEC" diffèrent nettement par leurs objectifs, leurs méthodes sont assez semblables.

sensibilisation et des stratégies d'IEC sur des questions ayant trait aux adolescents et aux jeunes, au renforcement du pouvoir d'action des femmes, à la planification familiale et à la santé en matière de reproduction. De nombreux Etats ont également élaboré des stratégies d'IEC et mené des campagnes de sensibilisation dans le cadre d'autres programmes sectoriels : protection de l'environnement; égalité entre les sexes et équité (85%); population et développement (81%); et lutte contre la pauvreté (72%).

105. Les ONG ont non seulement participé à la diffusion de l'information sur les questions de population et de développement, mais elles ont également reçu des organismes semi-publics l'information relative à ces questions. Il y a donc un échange important d'information entre les pouvoirs publics et les ONG. Le tableau 16 montre qu'il existe une collaboration étroite entre les ministères (Education, Santé, Information et Communication, Jeunesse et Culture) et les ONG, dans l'élaboration des stratégies d'IEC et des campagnes de sensibilisation. Les leaders politiques et religieux ont également pris part à ces activités dans 84% des Etats. Le grand public a participé dans 71% des Etats, le secteur privé dans 54% des Etats et les dirigeants de la société civile dans la moitié des Etats. Le tableau 17 montre qu'une proportion importante des Etats ont des mécanismes pour coordonner les divers éléments d'IEC/sensibilisation : de 64% pour la formation à 77% pour la formulation de stratégies d'IEC.

106. L'évolution actuelle en ce qui concerne la libéralisation de l'environnement socio-politique a permis l'émergence de plusieurs médias (médias électroniques et presse écrite, médias communautaires), le secteur privé y jouant un rôle important. Ainsi, on n'a que l'embarras du choix pour diffuser l'information et échanger des idées avec les diverses populations cibles. Dans des pays comme la Zambie et la Tanzanie, les structures institutionnelles chargées de concevoir, de mettre en oeuvre et de coordonner les activités de sensibilisation et les programmes d'IEC sont déjà en place. En Tanzanie, la Commission du Plan et le Comité technique interinstitutions de la population comportent des services chargés d'harmoniser les programmes d'IEC, notamment le matériel, les messages et les canaux appropriés.

107. La promotion du pluralisme politique et des libertés civiles a créé un environnement favorable à la création d'ONG, d'associations locales et professionnelles, de groupes de pression et autres réseaux pour organiser des discussions et des activités de sensibilisation. Une fois qu'on dispose des informations nécessaires, on peut choisir diverses méthodes pour faire passer son idée de façon à influencer sur les politiques. La plupart des Etats procèdent à ces enquêtes par sondage comme l'enquête sur la population et la santé, les enquêtes sur la consommation des ménages, les enquêtes sur les niveaux de vie, etc. pendant les périodes situées entre les recensements. Ces enquêtes ont permis d'actualiser et de compléter les données du recensement sur lesquelles se fondent les messages d'IEC/activités de sensibilisation.

108. Certains pays, comme le Sénégal et le Ghana travaillent étroitement avec le projet RAPID pour élaborer des descriptifs et des projections démographiques en ce qui concerne diverses ressources et le développement en général afin de sensibiliser les décideurs et les personnalités influentes aux niveaux national et



régional. On a constaté que le recours à ces modèles qui requièrent des données et des hypothèses essentielles et les différents scénarios affichés sur les écrans, les cartes et les graphiques avaient sur les pouvoirs publics et les autorités traditionnelles un impact plus important que plusieurs pages de données et de documentation.

## **Contraintes**

109. Les principales contraintes sont la réticence de certains des principaux acteurs à participer à l'élaboration de stratégies nationales en ce qui concerne l'IEC/les activités de sensibilisation; l'absence de données socio-culturelles et d'autres données pertinentes; l'incapacité à définir clairement les institutions et les mécanismes; l'insuffisance de la formation et de l'encadrement du personnel; le manque de moyens pour produire le matériel IEC; la faible motivation des personnes chargées d'appliquer le programme; et l'impossibilité de couvrir la population cible. Il est également difficile de savoir les méthodes à suivre pour élaborer la stratégie; comment utiliser cette dernière une fois conçue; celui qui l'utilisera; s'il faut réglementer son utilisation; et qui, en fait, a besoin de la stratégie. Dans une large mesure, les données qui figurent dans les tableaux 14 à 17 montrent bien ces contraintes. La population cible a été rarement associée à la formulation, au suivi et à l'évaluation de l'impact des programmes IEC et des activités de sensibilisation.

110. Le personnel qualifié pour la mise en oeuvre du programme IEC ne suffit pas pour assurer l'assistance technique nécessaire à la gestion, à l'élaboration des messages, de la stratégie, au suivi et à l'évaluation de l'impact des programmes IEC et des activités de sensibilisation, ce qui laisse place à l'amateurisme et risque d'avoir des incidences négatives sur les programmes. La plupart des pays n'ont pas encore élaboré de stratégies nationales complètes d'IEC ni désigné d'institution qui serait particulièrement chargée de coordonner les activités IEC et de sensibilisation.

C'est pourquoi, plusieurs programmes IEC actuels, véhiculent des messages contradictoires et mal adaptés aux mêmes populations cibles, ce qui crée de la confusion et de la suspicion chez la population et peut même compromettre l'objet pour lequel ces messages ont été conçus. En outre, il n'existe pratiquement pas d'information basée sur des recherches socio-culturelles ni de programme de recherche en vue d'une évaluation et d'une interprétation approfondies des comportements et des attitudes et du ciblage de publics spécifiques. La plupart des matériels IEC/activités de sensibilisation ont à peine été testés au préalable et il n'est pas prévu de recherche opérationnelle pour évaluer leur impact.

111. Les matériels IEC/activités de sensibilisation ne sont pas variés ni spécifiques et présentent des insuffisances aux plans qualitatif et quantitatif. En outre, ils ne peuvent pas être largement distribués du fait des problèmes de logistique. Aucune banque de données fonctionnelles n'a encore été créée pour rassembler toutes les données démographiques, la documentation et les autres informations qui permettraient d'élaborer des messages ciblés pour les programmes IEC et les activités de sensibilisation. Les résultats de la plupart des travaux de recherche ne sont publiés que bien après et ne sont guère largement diffusés; les dossiers contenant les données brutes ne sont jamais facilement accessibles. Dans la plupart des cas, les données du recensement sont dépassées. Au Lesotho, on

attend avec impatience la publication des résultats du recensement de 1996 pour élaborer une stratégie cohérente de programme IEC et d'activités de sensibilisation.

112. Quelques pays comme le Sénégal et le Ghana ont élaboré les programmes et les documents pédagogiques requis pour l'enseignement des matières liées à la population et au FLE dans les écoles et ailleurs. On a accordé jusqu'ici peu de place à la formation des formateurs. La majorité des personnes auxquelles les messages IEC sont destinés sont analphabètes et vivent dans les pays qui se caractérisent par leur diversité ethnique et linguistique et l'absence d'une langue véhiculaire. C'est pourquoi il convient de traduire les messages dans les diverses langues et choisir des mécanismes appropriés pour les faire passer. Non seulement certains pays n'ont pas les compétences nécessaires pour effectuer ces traductions mais des termes comme "genre", "RH" etc sont nouveaux et on ne trouve pas facilement des équivalents locaux pour contraceptifs, voire PF qui pourraient faire passer comme il convient le sens de ces termes.

113. Dans certains pays, le coût des messages à la radio et à la télé et dans la presse écrite est tellement élevé que la plupart des personnes intéressées sont obligées de condenser leur messages au point de les rendre inintelligibles. La plupart des programmes IEC sont financés par les donateurs en tant que projets spécifiques disposant de leur propre personnel et matériel. Bien que les pouvoirs publics aient fourni dans une certaine mesure un appui logistique par le biais de leurs médias et de leur personnel, ils ne sont pas souvent disposés à recruter le personnel du projet à la fin des projets ni à fournir, au moins les subventions nécessaires à la poursuite de ces programmes pendant les périodes de transition, entre un cycle de financement et un autre. Par conséquent, l'expérience acquise n'a jamais un caractère cumulatif et le matériel n'est pas bien conservé. Le projet UNICOM II du Sénégal perd son personnel à la fin de chaque projet et doit en recruter un nouveau, inexpérimenté à chaque fois.

114. Plus du tiers (environ 38%) des Etats membres n'ont jamais informé leurs parlements des problèmes de population et de développement, notamment des politiques nationales et sectorielles (tableau 14). Bien que seul un pourcentage insignifiant (17%) de ces pays n'aient pas eu recours à d'autres mécanismes comme les médias, les séminaires, les ateliers et les réunions pour diffuser l'information sur les questions de population et de développement, la non-participation d'un nombre important de parlements des Etats membres, qui comprennent en principe des décideurs et des membres des professions libérales ainsi que le grand public (26%); des jeunes et des groupes de femmes, des institutions religieuses (20%); des ONG (16%); des décideurs et des responsables gouvernementaux, des prestataires de services (10%) est un fait grave.

115. Outre la diffusion, plus du quart (28%) des Etats membres n'ont pas encore élaboré de stratégie nationale d'IEC/activités de sensibilisation en matière de population visant à réduire la pauvreté et environ le cinquième n'ont pas encore élaboré une telle stratégie pour le secteur population et développement (tableau 15). Bien entendu, les pourcentages correspondants sont beaucoup plus bas dans les cas d'autres secteurs comme la préservation de l'environnement (22%); l'égalité et l'équité entre les sexes (15%); la santé en matière de reproduction (8%); et la

planification familiale (7%). Toutefois, le message et ses implications sont clairs du point de vue des incidences sur l'exécution d'activités liées à la population et au développement dans ces pays.

116. Même dans les secteurs où n'existent pas de stratégie d'IEC/activités de sensibilisation, environ la moitié des Etats membres (46%) n'associent pas les organisations privés à leurs activités; environ le tiers (30%) n'impliquent pas le grand public; et environ le cinquième (16%) des décideurs et des institutions gouvernementales (dans le cas du ministère de la culture) ne participent pas à leur élaboration (tableau 16). Pire encore, il n'existe pas de mécanisme de coordination de ces programmes IEC/activités de sensibilisation (tableau 17) en matière de population telles que la formation (36%); l'élaboration des messages et des documents (31%); la diffusion des messages; (28%) la recherche et l'évaluation (32%); et l'échange d'information (34%).



### **TROISIEME PARTIE**

## **RECOMMANDATIONS DE LA TROISIEME REUNION DU COMITE DE SUIVI POUR LES ACTIONS A ENTREPRENDRE SUR LES QUESTIONS DE POPULATION ET DE DEVELOPPEMENT EN AFRIQUE DURANT LE 21ème SIECLE**

La troisième réunion du Comité de suivi de la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD, tenue à Addis-Abeba, Ethiopie du 23 au 25 septembre 1998 et à laquelle ont participé 22 Etats membres ainsi que des représentants d'institutions et d'organismes des Nations Unies, des ONG et d'autres membres de la communauté internationale, a adopté les recommandations suivantes qui ont pour objet d'assurer une mise en oeuvre plus poussée de la DND et du PA-CIPD.

## **SANTE ET DROITS EN MATIERE DE REPRODUCTION**

**Le PA-CIPD vise à faire en sorte que les recommandations portant sur la santé et les droits en matière de reproduction soient considérées comme s'inscrivant dans l'objectif plus large, qui est la nécessité de fournir des services de santé de base et satisfaire les besoins de toute la population sur le plan du développement socio-économique global. A cet égard, le PA-CIPD appelle tous les Etats Membres de l'ONU à assurer un accès universel à une gamme complète de services <sup>35</sup> de grande qualité concernant les droits en matière de reproduction, par le biais de leur système <sup>36</sup> de soins de santé primaires au plus tard en l'an 2015. Dans le PA-CIPD, les droits en matière de reproduction (DR) n'existent que si l'on reconnaît le droit de tous les couples et individus à décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et de la naissance de leurs enfants, d'accéder à l'information sur les moyens de réaliser cet objectif et de bénéficier de services de grande qualité en matière de sexualité et de DR. Cela inclut leur droit de prendre des décisions en matière de reproduction sans aucune discrimination, sans être forcés et sans violence.**

1. Une action de sensibilisation plus vigoureuse des gouvernements et du secteur privé doit être menée dans le but de mobiliser davantage de ressources en faveur de la

---

<sup>35</sup> Les DR supposent que les personnes ont une vie sexuelle satisfaisante et sans risque et peuvent se reproduire et ont la liberté de décider si, quand elles veulent le faire (par. 7.2 et 7.3 du PA-CIPD). Pour avoir ce droit, elles doivent avoir les connaissances, les services spécialisés, les fournitures requises et les ressources financières ainsi que la faculté d'en faire usage. Des services de SM globaux englobent l'information et les services de PF, les soins médicaux pré-et post natus, la prévention et la gestion des complications causées par un avortement risqué, notamment des services pour un avortement sans risque, là où ils sont licites, le traitement des infections voies génitales et des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, des efforts énergiques pour décourager les pratiques néfastes et d'autres affections du système reproductif, y compris les cancers, la prévention et le traitement de l'infécondité, et l'information et des services - conseils sur une sexualité humaine, la procréation responsable et les DR.

<sup>36</sup> Les SSP désignent les types de soins assurés au premier point de contact avec le système de soins de santé; l'objectif est de fournir des services de santé de base accessibles à tout le monde. Avant les SSP portaient surtout sur les maladies, maintenant ils sont axés sur l'individu dans un contexte social culturel s'intéressant autant au contexte qu'à l'individu.

santé en matière de reproduction. Le recouvrement des coûts pourrait être une solution partielle et il a été noté que la majorité de la population dans la plupart des pays avait un pouvoir d'achat limité, il a également été estimé que le paiement de redevances ne devrait pas empêcher la population pauvre de bénéficier des services.

2. Tous les moyens possibles d'élargir l'accès aux services de SP, devraient être utilisés. Selon la situation du pays, cela pourrait consister à déployer des unités de services mobiles, à recourir à des agents communautaires et à construire de nouveaux centres de santé, là où c'est possible, en particulier dans les régions qui ne sont pas bien desservies. Les installations actuelles devraient être améliorées.

3. Afin d'intégrer tous les éléments de la santé en matière de reproduction dans le système de soins de santé primaires, les pays devraient adopter une approche graduelle. C'est-à-dire commencer avec les éléments qui répondent le mieux à leurs priorités nationales en matière de santé, tels que la prévention de l'infection à VIH/SIDA.

4. Il est important de fournir, par l'intermédiaire du secteur privé, des services de qualité dans le domaine de la santé en matière de reproduction. Ce serait un moyen d'alléger le fardeau que les patients représentent pour le secteur public.

5. Les parlementaires, les groupes de femmes, d'autres associations professionnelles et les ONG devraient faire une large publicité aux droits en matière de reproduction et les promouvoir.

6. Il conviendrait, pour l'intégration des services de SP, d'établir des priorités entre la prévention de l'infection à VIH et des services connexes tels que le traitement des MST. Cependant, c'est à chaque pays de décider comment répartir les maigres ressources financières/humaines entre des volets de la SP tels que la prévention de l'infection à VIH, le traitement des MST, la PF, les interventions pour une maternité sans risque, etc.

7. La priorité devrait être accordée aux programmes s'adressant aux enfants et aux adolescents ainsi qu'à l'information et aux services qui leur permettent de se protéger de l'infection.. L'accent devrait être mis sur les approches à utiliser pour toucher les jeunes dans les écoles et en dehors de l'école.

8. Les donateurs ne devraient pas se contenter seulement de financer la prévention de l'infection à VIH mais devraient continuer à investir dans la recherche de soins et de traitement efficaces.

9. Il faudrait fournir des services-conseils pour permettre d'avoir un avortement dans des conditions de sécurité, là où il est autorisé et de bénéficier d'un traitement en cas de complications.

## FAMILLE, JEUNESSE ET ADOLESCENTS

La DND demande aux Etats membres de la CEA de tenir dûment compte des droits et des responsabilités de tous les membres de la famille et de prendre les mesures qui s'imposent pour protéger la famille des situations de détresse et de la désintégration conformément à ses exigences de bien-être et de santé en tenant compte des stratégies de survie conçues par les familles elles-mêmes, de donner aussi aux couples et aux individus les moyens de décider de la taille de leur famille; d'intégrer les questions intéressant la famille dans tous les plans, politiques et programmes de développement et d'encourager la réalisation d'études analytiques sur les processus démographiques dans le cadre du cycle de la famille de façon à mieux cerner les facteurs déterminants des petites familles.

Le PA-CIPD traite des rôles, des droits, de la composition et de la structure de la famille (chapitre V). C'est pourquoi, les objectifs du PA-CIPD consistent à mettre au point des politiques et des lois qui apportent un meilleur appui à la famille, contribuent à sa stabilité et tiennent compte de son caractère polymorphe, en particulier du nombre croissant des familles monoparentales; à prendre des mesures de sécurité sociale qui s'attaquent aux facteurs sociaux, culturels et économiques responsables du fait qu'il en coûte sans cesse d'élever des enfants; et à promouvoir l'égalité des possibilités offertes à tous les membres de la famille, notamment les droits des femmes et des enfants.

En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, la DND et le PA-CIPD ont appelé l'attention sur les besoins particuliers des enfants, des adolescents et des jeunes, notamment en matière sociale, familial et communautaire et d'accès à l'éducation, aux services de santé et d'orientation ainsi qu'à des soins de haute qualité en matière de reproduction et de sexualité. C'est pourquoi, ils demandent aux Etats de promulguer et de faire faire respecter strictement des lois interdisant l'exploitation économique, les sévices mentaux et physiques ou l'abandon des enfants, de créer un environnement socio-économique favorable à l'élimination de tous les mariages d'enfants. En ce qui concerne les grossesses non désirées, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions et les MST, ils exhortent les Etats membres à veiller à ce que les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin. Ils soulignent que ces services doivent protéger le droit des adolescents au respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité, celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses et les droits et devoirs des parents. En conséquence, la réunion a recommandé ce qui suit :

10. Intensifier l'application des programmes de recherches socio-culturelles menant à la formulation de politiques appropriées et à l'élaboration d'interventions efficaces et ciblées;



11. Créer des bases de données permettant de classer les différents besoins des enfants, des jeunes et des adolescents et de concevoir les recherches appropriées afin de combler les lacunes ;
12. Elargir les recherches afin de déterminer les besoins des parents, les sources d'information des jeunes et les valeurs culturelles positives ;
13. Les parents, ceux qui exécutent les programmes, les enseignants et les jeunes devraient être ciblés dans les programmes de formation portant sur les questions des disparités entre les sexes de façon à assurer une réelle égalité et l'équité entre les hommes et les femmes ;
14. Les messages d'IEC devraient être formulés dans le cadre des questions de santé et de développement compte tenu des valeurs socio-culturelles positives ;
15. Les programmes d'IEC de sensibilisation devraient être liés à des systèmes de prestation de services accessibles et répondant aux besoins des adolescents.
16. Concevoir et dispenser une formation sur les aptitudes à la communication entre les générations afin que les parents puissent aborder les besoins des adolescents ;
17. L'éducation sur le VIH/SID et l'éducation sur la fécondité et la planification familiale devraient être effectivement liées.
18. Intégrer la préparation à la vie d'adulte dans les programmes d'IEC afin d'induire un changement de comportement positif chez les jeunes ;
19. Les programmes de SP en faveur des adolescents devraient être liés aux programmes de génération de revenus et d'emplois ;
20. Créer dans les pays un organe/forum chargé des problèmes personnels des adolescents. En outre, il faudrait concevoir et appliquer sérieusement des programmes consacrés à la situation des adolescents après crise ;
21. Créer dans les pays des mécanismes garantissant l'application des diverses politiques ayant trait à l'adolescence ;
22. Promouvoir une stabilité familiale qui améliore l'existence et offre à tous les membres de la famille (enfants, personnes âgées et handicapés) des chances dans la vie ;
23. Aborder les problèmes des personnes âgées, s'agissant de pauvreté, et voir comment ces personnes sont affectées par le VIH/SIDA lorsqu'elles assument le rôle des membres de la famille décédés ;
24. Mesurer l'impact de l'instabilité politique sur la famille, c'est-à-dire la situation des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur du pays.

25. Tous les centres de santé publics et privés devraient répondre aux besoins des adolescents et satisfaire mieux les besoins spéciaux de ce groupe d'âge dans le domaine de la SP.

26. Encourager activement la participation des jeunes à l'élaboration, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des programmes afin d'assurer l'épanouissement des adolescents.

### **EGALITE ENTRE LES SEXES, PROMOTION DES FEMMES ET PARTICIPATION DES HOMMES**

**Aux termes du PA-CIPD, le renforcement des moyens d'action et de l'autonomie des femmes et l'amélioration des conditions sur les plans politique, social, économique et sanitaire constituent en soi une fin de la plus haute importance et sont en outre une condition du développement durable. Il a invité les gouvernements des Etats membres à entreprendre des actions visant à responsabiliser les femmes et à éliminer les inégalités entre les hommes et les femmes. En conséquence, la réunion a recommandé ce qui suit :**

27. Les pays qui n'ont pas encore procédé à la ratification et à la mise en oeuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes sont instamment priés de le faire; ceux qui l'ont ratifiée devraient prendre des mesures pour sa mise en oeuvre effective.

28. Promouvoir et renforcer le rôle de la famille par la promotion de nouvelles valeurs en faveur des femmes;

29. Faire effectuer des études sur la situation actuelle de la famille dans la société africaine en prenant en compte les diverses transformations qu'elle subit en vue d'assurer la stabilité familiale et mettre en oeuvre des stratégies de mieux-être ;

30. Mener davantage d'études sur les questions liées à la promotion de la femme telle que l'image que les médias et les programmes scolaires véhiculent de celle-ci; la violence dans les ménages; la discrimination à l'égard des filles dans le domaine de l'éducation; les barrières socio-culturelles à l'emploi des femmes;

31. Mettre en place des mécanismes et des programmes pour promouvoir les pratiques socio-culturelles positives et éliminer les pratiques négatives et néfastes ;

32. Dans la mise en oeuvre des programmes de promotion de la femme, les pays doivent accorder la priorité aux femmes vivant en milieu rural ;

33. Les pays devraient s'assurer que les programmes scolaires et instruments didactiques respectent les différences entre les sexes ;

34. Les pays devraient constamment échanger des données d'expérience sur tous les aspects relatifs à la promotion de la femme ;

35. Les pays doivent oeuvrer à élever le niveau d'instruction des femmes et des hommes dans le but de réduire les disparités entre les sexes.

### **LE ROLE DES ONG ET DU SECTEUR PRIVE DANS LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME D'ACTION**

**Le PA-CIPD demande aux gouvernements et aux pays donateurs de veiller à ce que les organisations non gouvernementales et leurs réseaux puissent demeurer autonomes et renforcer leur capacité par un dialogue et des consultations suivies, ainsi que par des activités adéquates de formation et de vulgarisation. La troisième réunion du Comité de suivi a également noté le rôle accru et important joué par la société civile et le secteur privé. En conséquence, la réunion a recommandé ce qui suit :**

36. Il est nécessaire d'établir un dialogue national sur le rôle des ONG et sur l'obligation qu'elles ont de tenir compte des priorités, politiques et sensibilités nationales.

37. Les cadres juridique, fiscal et réglementaire qui fondent l'exécution des programmes par les ONG, doivent être clarifiés par le biais d'un dialogue ouvert et approfondi.

38. Il est nécessaire de mettre au point des mécanismes de coordination qui soient acceptables à la fois pour les gouvernements et les ONG.

39. Il faudrait que les gouvernements et les ONG tirent parti de leur complémentarité potentielle en ce qui concerne la mobilisation des ressources aux plans interne et international.

40. Il est nécessaire de parvenir à un accord entre les parties quant au rôle que pourrait jouer le secteur privé dans le renforcement des politiques et des programmes de population.

41. Pour encourager les entreprises privées et les prestataires de services en place à participer à la mise en oeuvre des politiques et programmes de population, il est essentiel d'établir des cadres juridique, financier et réglementaire favorables.

42. Le fait d'attirer l'attention sur des exemples de participation du secteur privé aux programmes en matière de population indiquerait les possibilités qui s'offrent dans nombre de pays au secteur privé pour compléter l'action de l'Etat.

43. Il faudrait que le secteur privé, la société civile et le gouvernement collaborent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de nouvelles approches pour la mobilisation des ressources en faveur des programmes de population, notamment pour l'ensemble des activités relatives à la santé en matière de reproduction.

44. Il faudrait que la transparence s'applique non seulement aux finances mais également aux programmes. La transparence devrait être perçue comme une affaire de coût-efficacité ;
45. Il faudrait permettre aux communautés de participer au suivi des programmes des ONG afin de promouvoir la transparence et la responsabilité ;
46. Il faudrait, dans le renforcement des capacités nationales tenir compte des ONG et du secteur privé ;
47. Il faudrait tenir compte de la viabilité des programmes gérés par les ONG. C'est pourquoi il conviendra toujours de rechercher des homologues avant le commencement de ces programmes; notamment ceux exécutés par des ONG internationales ;
48. Il est nécessaire que les gouvernements et les principaux éléments de la société civile se consultent régulièrement et non seulement lors d'occasions exceptionnelles ;
49. Il faut que les gouvernements d'une part et les éléments de la société civile d'autre part échangent des informations et des points de vue sur les politiques et programmes de population;
50. Il faudrait encourager les contacts entre les gouvernements et les divers éléments de la société civile. Ces contacts devraient se tenir à différents niveaux du gouvernement, et impliquer différentes spécialités et prendre différentes formes ;
51. Il ne faudrait pas limiter la participation de la société civile aux questions de population à des discussions sur des principes généraux mais s'assurer qu'elle participe à l'examen des politiques et programmes de population ;

#### **POLITIQUE DE POPULATION ET STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT/MECANISMES INSTITUTIONNELS/ INSTITUTIONS SOUS-REGIONALES**

**Le PA-CIPD préconise l'élaboration de politiques en matière de population qui**

- i) assureront l'égalité et l'équité entre hommes et femmes et permettront à ces dernières de réaliser toutes leurs potentialités ;**
- ii) feront participer pleinement les femmes à la prise de décisions et assureront leur éducation;**
- iii) tiendront compte de la famille et la soutiendront;**
- iv) protégeront les groupes vulnérables de la population ; permettront un accès efficace à l'information et aux services sanitaires, en particulier pour les groupes marginalisés et vulnérables;**
- v) favoriseront une répartition géographique de la population plus équilibrée;**
- vi) développeront l'enseignement;**
- vii) renforceront la gestion des programmes et mobiliseront des ressources aux fins d'investissement dans les secteurs sociaux ;**
- et viii) intégreront les ONG, les organisations féminines et les collectivités locales dans le processus de prise de décisions.**

Le PA-CIPD a : i) spécifiquement reconnu la nécessité de disposer de données démographiques, sociales et économiques pour déterminer les priorités, formuler des politiques et des programmes et évaluer leur impact ; ii) recommandé aux gouvernements de renforcer les capacités nationales pour réaliser des programmes durables et globaux afin de collecter, d'analyser, de diffuser et d'utiliser les données ventilées par sexe en matière de population et développement ; iii) exhorté les Etats membres à mettre en place ou renforcer des bases de données nationales afin de fournir des informations pouvant permettre d'évaluer les progrès enregistrés pour la réalisation des buts et objectifs des NPP ; iv) invité les gouvernements à mettre l'accent sur les causes et les conséquences de l'avortement provoqué, les liens entre le rôle et la condition de la femme et les processus démographiques et les interactions entre les problèmes de population, la pauvreté, les modèles de surconsommation et la dégradation de l'environnement et à renforcer la formation et la recherche sur les questions de population et de développement et assurer une large diffusion des résultats de la recherche ; v) demandé aux gouvernements d'élever le niveau de compétences et la responsabilité des directeurs et des autres personnes participant à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation des NPP ; et vi) invité la communauté internationale à aider les gouvernements à organiser le suivi au niveau national, y compris le renforcement des capacités pour la formulation des projets et la gestion des programmes et à renforcer les mécanismes de coordination et d'évaluation. En conséquence, la réunion a recommandé ce qui suit :

52. Les politiques adoptées devraient comporter des objectifs et des stratégies bien définies afin qu'on puisse les mettre en oeuvre effectivement.

53. L'approche intégrée en matière de population, d'environnement, d'agriculture, d'application technologique, etc... a été estimée essentielle pour la réalisation du développement durable.

54. L'engagement de tous les acteurs dans la société, l'amélioration du cadre juridique en matière de population et de développement, le renforcement des mécanismes institutionnels, la disponibilité des services sont tous des facteurs importants pour la bonne mise en oeuvre des programmes en matière de population et de développement.

55. La pleine participation de la population dans les communautés de base, du secteur des ONG et notamment des groupes de femmes à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en oeuvre du programme était nécessaire.

56. Dans les politiques en matière de population, suffisamment d'attention devrait être portée aux menaces démographiques nouvelles que sont l'infection à VIH/SIDA, les conséquences des guerres et des troubles civils, etc; les nouveaux systèmes de planification réformés devraient être pris en compte lors de l'intégration des facteurs démographiques dans les plans de développement ; l'accent devrait aussi être mis sur la mise en place de capacités à tous les niveaux et l'on devrait trouver les moyens de réduire l'ampleur du problème posé par le taux de renouvellement élevé

du personnel ; les données démographiques requises ainsi que d'autres indicateurs socio-économiques devraient être fournis systématiquement.

57. Pour une vision à long terme, les Etats membres sont priés d'entreprendre l'analyse et la recherche appropriées. Cette analyse doit servir à intégrer les variables de population et autres dans les stratégies globales. Il est aussi recommandé d'utiliser pleinement les compétences nationales et de recourir plus aux ressources nationales.

58. Les Etats membres devraient veiller à ce que les mécanismes de coordination soient dotés de l'autorité et des ressources requises pour s'acquitter efficacement de leurs mandats.

59. Les modalités de la coopération Sud-Sud devraient être encouragées dans le cadre d'un échange plus intense de l'information, des résultats de recherche et des programmes de formation entre les pays de la région. Les mécanismes institutionnels tels que les Partenaires dans les activités de population et de développement devraient bénéficier, à cet égard, de tout l'appui possible.

60. Les gouvernements devraient avoir des mécanismes pour la coordination du processus d'élaboration de la politique ainsi que pour la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des projets et programmes.

61. Les gouvernements devraient définir clairement le mandat et le mécanisme de coordination de chaque institution.

62. Des modalités appropriées pour le suivi et l'évaluation avant ou lors de la phase de conception des projets et programmes, devraient être établies.

63. Fournir des crédits budgétaires appropriés pour le suivi aux niveaux national et/ou régional.

64. Mettre en place un réseau de bases de données pour le suivi et l'évaluation périodiques des projets et programmes.

65. Les gouvernements devraient renforcer les capacités nationales pour la recherche, la collecte et l'analyse des données. A cet égard, tous les résultats des travaux de recherche devraient être publiés et diffusés.

66. Les gouvernements devraient utiliser au mieux les centres nationaux et régionaux de formation et de recherche.

67. Des méthodes efficaces d'enregistrement des faits d'état civil devraient être élaborées et les systèmes d'enregistrement harmonisés.

68. Les mécanismes institutionnels pour la mise en oeuvre, le suivi et la coordination des activités en matière de population et de développement devraient être placés au niveau le plus élevé possible de la hiérarchie gouvernementale afin qu'ils puissent s'acquitter efficacement de leur mandat.

69. Les institutions de formation régionales devraient : i) mettre continuellement à jour les programmes de formation afin d'y incorporer les préoccupations et besoins nouveaux des Etats membres ; ii) s'efforcer de renforcer leur collaboration avec les institutions nationales de formation pour assurer le transfert des compétences et des données d'expérience et iii) diversifier leurs sources de financement et commercialiser leurs produits en vue de leur durabilité.

70. Les Etats membres devraient définir les orientations en matière de formation aux niveaux national, sous-régional et régional. De plus les besoins de formation dans le domaine de la population devraient être évalués sur la base des impératifs de main-d'oeuvre prévus et à la lumière des priorités et de la situation particulière des pays concernés.

71. Le rôle des institutions sous-régionales et régionales de formation devrait être déterminé compte tenu de leurs avantages comparés et dans le but de réaliser la meilleure synergie possible entre ces institutions. Cela assurerait la collaboration et éviterait la concurrence. Une attention plus grande devrait être accordée à l'établissement d'un réseau global et intégré des centres régionaux de formation.

72. Afin d'assurer la durabilité des institutions sous-régionales et régionales, il est demandé aux Etats membres d'honorer régulièrement et continuellement leurs obligations financières.

## **CAMPAGNE DE SENSIBILISATION ET STRATEGIES D'IEC**

**Par définition, une campagne de sensibilisation vise à modifier le statut d'une politique, d'une stratégie ou d'un programme alors qu'une intervention d'IEC cherche à modifier la base des connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les comportements ou les normes qui caractérisent des individus<sup>37</sup> ou des groupes d'individus. Le PA-CIPD stipule que la réalisation de ses buts et objectifs passe obligatoirement par une meilleure connaissance, une meilleure compréhension et un meilleur engagement du public, aussi l'un des objectifs prioritaires est-il de renforcer cette connaissance, cette compréhension et cet engagement. En effet, le Programme d'action i) souligne qu'au niveau**

---

<sup>37</sup> La sensibilisation suppose que l'on mène des recherches afin de clarifier des questions et des orientations stratégiques; que l'on donne à toutes les parties concernées l'information et la formation appropriées et en quantité suffisante; et que l'on mobilise les partenaires qui s'intéressent à la question faisant l'objet de la campagne de sensibilisation; que l'on dialogue et négocie avec les individus et les organisations qui ont d'autres points de vue et positions; et que l'on collabore avec des groupes ayant la même sensibilité ailleurs, afin de tirer parti de leurs expériences. Les interventions d'IEC visent à modifier les connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les comportements ou les normes qui caractérisent des individus ou des groupes d'individus. Voir les leçons tirées par le FNUAP/EATAA, 1993-1996, février 1997.

**national, le pouvoir législatif peut jouer un grand rôle notamment en promulguant les lois qui favorisent la mise en oeuvre des programmes nationaux de population, en allouant les ressources financières nécessaires, en assurant la transparence des dépenses et en sensibilisant davantage le public aux questions de population; ii) note qu'encourager la participation active des représentants élus du peuple, en particulier des parlementaires, et des groupes et individus concernés, constitue un objectif majeur; et iii) recommande la participation conjointe du gouvernement, des ONG, du secteur privé et de toute la communauté, non seulement à la diffusion de l'information mais également au développement des stratégies d'IEC et des campagnes de sensibilisation. En conséquence, le Comité a recommandé ce qui suit :**

73. Des partenariats très larges et une consultation préalable devraient être instaurés entre le Gouvernement et les ONG, entre ONG, entre donateurs et ONG et entre le Gouvernement et les donateurs.

74. Des ressources devraient être mobilisées auprès du secteur public, du secteur privé, de la société civile et des donateurs pour assurer la durabilité des programmes de sensibilisation et d'IEC.

75. Sur le plan conceptuel, les futures stratégies d'IEC/de sensibilisation devraient mettre l'accent sur le processus graduel logique suivant : évaluation des besoins grâce à une recherche organisée, conception, élaboration, y compris les essais préliminaires, élaboration de la stratégie de mise en oeuvre, mise en oeuvre du programme, évaluation, expansion et reproduction.

76. Un mécanisme d'évaluation pour mesurer les résultats et l'impact des méthodes d'IEC devrait être établi.

77. Des données qualitatives et quantitatives pour l'élaboration d'indicateurs pour les activités d'IEC et de sensibilisation devraient être recueillies, traitées et diffusées à temps.

78. Les organisations internationales devraient appuyer la mise en place de capacités pour l'évaluation des programmes et activités en matière de communication.

79. Le Gouvernement devrait veiller à ce que les activités de sensibilisation et d'IEC s'inscrivent dans le cadre défini dans le Programme d'action – pour aller au-delà de la santé en matière de reproduction et aborder d'autres questions relatives au développement et à l'environnement.

80. Un réseau de communicateurs en Afrique devrait être établi pour assurer un meilleur partage de l'information et des matériels d'appui.

81. Les institutions sous-régionales et régionales devraient incorporer la « sensibilisation » et la question de la disparité » dans leurs programmes de formation et de recherche.



82. Ceux qui s'occupent des programmes d'IEC/sensibilisation sont priés de s'assurer que la recherche appropriée est effectuée en vue de l'élaboration de messages d'IEC/de sensibilisation, avec la pleine participation des personnes intéressées et qu'une attention suffisante est portée aux sensibilités sur les plans social et culturel.

## ANNEXES

**Tableau 1: Mesures, stratégies récentes et législation relatives à la mise en oeuvre de la santé et des droits de reproduction dans les Etats membres**

Stratégies	% de pays qui mettent en oeuvre	Nombre total de réponses
PF	65.8	38
Mortalité maternelle	67.6	37
Mortalité infantile	63.9	36
Prévention et traitement approprié de stérilité/sous-fécondité	50.0	34
Rôle de l'homme en santé reproductive	55.3	38
Santé/reproduction personnes déplacées	29.4	34

**Source:** Question 127, Questionnaire

**Tableau 2: Pourcentage des Etats membres mettant en oeuvre quelques composantes SR dans leur système de soins de santé primaires**

Composantes SR	% de pays qui mettent en oeuvre	Nombre total de réponses
1. PF	100	39
2. Prévention MST/VIH/SIDA	100	40
3. Décourager mutilation sexuelle féminine	67.3	31
4. Information et service SR adolescents	97.5	40
5. Prévention stérilité et sous-fécondité	79.5	39
6. Prévention avortement et gestion de ses conséquences	97.2	36
7. Accouchement sans risque	100	38

**Source:** Question 123, Questionnaire

**Tableau 3 : Pourcentage des pays mettant en oeuvre des politiques, plans et législation affectant l'accès aux services de SR**

Politique, plan ou législation	% de pays qui mettent en oeuvre	Nombre total de réponses
1. Politique nationale pour fourniture de contraceptifs à un coût minimal ou gratuitement		
(a) A un coût t minimal	92.9	28
(b) Gratuitement	90.3	31
2. Politiques, programmes ou législation favorables à la SR des adolescents	78.9	38
3. Législation ou politique qui interdit fourniture de services de PF aux :		
(a) personnes non mariées	0.0	39
(b) Personnes d'un certain age	13.9	36
4. Législation ou politique qui interdit avortement	87.5	40
5. Plan stratégique pour une maternité sans risque	90.0	40
6. Plan ou politique nationale en matière d'allaitement	92.5	40
7. Plan statégique national pour contrôler les MST y compris VIH/SIDA	100	39

**Source:** Question 126, Questionnaire

**Tableau 4 : Pourcentage des pays mettant en oeuvre des politiques, plans et programmes pour protéger les droits en matière de reproduction**

Politique, Programme ou Législation	% de pays qui mettent en oeuvre	Nombre total de réponses
Mesures prises pour s'assurer que les hommes et les femmes sont informées de leurs droits en matière de reproduction et peuvent les exercer	79.5	39
Provision pour protéger les droits fondamentaux des personnes infectées par VIH en matière de :		
(a) Emploi	38.7	39
(b) Mariage	34.4	32
(c) Voyage	34.4	32
Législation qui fixe un âge minimum pour le mariage	84.6	39
Mesures politiques pour éliminer:		
a) Mutilation génitale féminine	50.0	28
b) sélection prénatale selon le sexe	6.1	33

**Source:** Question 126, Questionnaire

**Tableau 5: Répartition des pays appliquant des politiques, mesures et programmes relatifs à la mise en oeuvre de programmes ayant trait au genre**

<b>Politiques, Mesures et Programmes</b>	<b>% de pays ayant mené des actions ou pris des mesures</b>	<b>Nombre total de réponses</b>
1. Arrangements institutionnels pour la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD	89.7	39
2. Ratification et mise en oeuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes :		
a) Ratifiée	89.7	39
b) Mise en oeuvre	79.4	34
3. Actions prises pour la pleine participation des femmes à la force de travail	94.9	39
4. Actions prises pour promouvoir la participation des femmes à la prise de décisions	91.7	36
5. Actions prises pour faire profiter les femmes productrices de services techniques	87.2	39
6. Actions prises pour améliorer la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données selon le sexe dans l'éducation et la santé	97.3	37
7. Actions prises pour offrir des chances égales et une protection légale aux filles	84.2	38
8. Stratégies ou mesures adoptées pour augmenter l'âge au mariage	48.7	39
9. Actions prises pour centrer les efforts de recherche sur la division du travail, l'accès au revenu, le contrôle dans le ménage et les facteurs socio-culturels qui affectent l'égalité entre les sexes	71.1	38
10. Actions prises pour rassembler des informations sur les connaissances qu'ont les femmes des pratiques et techniques traditionnelles	61.8	34
11. Stratégies adoptées (notamment changement de législation) pour promouvoir la femme	86.5	39

**Source:** Questions 111 et 122, Questionnaire

**Tableau 6 : Implication des ONG dans la mise en oeuvre de programmes de PF, Etats membres de la CEA**

Participation dans la prise de décision en matière de:	% de pays ayant déclaré la participation des ONG	Nombre total de réponses
Recherche en PF		
a) Groupements de femmes dans le pays	64.7	34
b) Groupements de jeunes	53.1	32
c) Groupements/leaders religieux	54.8	31
d) Syndicats	20.7	29
e) Coopératives	22.2	27
Conception de programmes de PF		
a) Groupementss de femmes dans le pays	75.0	32
b) Groupements de jeunes	64.7	34
c) Groupements/leaders religieux	64.5	31
d) Syndicats	34.5	29
e) Coopératives	32.1	28
Mise en oeuvre de programmes de PF		
a) Groupements de femmes dans le pays	81.1	37
b) Groupements de jeunes	78.9	38
c) Groupements/leaders religieux	68.6	35
d) Syndicats	36.7	30
e) Coopératives	40.6	32
Suivi de programmes de PF		
a) Groupements de femmes dans le pays	75.7	37
b) Groupements de jeunes	70.3	37
c) Groupements/leaders religieux	60.0	35
d) Syndicats	30.0	30
e) Coopératives	34.5	29
Evaluation de programmes de PF		
a) Groupements de femmes dans le pays	69.4	36
b) Groupements de jeunes	58.3	36
c) Groupements/leaders religieux	54.5	33
d) Syndicats	24.1	29
e) Coopératives	21.4	28

**Source:** Voir Question 130, Questionnaire

**Tableau 7 : Implication des ONG dans la mise en oeuvre de programmes de santé reproductive, Etats membres de la CEA**

Participation dans la prise de décision en matière de :	% de pays ayant déclaré participation des ONG	Nombre total de réponses
<b>Recherche en SR</b>		
a) Groupements de femmes dans le pays	58.1	31
b) Groupements de jeunes	52.9	34
c) Groupements/leaders religieux	56.3	32
d) Syndicats	17.2	29
e) Coopératives	8.7	23
<b>Conception de programmes de SR</b>		
a) Groupements de femmes dans le pays	75.8	33
b) Groupements de jeunes	65.7	35
c) Groupements/leaders religieux	68.8	32
d) Syndicats	27.6	29
e) Coopératives	20.8	24
<b>Mise en oeuvre de programmes de SR</b>		
a) Groupements de femmes dans le pays	86.1	36
b) Groupements de jeunes	81.1	37
c) Groupements/leaders religieux	76.5	34
d) Syndicats	35.7	28
e) Coopératives	28.0	25
<b>Suivi de programmes de SR</b>		
a) Groupements de femmes dans le pays	66.7	33
b) Groupements de jeunes	55.9	34
c) Groupements/leaders religieux	61.3	31
d) Syndicats	25.0	28
e) Coopératives	16.7	24
<b>Evaluation de programmes de SR</b>		
a) Groupements de femmes dans le pays	60.0	34
b) Groupements de jeunes	57.6	33
c) Groupements/leaders religieux	63.3	30
d) Syndicats	21.4	28
e) Coopératives	17.4	23

**Source :** Voir Questions 130 et 131, Questionnaire

**Tableau 8 : Implication des ONG dans la mise en oeuvre de programmes VIH/SIDA, Etats membres de la CEA**

Participation dans la prise de décision en matière de :	% de pays ayant déclaré participation des ONG	Nombre total de réponses
Recherche en VIH/SIDA		
a) Groupements de femmes dans le pays	55.6	36
b) Groupements de jeunes	54.1	37
c) Groupements/leaders religieux	50.0	34
d) Syndicats	32.1	28
e) Coopératives	21.4	28
Conception de programmes VIH/SIDA		
a) Groupementss de femmes dans le pays	80.0	35
b) Groupements de jeunes	80.6	36
c) Groupements/leaders religieux	73.5	34
d) Syndicats	44.4	27
e) Coopératives	39.3	28
Mise en oeuvre de programmes VIH/SIDA		
a) Groupements de femmes dans le pays	83.3	36
b) Groupements de jeunes	87.2	39
c) Groupements/leaders religieux	80.0	35
d) Syndicats	54.8	31
e) Coopératives	53.3	30
Suivi de programmes de VIH/SIDA		
a) Groupements de femmes dans le pays	75.0	36
b) Groupements de jeunes	68.4	38
c) Groupements/leaders religieux	65.7	35
d) Syndicats	37.9	29
e) Coopératives	35.7	28
Evaluation de programmes VIH/SIDA		
a) Groupements de femmes dans le pays	74.3	35
b) Groupements de jeunes	64.9	37
c) Groupements/leaders religieux	66.7	33
d) Syndicats	35.7	28
e) Coopératives	34.6	26

**Source :** Voir Questions 132 et 133, Questionnaire



**Tableau 9: Contraintes dues à des capacités techniques et institutionnelles inadéquates pour la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD**

Contraintes	% de pays ayant déclaré le facteur	Nombre total de réponses
Manque de compétences nationales pour établir les interrelations population/développement dans le pays	50.0	40
Manque de stratégies claires pour mettre en oeuvre les politiques et programmes de population	56.4	39
Manque de capacités pour promouvoir et mettre en oeuvre les politiques et programmes de population	38.5	39
Faible priorité accordée aux activités IEC en matière de population	61.5	39
Intégration inadéquate des variables de population dans la planification du développement	76.9	39
Instabilité politique et forte mobilité professionnelle entravant la politique de développement	57.9	38

**Source:** voir Question 52, Questionnaire

**Tableau 10: Contraintes dues à la coordination inadéquate des activités de mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD**

Facteur de coordination inadéquate	% de pays qui ont indiqué le facteur	Nombre total de réponses
Absence de coopération entre les ministères concernés	56.4	39
Faible implication des femmes dans la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes	56.4	39
Faible engagement des ONG dans la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes	68.4	38
Coopération inadéquate entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales	63.2	38
Coopération inadéquate avec les organisations internationales	55.6	36
Mauvaise coordination des activités avec les partenaires étrangers	69.4	36

**Source:** Voir Question 153, Questionnaire

**Tableau 11: Dépenses publiques pour les activités en matière de population depuis 1994, Etats membres de la CEA**

Activités en matière de population et de développement	Pourcentage de pays qui ont indiqué que les dépenses publiques ont:					
	Été maintenues		Augmenté		Diminué	
	%	N	%	N	%	N
Services SR et PF	14.7	34	76.5	34	8.8	34
Besoins des adolescents en SR	25.0	28	64.3	28	10.7	28
Soins de santé primaires	14.7	34	76.5	34	8.8	34
MST/VIH/SIDA	12.9	31	77.4	31	9.7	31
Scolarisation féminine	13.3	30	76.7	30	10.0	30

**Source:** Voir Question 149, Questionnaire. NB : N = non connu

**Tableau 12: Contraintes économiques dans la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD**

Facteur économique	Pays qui ont mentionné le facteur	
	Pourcentage	Nombre total de réponses
Persistance de la crise socio-économique	76.3	38
Mise en oeuvre des programmes d'ajustement structurel	77.8	36
Abandon de la planification à moyen et à long terme	51.4	37

**Source:** Voir Question 151, Questionnaire

**Tableau 13 : Contraintes financières dans la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD**

Facteur financier	Pays qui ont mentionné le facteur	
	Pourcentage	Nombre total de réponses
Difficulté à mobiliser des ressources internes pour les programmes de population	80.5	41
Ressources financières externes insuffisantes	55.0	40
Financement inadéquat des activités en matière de population	55.0	40
Pas de ligne budgétaire prévue dans le budget national pour les activités en matière de population	38.9	36

**Source:** Voir Question 154, Questionnaire

**Tableau 14 : Stratégies IEC/Plaidoyer pour diffuser l'information sur les questions de population et développement**

Stratégie de diffusion information/Personnes à qui l'information est destinée	% pays qui ont adopté stratégie	Nombre total de réponses
Diffusion par (journaux, radio, télévision)	82.5	40
Présentation formelle au Parlement	61.5	39
Séminaires, ateliers et réunions	92.1	38
Diffusion d'informations à:		
a) Décideurs et officiels gouvernementaux	89.7	39
b) Public en général	75.7	37
c) Fournisseurs de services	89.7	39
d) ONG	84.2	38
e) Jeunes et groupes de femmes	79.5	39
f) Institutions religieuses	77.8	36

**Source:** Voir Question 138, Questionnaire

**Tableau 15 : Stratégies IEC/Plaidoyer dans les programmes sectoriels, Etats membres de la CEA**

Programme sectoriel	% de pays qui ont développé des stratégies d IEC dans le programme	Nombre total de réponses
1. Population et développement	80.5	41
2. Allégement de la pauvreté	71.8	39
3. Préservation de l'environnement	78.0	41
4. Participation populaire	71.1	38
5. Adolescents et jeunes	90.2	41
6. Promotion de la femme	87.8	41
7. Egalité et équité entre les sexes	84.6	39
8. SR	92.3	39
9. PF	92.5	40

**Source:** Voir Question 139, Questionnaire

**Tableau 16 : Acteurs dans l'élaboration de stratégies de IEC/Plaidoyer**

Acteur	% de pays qui ont mentionné des acteurs	Nombre total de réponses
Institutions gouvernementales :		
a) Ministère de l'information et de la communication	91.9	37
b) Ministère de la culture	83.8	37
c) Ministère de l'éducation	94.9	39
d) Ministère de la santé	94.9	39
e) Ministère de la jeunesse	86.5	37
ONG :		
a) ONG en questions de développement	81.6	38
b) ONG traitant des femmes	92.3	39
c) ONG traitant des jeunes	92.1	38
Organisations privées	54.3	35
Public	70.6	34
Leaders d'opinion:		
a) Leaders religieux	84.2	38
b) Leaders politiques	78.4	37
c) Société civile	56.3	32

**Source:** Question 140, Questionnaire

**Tableau 17 : Fonctions de coordination de IEC/Plaidoyer, Etats membres de la CEA**

<b>Composante IEC/Plaidoyer</b>	<b>% de pays ayant des mécanismes de coordination des activités</b>	<b>Nombre total de réponses</b>
Développement de stratégies d'IEC	76.9	39
Développement de messages et matériels	69.2	39
Diffusion de messages	71.8	39
Recherche et évaluation	68.4	38
Formation	64.1	39
Echange d'informations	65.8	38

**Source:** Voir Question. 141, Questionnaire