



CEA/DDD/CM.CIPD@10/2/Rev.1

25 Juin 2004

FRANÇAIS

Original: ANGLAIS

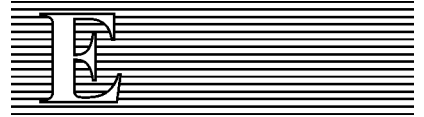
**Commission économique pour l'Afrique**

# **10<sup>ème</sup> anniversaire de la CIPD:** **Rapport régional de revue de l'Afrique**

Conférence ministérielle régionale de revue de la mise  
en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme  
d'action de la Conférence internationale sur la population  
et le développement -CIPD + 10

Dakar, Sénégal  
7-11 juin 2004

# **CIPD+10**



CEA/DDD/CM.CIPD+10/2/Rev.1

25 juin 2004  
FRANÇAIS

NATIONS UNIES  
CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Original: ANGLAIS

COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

Conférence ministérielle régionale d'examen de la mise  
en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme  
d'action de la Conférence internationale sur la population  
et le développement-CIPD+10

Dakar, Sénégal  
7-11 juin 2004

# **10ème ANNIVERSAIRE DE LA CIPD: RAPPORT RÉGIONAL DE REVUE DE L'AFRIQUE**

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES .....	v
REMERCIEMENTS .....	vii
SOMMAIRE .....	1
INTRODUCTION.....	13
1 POPULATION, PAUVRETÉ, ENVIRONNEMENT ET DÉVELOPPEMENT DURABLE .....	21
2 ÉGALITE, ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES ET AUTONOMISATION DES FEMMES .....	31
3 LA FAMILLE: SON RÔLE, SES DROITS, SA COMPOSITION ET SA STRUCTURE.....	41
4 LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS .....	47
5 DROITS ET SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION .....	55
6 LE VIH/sida.....	65
7 RÉPARTITION DE LA POPULATION, URBANISATION ET MIGRATION.....	73
8 SITUATIONS DE CRISE ET CONSÉQUENCES SUR LA POPULATION .....	79
9 MOBILISATION DES RESSOURCES POUR LA MISE EN OEUVRE DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES DE POPULATION.....	85
RÉFÉRENCES.....	91
ANNEXE I: TABLEAUX STATISTIQUES.....	95
ANNEXE II: ACTIONS CLEFS DE LA CIPD+5 .....	117

# LISTE DES ACRONYMES

APD	Aide publique au développement
ARH	Santé des adolescents reproductive
ARV	Antirétroviral
ASRH	Santé des adolescents en matière de la sexualité et de la reproduction
ASS	Afrique subsaharienne
BAfD	Banque africaine de développement
BCC	Communication pour le changement de comportement
CAP3	Troisième Conférence africaine sur la population
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEMAC	Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
CER	Communautés économiques régionales
CHGA	Commission sur le VIH/sida et la gouvernance en Afrique
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CMAE	Conférence ministérielle africaine sur l'environnement
CNP	Commission nationale sur la population
COMESA	Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe
DDN	Déclaration de Dakar-Ngor
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EAC	Communauté de l'Afrique de l'Est
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GBV	Violence dirigée contre les femmes
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IEC	Information, Éducation et Communication
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement
IST	Infections sexuellement transmissibles
MCH	Santé maternelle et infantile
MGF	Mutilation génitale féminine
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
NIDI	Institut démographique interdisciplinaire des Pays-Bas
ODM	Objectifs du Millénaire pour le développement
OIG	Organisations intergouvernementales
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisations de la société civile
OUA	Organisation de l'unité africaine
OVC	Orphelins et enfants vulnérables
PA-CIPD	Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement
PAK	Programme d'action du Kilimandjaro
PAM	Programme alimentaire mondial
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur
PEDA	Population, environnement, développement et agriculture (modèle PEDA)
PF	Planification familiale
PHC	Soins de santé primaires
PIB	Produit intérieur brut
PLWHA	Personnes vivant avec le sida
PND	Plan national de développement
PNP	Programme national en matière de population
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPTE	Pays pauvres très endettés
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RH	Santé reproductive
RIACSO	Bureau d'appui régional pour la coordination interinstitutions
RR	Droits en matière de reproductions
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquis
SMDS	Sommet mondial pour le développement social
SRH	Santé en matière de sexualité et de reproduction
STP	Sao Tomé-et-Principe
SWAPS	Approches à l'échelle du secteur
TME	Transmission mère-enfant
TTA	Triple thérapie antirétrovirale
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNGASS	Session de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VCT	Service de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique
VIH	VirUs de l'immunodéficience humaine

# REMERCIEMENTS

Le présent rapport est un examen à mi-parcours du Programme d'action adopté à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en septembre 1994. Le siège du FNUAP (New York) et ses équipes d'appui aux pays (Addis-Abeba, Dakar et Harare) ainsi que l'Union africaine ont considérablement contribué à sa préparation.

Les équipes d'appui ont plus particulièrement contribué à améliorer la première ébauche du rapport préparée par la CEA. Outre l'assistance technique, le FNUAP a également aidé la CEA en apportant toutes les ressources financières requises pour la célébration du dixième l'anniversaire du processus de la CIPD sur le continent africain.

La CEA tient à reconnaître les contributions du FNUAP, de ses équipes d'appui aux pays et de l'Union africaine, ainsi que des évaluateurs indépendants qui ont également contribué à l'élaboration du présent rapport et les remercie tous.

Josué Dioné  
Directeur, DDD  
CEA

# SOMMAIRE

La troisième Conférence africaine sur la population a adopté la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) à titre de contribution régionale de l'Afrique à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). A son tour, cette dernière a adopté un Programme d'Action de 20 ans pour la mise en oeuvre des recommandations de la CIPD. La DDN et le PA-CIPD sont les deux grands points de repère dans le domaine de la planification en matière de population et de développement. À la suite de l'adoption du Programme d'Action de la CIPD (PA-CIPD), un atelier régional conjoint CEA/OUA/BAfD a été organisé à l'intention des experts et des ONG (6-9 juin 1995) afin de définir pour les États membres de la CEA le cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD. Dans le rapport de la 9<sup>ème</sup> session de la Conférence de la CEA pour les planificateurs, les statisticiens, les démographes et les spécialistes de l'information (11-16 mars 1996) sur l'état d'avancement de ce processus de mise en œuvre, il était indiqué que les États membres de la CEA répondaient d'une manière explicite et délibérée aux dispositions spécifiques des deux cadres pour la population et le développement.

Au niveau mondial, dans le cadre d'une évaluation quinquennale de la mise en oeuvre du PA-CIPD par l'UNGASS (juillet 1999), un ensemble d'actions clefs visant à faire avancer le processus de mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD a été adopté. Dans le cadre de l'évaluation mondiale, la CEA a également effectué une évaluation quinquennale de la mesure dans laquelle ses États membres avaient utilisé les recommandations des deux cadres de développement dans l'élaboration de leurs programmes nationaux en matière de population et de développement. D'une part, l'évaluation de la CIPD+5 a permis de faire la preuve que le PA-CIPD restait pratique et réaliste. Elle a démontré que certains États membres de la CEA avaient accompli des progrès considérables dans des domaines tels que l'amélioration de l'accès aux services de santé en matière de reproduction, l'intégration de la planification familiale et de la maternité sans risques dans les systèmes de soins de santé primaires et l'élaboration de plans d'action nationaux en vue d'autonomiser les femmes. Elle a souligné l'importance et l'urgence de résoudre les problèmes émergents tels que le VIH/sida, ainsi que les besoins relatifs à la santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents. D'autre part, l'évaluation a fait ressortir des disparités persistantes, notamment les attitudes et les pratiques défavorables à l'élimination de la discrimination fondée sur le genre.

Pour ce qui est des domaines traités, l'évaluation de la CIPD+5 a révélé l'importance accrue accordée aux droits et à la santé en matière de reproduction au détriment des questions de santé et de développement des jeunes telles que l'éducation, l'emploi et la création de revenus, l'importance de réduire la mortalité infantile et maternelle, le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles et le traitement insuffisant de questions comme «la famille», «les réfugiés», «le rôle des personnes âgées dans la société», «l'instabilité politique et sociale», «l'interdépendance des rôles des ONG, du secteur privé et de la société civile» et les «stratégies d'IEC et de plaidoyer».

Afin de combler ces lacunes et de pouvoir tenir compte des nouveaux problèmes, la présente évaluation à mi-parcours des progrès réalisés par les États membres de la CEA dans la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD vise les 9 secteurs de la population, de la pauvreté, de l'environnement et du développement

durable, de l'égalité de genre et de la promotion des femmes, du rôle, des droits, de la composition et de la structure de la famille, des enfants et des jeunes, des droits et de la santé en matière de reproduction, du VIH/sida, de la répartition de la population, de l'urbanisation et de la migration, des situations de crise et leurs conséquences pour la population et de la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des politiques de population. Sur les 53 États membres de la CEA, 43 ont répondu à l'enquête de la CEA sur la CIPD+10 par rapport à 41 pour la CIPD+5.

Le présent rapport est structuré en deux parties: la première définit le contexte et la deuxième présente une synthèse statistique et qualitative des réponses des gouvernements des États membres de la CEA à tout un ensemble de questions traitées dans un questionnaire structuré et une évaluation narrative tirée de 20 rapports nationaux et de plusieurs autres documents pertinents, y compris le Rapport de l'enquête sur le terrain du FNUAP (2003). Pour chacun des 9 secteurs examinés dans la deuxième partie, les questions les plus pertinentes soulevées par le PA-CIPD sont mises en évidence avant d'évaluer les progrès réalisés par les États membres dans la mise en œuvre des recommandations.

## **Population, pauvreté et environnement**

L'évaluation indique qu'en raison notamment de l'accroissement de la population, la région de la CEA connaît encore des problèmes de développement socio-économique complexes et interdépendants. Les progrès réalisés par les États membres de la CEA dans chacun des 9 secteurs pour appliquer les recommandations du PA-CIPD dans le cadre des efforts actuels de lutte contre la pauvreté ainsi que des objectifs des autres programmes de développement importants (Ex: objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et NEPAD) sont présentés avant de formuler des recommandations sur la voie à suivre.

L'analyse des données provenant des diverses sources confirme l'évolution dans la formulation et la mise en œuvre des politiques en matière de population dans la région. Malgré certaines lacunes, les États membres de la CEA font des progrès considérables dans la mise en œuvre des actions proposées dans le PA-CIPD. Les questions de population sont mieux traitées dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, de la gestion de l'environnement et de la décentralisation du processus de planification. Alors que près de 25% des pays en développement ont pris des mesures pour intégrer les questions de population dans leurs plans de développement depuis la CIPD, 78% l'ont fait depuis la CIPD+5. La proportion correspondante pour la CIPD+10 est de 96%, ce qui représente une forte amélioration, en particulier pour l'Afrique subsaharienne où la proportion est de 71%.

Mais il est important de reconnaître la nécessité d'améliorer la qualité des données pour surveiller les progrès dans la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD et l'atteinte des objectifs des OMD et du NEPAD. Les principaux problèmes à cet égard concernent les difficultés d'adaptation des normes mondiales aux situations nationales et la mobilisation des ressources financières, mais les limitations techniques et institutionnelles, la mauvaise coordination entre les ministères, les ONG, la société civile, le secteur privé et les partenaires extérieurs et le manque de volonté politique en ce qui concerne l'utilisation des ressources humaines et des capacités institutionnelles sont également au nombre des défis à relever. Se pose en outre la question importante de savoir comment évaluer les progrès réalisés dans l'élaboration des



politiques en matière de population dans la région par rapport à la réduction de la pauvreté, le principal objectif du PA-CIPD, des OMD et du NEPAD. Pour atteindre les objectifs de la CIPD en matière de développement durable, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes, et d'autres qui dépassent le cadre de la présente étude. Ils devront notamment:

- Renforcer les bases de données nécessaires pour formuler, surveiller et évaluer les politiques, les stratégies et les programmes en matière de population et de développement;
- Accroître l'investissement dans les services du secteur social afin d'améliorer le capital humain;
- Accroître la productivité;
- Exercer une bonne gouvernance ministérielle et politique et accélérer le rythme du processus démocratique;
- Renforcer le commerce intra-africain et l'avantage concurrentiel de l'Afrique dans le contexte de la mondialisation;
- Faire en sorte que les taux de croissance démographique correspondent aux ressources disponibles afin de réduire la pression sur les budgets nationaux et la dégradation de l'environnement.

## **Égalité, équité entre les sexes et autonomisation des femmes**

Selon les résultats, les 43 États qui ont répondu ont pris des mesures visant à assurer l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, notamment la promotion de la participation entière et égale des femmes à l'économie, l'amélioration de la collecte, de la diffusion et de l'utilisation des données ventilées selon le genre dans tous les secteurs, l'égalité d'accès à tous les établissements d'enseignement, la protection de la petite fille contre les pratiques nocives, l'adaptation des services techniques et de vulgarisation aux productrices et la concentration de la recherche sur la division du travail et le contrôle des ressources dans les ménages. Les mesures visant à protéger les droits des petites filles et des femmes et à combattre la violence contre les femmes font partie des pratiques exemplaires identifiées pour ce secteur.

Cependant, il reste des difficultés, en particulier pour les efforts déployés pour changer les attitudes socioculturelles concernant les questions de genre, les inégalités face à l'éducation pour les femmes, le manque d'experts compétents dans l'analyse des questions de genre et de lignes directrices claires pour intégrer les questions de genre dans les politiques et les programmes de population, l'insuffisance et le manque de fiabilité des données chronologiques pour l'analyse des tendances, l'inefficacité des stratégies de plaidoyer pour la promotion des droits de la femme et le manque de personnel dans les services et ministères s'occupant des questions de la femme. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD en matière d'égalité, d'équité entre les sexes et d'autonomisation des femmes, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes et d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Assurer l'application efficace des politiques et des lois ainsi que le fonctionnement efficace des institutions déjà en place pour promouvoir l'égalité, l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes;
- Mener une recherche dynamique pour assurer un plaidoyer et IEC efficaces portant sur

- des questions de genre comme la division du travail et le contrôle des ressources dans les ménages;
- Investir dans la collecte de données ventilées selon le genre et réaliser des études systématiques sur lesquelles s'appuieront les programmes de communication pour le changement des comportements dans un contexte culturel donné;
  - Veiller à ce que les pays qui n'ont pas encore ratifié la Convention contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) le fassent rapidement et que ceux qui l'ont déjà ratifiée mettent en œuvre tous ses objectifs.

## **La famille: son rôle, ses droits, sa composition et sa structure**

La situation concernant le bien-être de la famille est en train de changer dans un nombre croissant de pays, en particulier à la suite de l'adoption de politiques, de mesures, de programmes et de mécanismes concernant la famille, les personnes âgées, les héritages et le partage du patrimoine.

Le cercle vicieux de la pauvreté et des niveaux élevés de fécondité qui y sont associés empêche la majorité des familles de la région à atteindre un niveau de vie acceptable. L'instabilité familiale, la violence et l'exploitation sexuelle ont suivi l'éclatement des réseaux de soutien traditionnels. L'important exode rural a réduit le soutien que les hommes et les femmes en bonne santé apportaient aux personnes âgées. La diminution des dépenses dans le secteur social, y compris le revenu des pensions, a freiné les efforts nécessaires pour répondre aux besoins de la famille dans des domaines comme la sécurité alimentaire, l'éducation et les services de santé en matière de reproduction. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD concernant le rôle, les droits, la composition et la structure de la famille, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes et d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Mettre en place des politiques qui offrent une protection sociale aux familles touchées par le VIH/sida;
- Veiller à ce que les cadres politiques, juridiques et institutionnels établis soient assortis de mécanismes de mise en œuvre, que des politiques et des programmes complets de sécurité et de bien-être social soient adoptés et que les effets du VIH/sida sur les familles soient évalués pour pouvoir créer les mécanismes d'interventions adaptés.

## **Les enfants et les adolescents**

Les données des diverses sources confirment que la plupart des États membres qui ont répondu ont adopté un ensemble de politiques, de stratégies et de mesures visant à répondre aux besoins des enfants et des adolescents. Au nombre des actions clefs figurent l'offre d'une égalité des chances en matière d'éducation pour les enfants et les adolescents, l'adoption de politiques pour la protection des enfants de la rue et des orphelins et la promulgation de lois contre l'exploitation des enfants.

La guerre et les troubles sociaux qui touchent une grande partie de l'Afrique, ainsi que la détérioration des

conditions de santé, d'éducation, d'emploi et des droits humains nuisent au bien-être des enfants et des adolescents et limitent les possibilités qui leurs sont offertes. La pauvreté a également une profonde influence sur la vulnérabilité des enfants et des jeunes face à la maladie, en limitant les progrès socioéconomiques et politiques et en aggravant les conditions de santé en matière de reproduction. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD concernant les enfants et les jeunes, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes et d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Collaborer avec les partenaires pour renforcer les services destinés aux jeunes et les initiatives communautaires en faveur des jeunes afin d'influencer leurs décisions concernant leur santé en matière de sexualité et de reproduction et les autres conditions socioéconomiques;
- Encourager les groupes de défense qui ciblent les enfants et les adolescents à exercer sans relâche des pressions auprès des dirigeants politiques, des chefs religieux, des décideurs, des parents et des tuteurs pour l'introduction et le renforcement de politiques positives dans le domaine de la santé en matière de reproduction des enfants et des adolescents.

## **Droits et santé en matière de reproduction**

Depuis la CIPD, les États membres de la CEA ont adopté des politiques et des programmes et promulgué des lois favorables à la santé en matière de reproduction. Ils ont mis en place des centres de conseil en planification familiale et en santé en matière de reproduction qui offrent également des services aux jeunes. Certains États membres ont modifié leur Code pénal et aboli la loi française de 1920 sur l'avortement. Ils ont amélioré l'accessibilité aux services de santé ainsi que l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires grâce à l'IEC, l'amélioration des services de référence, la fourniture de soins obstétriques d'urgence, la formation du personnel de santé de catégorie inférieure dans les soins de santé d'urgence, la construction de nouvelles infrastructures sanitaires dans les régions éloignées et l'élaboration de stratégies concernant la maternité sans risques. Les campagnes nationales de vaccination se poursuivent et l'alimentation au sein maternel est encouragée. Des projets de santé en matière de reproduction des adolescents ont été lancés pour que les jeunes reçoivent des conseils de leurs pairs et bénéficient de l'IEC, parallèlement à la création de centres récréatifs ciblant les adolescents ayant abandonné l'école. Des ONG féminines professionnelles ont également créé des centres de gestion de crise et des cliniques juridiques pour donner des conseils et mener des recherches afin de résoudre les problèmes relatifs à la violence contre les femmes, et des mesures ont été prises pour promouvoir le rôle des hommes dans les services de santé en matière de sexualité et de reproduction.

Néanmoins, de nombreux défis persistent concernant l'insuffisance des ressources financières et humaines, la pandémie du VIH/sida, la difficulté à résoudre certains problèmes culturellement sensibles et l'insuffisance des soins obstétriques d'urgence. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD relatifs à la santé et aux droits en matière de reproduction, les États membres de la CEA devront se pencher sur les contraintes suivantes ainsi que sur d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Poursuivre les efforts pour que la santé des femmes et des enfants reste au cœur de tous les plans de développement aux niveaux national, provincial, des districts et des communautés;

- Veiller à ce que toutes les infrastructures de soins de santé primaires soient entièrement équipées et dotées d'un personnel qualifié et puissent assurer des services de santé en matière de reproduction intégrés de qualité, y compris les soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale, les services de dépistage, de conseils et de traitement des IST/VIH/sida, ainsi que des informations et des services de santé en matière de reproduction pour les adolescents;
- Promouvoir les droits des femmes et des adolescents en santé en matière de reproduction, plus spécialement le droit à une bonne information sur les méthodes de prévention des grossesses indésirées, des IST/VIH/sida et autres maladies infectieuses;
- Veiller à ce que les politiques, les plans stratégiques et tous les aspects de la programmation et de la mise en œuvre des services de santé en matière de sexualité et de reproduction respectent tous les droits humains, y compris le droit au développement, et que ces services répondent aux besoins de la santé durant le cycle de vie;
- Veiller à la promotion des réformes du secteur de la santé dans toute la région pour assurer la prestation de services de qualité adéquats;
- S'assurer que les organisations régionales et internationales collaborent avec le secteur privé pour promouvoir la santé des femmes et des enfants.

## VIH/sida

Les États membres ont adopté un ensemble de mesures et de stratégies pour lutter contre la pandémie. La surveillance du comportement complète de plus en plus la surveillance épidémiologique pour suivre la progression de l'épidémie et l'impact des interventions. Les différentes communautés prennent de plus en plus conscience du VIH/sida. Des efforts de prévention du VIH ont été déployés, notamment en faveur des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Des services de conseils et de dépistage volontaire sont élargis à toute la région, et plus spécialement en Afrique subsaharienne. Les préservatifs sont disponibles presque partout et des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont fournis. Ces derniers services sont assurés dans des sites pilotes en milieu urbain. Des programmes de soins de santé communautaires et d'appui aux orphelins et aux enfants vulnérables sont mis en place, en particulier dans les sous-régions de l'Afrique australe et de l'Est. Les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida s'intensifient, notamment les services de soins de santé primaires à domicile assurés surtout par les ONG et les organisations religieuses. Les partenariats sont plus nombreux, les efforts de renforcement des capacités se sont accrus et la mobilisation des ressources dans la région et à l'extérieur s'est sensiblement renforcée.

Les principales contraintes ont trait notamment à l'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles, au manque de reconnaissance au niveau politique des effets du sida sur les secteurs et le développement, à l'érosion du personnel provoquée par le sida dans tous les secteurs à forte prévalence et à l'environnement économique et parfois politique difficile dans lequel vivent de nombreux pays. La stigmatisation et la discrimination restent généralisées et l'ouverture sur le sujet de l'épidémie reste timide, malgré quelques changements. La profonde inégalité entre les sexes constitue un des grands facteurs de la propagation de la maladie, tout comme les inégalités socioéconomiques, la forte mobilité, l'instabilité et les conflits. Le lien entre le VIH/sida et la pauvreté est complexe, mais la pauvreté généralisée et l'inégalité

économique contribuent directement et indirectement à la transmission du VIH et compromettent les soins et le soutien. Malgré une nouvelle volonté politique et l'inscription du sida au nombre des priorités des programmes de développement internationaux et nationaux, l'engagement reste insuffisant. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD en matière de VIH/sida, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes et d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Promouvoir des efforts stratégiques visant à réduire les facteurs de risque de la transmission de l'infection au VIH, tels que la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, l'instabilité et les conflits sociaux;
- Intégrer les interventions dans des cadres et des initiatives de développement plus larges, en s'appuyant sur les droits de l'homme, pour ce qui est de la prévention, des soins et du soutien des malades et de l'atténuation de l'impact;
- Renforcer l'engagement politique et la mobilisation des ressources, y compris le renforcement des capacités essentielles, dans les pays et auprès des sources extérieures;
- Améliorer l'accès aux traitements sur l'ensemble du continent;
- Intensifier les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et promouvoir l'ouverture au sujet du VIH/sida;
- Promouvoir l'utilisation et la fourniture des préservatifs pour hommes et pour femmes ainsi que l'abstinence.

## **Répartition de la population, urbanisation et migration**

Dans la mesure où les conflits et la pauvreté sont des causes fondamentales de la migration massive et des déplacements forcés dans la majeure partie de la région, les activités visant la prévention et la gestion des conflits, l'éradication de la pauvreté et la promotion de la bonne gouvernance et de la primauté du droit revêtent une importance cruciale pour assurer la réussite des politiques nationales et régionales de gestion des migrations. Des initiatives en cours dans le cadre du NEPAD et d'autres stratégies de lutte contre la pauvreté mises en place par les États membres, comme les DSRP, préconisent la décentralisation et la démocratisation.

Bon nombre des États qui ont répondu ont adopté une combinaison de stratégies et de mesures pour promouvoir le développement rural. Les projets à forte intensité de main d'œuvre, la formation pour des emplois non agricoles, l'amélioration des réseaux de transport et de communication et des services sociaux en milieu rural, la décentralisation des systèmes administratifs et la création de projets générateurs de revenus, l'amélioration de l'accès à la terre et des régimes fonciers, l'accès à l'eau, l'accès aux facilités de crédit et des politiques qui encouragent la création de coopératives de production et de commercialisation sont parmi les initiatives les plus fréquentes.

Les principaux obstacles à la mise en œuvre de ces efforts sont le manque de données et de recherches pertinentes et à jour pour formuler des politiques de population et d'urbanisation, une capacité insuffisante dans des domaines comme la gestion urbaine, le développement local, la gestion de la pauvreté et de la santé, le lien entre les stratégies politiques, économiques et sociales et la répartition des populations et

la migration interne, l'absence de stratégies de développement régional durable, notamment de petits projets non agricoles et la médiocre institutionnalisation de la bonne gouvernance politique et financière. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD en matière de répartition des populations, d'urbanisation et de migration, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes et d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Promouvoir le respect de la Déclaration universelle des droits de l'homme en ce qui concerne les migrations internationales et internes;
- Veiller à la réussite des politiques et des stratégies de répartition des populations en adoptant des mesures de lutte contre les migrations internes et l'urbanisation incontrôlée;
- Assurer la mise en oeuvre de politiques et de stratégies de décentralisation efficaces afin de réduire la concentration des populations urbaines dans les grandes agglomérations.

## **Situations de crise et conséquences sur la population**

En réaction à l'afflux de personnes déplacées et de réfugiés, les États membres de la CEA ont adopté diverses mesures et stratégies correctives. Plus de 70% des États qui ont répondu ont offert protection et assistance à ces groupes. Les États membres fournissent également des services de santé primaires et une éducation de base, des programmes de réinsertion, une formation professionnelle, une préparation adéquate et des possibilités d'emploi. Afin de garantir les droits humains fondamentaux et d'assurer une protection et une aide adéquates aux personnes déplacées à l'intérieur de leurs frontières, 49 États membres de la CEA ont ratifié la Convention de Genève de 1951 relative au statut de réfugié. Outre la ratification de ce protocole global, 11 des États qui ont répondu sont également signataires d'un protocole régional (OUA/UA) ou sous-régional (SADC, CEDEAO) sur les réfugiés et les personnes déplacées.

Les taux de pauvreté élevés, les grandes disparités dans la répartition des revenus dans la région et l'appauvrissement croissant constituent un terrain favorable à l'instabilité politique et sociale. Le caractère inadéquat des politiques sur la sécurité alimentaire, l'agriculture et l'emploi, ainsi que des systèmes d'alerte rapide pour prévoir les catastrophes naturelles ou causées par l'homme constituent également des obstacles à la gestion efficace des crises. Le VIH/sida influe de manière décisive sur la capacité des communautés à bien répondre aux crises humanitaires. Il est également à la fois la cause et la conséquence de la crise humanitaire. Les contraintes financières et logistiques empêchent souvent les organismes régionaux d'intervenir rapidement dans les situations de crise. La facilité avec laquelle circulent et sont vendues les armes légères illégales entre les États et à l'intérieur des États représente une grave menace pour la paix et la sécurité. La faiblesse des institutions démocratiques et l'insuffisance ou l'absence d'une bonne gouvernance continuent de saper les efforts de prévention des crises. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD concernant les situations de crise et leurs conséquences sur la population, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes et d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Promouvoir la bonne gouvernance;
- Renforcer l'état de préparation institutionnelle et matérielle pour faire face aux sécheresses

- et autres catastrophes naturelles cycliques, y compris la collecte de données pertinentes pour gérer les urgences;
- Promouvoir l'intégration de la culture de la paix dans les programmes d'enseignement formel et informel;
  - Fournir davantage d'information et de services de santé en matière de reproduction aux réfugiés et aux personnes déplacées.

## **Mobilisation des ressources pour la mise en oeuvre des politiques et programmes de population**

Selon les données de NIDI, près de 91% des 53 États membres de la CEA, en particulier ceux des régions de l'Afrique australe et de l'Afrique du Nord, ont augmenté les ressources nationales consacrées à la mise en oeuvre des programmes de population et de santé en matière de reproduction depuis la CIPD. La hausse des ressources mobilisées à l'intérieur et à l'extérieur pour les programmes de population et de santé en matière de reproduction constatée entre 1994 et 1995 a été suivie d'une période de réduction du financement. Mais depuis 2000, il semble que la tendance s'inverse, la plus grande partie de cette nouvelle augmentation provenant des fonds publics. Peu d'États (13%) ont collaboré avec les organisations internationales pour accroître leurs ressources nationales. Quelques autres ont vu une augmentation du financement du secteur privé et des ONG, de la fourniture de ressources humaines et de l'investissement pour améliorer les infrastructures.

Le Sommet mondial des Nations Unies pour le développement social, qui s'est tenu à Copenhague en 1995, a adopté la formule 20/20 qui encourage à la fois les donateurs et les États bénéficiaires à affecter au moins 20% de leur financement et de leurs budgets respectivement aux secteurs de la santé et des services sociaux. Par conséquent, un pays comme l'Ouganda indique dans son rapport qu'il a dépassé ce pourcentage depuis l'exercice fiscal 1994-1995. Le financement consacré aux IST, y compris le VIH/sida, a constamment augmenté depuis 1995, de 9% de l'aide totale à la population à 39% en 2001, ce qui correspond à la tendance de la propagation de la pandémie du VIH/sida, en particulier en Afrique subsaharienne. Les ONG sont devenues les canaux de distribution privilégiés des financements extérieurs.

Outre les contraintes financières, l'insuffisance des ressources techniques et humaines figure parmi les obstacles les plus fréquents à la mise en oeuvre des recommandations des programmes d'action de la DDN et de la CIPD. Les autres obstacles peuvent être liés aux très faibles coûts des produits d'exportation, aux contraintes imposées par des programmes d'ajustement structurel antérieurs et en cours et, de plus en plus, à l'instabilité sociopolitique, notamment l'insuffisance des ressources intérieures, la faiblesse des capacités techniques et de gestion, l'absence de mécanismes de mobilisation des ressources et de systèmes de gestion des crises et des conflits ainsi que l'insuffisance de l'aide internationale. Afin d'atteindre les objectifs de la CIPD relatifs à la mobilisation des ressources pour la mise en oeuvre des politiques et des programmes en matière de population, les États membres de la CEA devront prendre en compte les contraintes suivantes et d'autres qui leur sont liées. Ils devront notamment:

- Mettre au point des méthodes et des outils uniformisés pour surveiller avec exactitude les

flux des ressources internes et externes au sein des diverses composantes des programmes de population et de santé en matière de reproduction et parmi les différents acteurs;

- Assurer l'entière participation des principaux acteurs des programmes de population et de santé en matière de reproduction aux processus de développement à l'intérieur des grands cadres de programmation stratégique, en particulier le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) et les DSRP, afin d'obtenir de nouvelles ressources pour les activités liées à la population et à la santé en matière de reproduction;
- Veiller au renforcement des capacités techniques et de gestion nationales, notamment le plaidoyer, la création de mécanismes de mobilisation des ressources, l'acquisition de compétences en communication et négociation et la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans de mobilisation des ressources.



# **PREMIÈRE PARTIE: CONTEXTE ET MODALITÉS DE LA REVUE DE LA CIPD+10**

# INTRODUCTION

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en septembre 1994, a été une étape marquante en ce qui concerne la population et le développement. A cette occasion, 179 pays ont adopté un Programme d'action de 20 ans dont les principaux objectifs soulignent le lien intrinsèque entre population et développement, et mettent l'accent sur la satisfaction des besoins des hommes et des femmes plutôt que sur la réalisation de cibles démographiques spécifiques. «La mise en œuvre des recommandations figurant dans le programme d'action est un droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement, en respectant pleinement les diverses religions, les valeurs éthiques et les origines culturelles de son peuple, et en se conformant aux principes des droits de l'homme universellement reconnus» (FNUAP 1996, paragraphe 1, chapitre II). Avant l'adoption du PA-CIPD, quatre conférences mondiales et 3 conférences africaines sur la population avaient été organisées<sup>1</sup>. L'ambition de la CIPD était de consolider les réalisations en encourageant une compréhension moderne des liens intrinsèques entre population et développement que ces conférences avaient fait ressortir.

Le présent rapport est une revue à mi-parcours des progrès réalisés par les gouvernements des États membres de la CEA dans la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD. Les contraintes, les différences sous-régionales et les modalités de mise en œuvre sont également soulignées. Pour ce qui est du contenu du rapport, à la suite de cette introduction qui définit le contexte de la revue, la deuxième partie présente une synthèse statistique et qualitative des réponses des États membres de la CEA à un large éventail de questions posées dans un questionnaire structuré administré par la CEA, l'information fournie dans les rapports nationaux et les données tirées du Rapport de l'Enquête sur le terrain du FNUAP (2003).

## Troisième Conférence africaine sur la population

Dans le cadre des préparatifs de la CIPD, la troisième Conférence régionale africaine sur la population (CAP 3, Dakar, 1992) a passé en revue les efforts déployés par les États membres de la CEA, les recommandations du Programme d'action du Kilimandjaro sur la population et le développement autosuffisant, a adopté la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) sur la population, la famille et le développement durable qui précise les conditions requises pour assurer un lien durable entre population, environnement et développement et a demandé aux gouvernements des États membres de la CEA d'accélérer cette mise en œuvre. La CAP 3 a également mis sur pied un Comité de suivi chargé de surveiller la mise en œuvre des recommandations de la DDN et du PA-CIPD (CEA 1994).

## Atelier d'experts et d'ONG

Un atelier régional d'experts et d'ONG a été conjointement organisé par la CEA, la BafD et l'OUA (Abidjan, 6-9 juin 1995) pour élaborer un cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des

---

<sup>1</sup> Les 4 conférences mondiales dont il est question sont la Conférence de Rome (1954), de Belgrade (1965), de Bucarest (1974) et de Mexico (1984). Les 3 conférences régionales sont celles d'Accra (1971), d'Arusha (1984) et de Dakar (1992).

programmes nationaux sur la population (PNP) en s'appuyant sur les recommandations de la DDN et du PA-CIPD. Les conclusions de l'atelier sont les suivantes: i) bien que certaines des cibles énoncées dans la DDN et le PA-CIPD puissent être atteintes par les États individuellement et par la région dans son ensemble, la plupart ne pourront probablement pas l'être dans les délais fixés; ii) la mise en œuvre des recommandations serait entravée par les incertitudes entourant les futures conditions socio-économiques et par l'insuffisance des données dans la majorité des États membres de la CEA (CEA 1995). Par conséquent, l'atelier a lancé un appel à tous les États membres pour qu'ils intensifient leurs efforts et leur engagement à l'égard de la mise en œuvre, qu'ils fixent des cibles raisonnables et qu'ils recueillent des données fiables. Il a également demandé instamment à la communauté internationale d'aider les États membres à procéder à la mise en œuvre.

## **Conférence africaine des planificateurs, des statisticiens, des démographes et des spécialistes de l'information**

Lors de la 9<sup>ème</sup> session de la Conférence africaine des planificateurs, des statisticiens, des démographes et des spécialistes de l'information (11-16 mars 1996), le rapport sur les progrès dans la mise en œuvre des recommandations de la DDN et du PA-CIPD a été plus positif (CEA 1996). Selon ce rapport, les États membres de la CEA répondaient explicitement et délibérément à des dispositions spécifiques des deux cadres de population et de développement. En termes d'impact, la conférence a fait observer que les attitudes à l'égard de l'adoption de politiques de population évoluaient rapidement dans certains États et que des programmes nationaux de population plus étendus, plus solides et plus variés étaient créés à partir des principes énoncés dans la DDN et le PA-CIPD. L'idée de l'adoption d'une politique nationale de population comme un acte légitime et logique de la part des gouvernements commençait à être acceptée. Les arguments en faveur de la prestation de meilleurs services de planification familiale à une plus grande partie de la population étaient fondés sur des critères relatifs au bien-être et à la santé, et les documents stratégiques tendaient à lier population et questions de genre. On a constaté toutefois de grandes disparités dans la mise en œuvre des recommandations de la DDN et du PA-CIPD, en particulier parmi les États de la sous-région de l'Est et dans les pays anglophones de l'Afrique de l'Ouest ainsi que dans les États de la sous-région de l'Afrique australe, alors que les efforts des pays du Sahel et des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest étaient nettement insuffisants.

### **CIPD+5**

Au niveau mondial, une revue globale du PA-CIPD+5 effectuée lors de la 21<sup>ème</sup> session de l'Assemblée générale de l'ONU (UNGASS, juillet 1999) a donné lieu à un ensemble d'actions clés pour poursuivre la mise en œuvre du PA-CIPD dans les domaines de la population et du développement, de l'égalité, de l'équité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes, des droits et de la santé en matière de reproduction, du partenariat, de la collaboration et de la mobilisation de ressources..

Dans le cadre de l'évaluation globale, la CEA, s'appuyant sur une analyse des réponses de 41 de ses 53 États membres à un questionnaire structuré (1998), a entrepris une évaluation des cinq années de mise en œuvre pour voir dans quelle mesure les États membres avaient appliqué les recommandations de la DDN

et du PA-CIPD dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs PNP dans les six secteurs clés à savoir: La santé et les droits en matière de reproduction, l'égalité, l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et la participation des hommes, le rôle des ONG et du secteur privé, la politique de population et les stratégies de développement et les mécanismes institutionnels et les stratégies de plaidoyer et d'IEC (CEA, 1998). Pour chacun de ces secteurs, l'évaluation a porté sur les réalisations, les meilleures pratiques et les contraintes.

D'une part, l'évaluation de la CIPD+5 a montré avec plus de certitude que le PA-CIPD est pratique et réaliste, et a souligné l'importance et l'urgence de résoudre les questions émergentes comme le VIH/sida et les besoins en santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents. L'évaluation a également révélé les progrès considérables accomplis par certains États membres de la CEA dans des domaines comme l'amélioration de l'accès aux services de santé en matière de reproduction, l'intégration de la planification familiale et de la maternité sans risques dans les systèmes de soins de santé primaires et l'élaboration de plans d'action nationaux en vue d'assurer l'autonomisation des femmes. A cette époque, on considérait plutôt que les politiques de population faisaient partie intégrante des stratégies nationales de planification du développement plutôt que des activités dictées par les donateurs. Elles étaient d'ailleurs considérées comme des cadres nécessaires pour assurer la légitimité d'activités de développement nouvelles et relativement sensibles. Comme cette légitimité exige une large acceptation de la population, les gouvernements s'étaient engagés à réaliser un très large consensus en faveur des nouvelles politiques de population. Le niveau de conviction au sujet de l'importance du lien entre population et développement, en particulier parmi les principaux décideurs, et la reconnaissance de l'interaction complexe entre population, développement et environnement se sont nettement renforcés. Pour leur part, les programmes d'enseignement ont de plus en plus intégré le lien entre population, développement et environnement.

L'évaluation a également permis de souligner des disparités persistantes, notamment dans les attitudes et les pratiques défavorables à l'élimination de la discrimination fondée sur le genre. Par exemple, pour ce qui est de la planification de la population et du développement, en 1999, les États membres avaient encore à trouver une solution de rechange aux systèmes de planification centralisée du développement à moyen et à long termes et à la décentralisation (CEA, 1998). Certains États avaient encore un accès limité aux services de santé en matière de reproduction et à l'information nécessaire pour que leur population mène une vie saine sur le plan sexuel.

Les principales contraintes socio-économiques (ex: faible taux d'alphabétisation, coutumes traditionnelles, pratiques culturelles défavorables) qui font obstacle à la mise en œuvre de ces recommandations sont présentées à l'annexe I, tableau 1. Les autres contraintes sont notamment l'engagement timide des dirigeants politiques et religieux, les difficultés économiques et financières comme la difficulté à mobiliser des ressources locales pour les programmes de population (annexe I, tableau 2), le manque de capacités institutionnelles et techniques (annexe I, tableau 3), l'absence de coopération entre les ministères sectoriels pertinents (annexe I, tableau 4) et les contraintes juridiques et politiques (annexe I, tableau 5).

Face aux lacunes identifiées par l'évaluation de la CIPD+5, l'UNGASS a convenu d'un nouvel ensemble de repères pour la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD dans le domaine de l'éducation et de l'alphabétisation, des soins de santé en matière de reproduction et pour répondre aux besoins non

satisfaits dans les domaines de la contraception, la réduction de la mortalité maternelle et le VIH/sida (voir annexe II).

## **Enseignements tirés de ces revues**

Ces revues à mi-parcours permettent aux États membres de la CEA d'apprendre des succès d'autres États tout en identifiant à temps les problèmes et les contraintes qui s'opposent au progrès. Elles sensibilisent également les gouvernements aux lacunes observées dans leurs pratiques de planification de la population et du développement. La principale préoccupation a été de déterminer dans quelle mesure ces facteurs, recommandations et lignes directrices ont été appliqués pour le développement durable et donc pour une meilleure qualité de vie dans les différents pays.

Les facteurs qui ont contribué à promouvoir ou à entraver la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD indiqués dans ces premières évaluations ont été communiqués aux États au cours des réunions mentionnées et dans les rapports connexes qui ont été publiés et diffusés. L'identification et l'analyse des meilleures pratiques peuvent contribuer sensiblement à la formulation et à la mise en oeuvre efficace des politiques et des programmes, mais l'étude des «meilleures pratiques» peut montrer également comment surmonter les contraintes et comment concrétiser des principes généraux comme «l'intégration». Les États membres de la CEA ont donc été mis en garde (depuis la CIPD+5) sur le fait que même s'il est bon de développer des «meilleures pratiques» à long terme, à la lumière des expériences et de l'évolution des besoins, il faut chaque fois adapter «une meilleure pratique» avant de l'adopter. En tirant profit de ces facteurs favorables et en surmontant les contraintes dans les futures activités des partenaires au développement en cause, il serait possible de réaliser des progrès considérables dans l'harmonisation des taux de croissance économique et démographique dans les États membres.

Mais outre les problèmes indiqués avant la CIPD+5, la revue a également révélé l'intérêt excessif porté (par les États membres) aux droits et à la santé en matière de reproduction au détriment des questions de santé en général et au développement des adolescents, notamment l'éducation, la création de revenus et l'emploi. Des préoccupations ont été exprimées également au sujet de la nécessité de mettre en évidence l'importance de réduire la mortalité infantile et maternelle, le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST), d'accroître l'espérance de vie, d'améliorer le traitement réservé à la famille et aux réfugiés, de reconnaître le rôle des personnes âgées dans la société, de remédier aux problèmes d'instabilité politique et sociale, de tenir compte de l'interdépendance des rôles des ONG, du secteur privé et de la société civile et d'établir des stratégies d'IEC et de plaidoyer.

Afin de combler ces lacunes et d'intégrer les questions émergentes, la présente revue à mi-parcours de la mise en oeuvre des recommandations de la DDN et du PA-CIPD dans la région de la CEA porte sur les domaines suivants: Population, pauvreté, environnement et développement durable; égalité, équité entre les sexes et autonomisation des femmes; rôle, droits, composition et structure de la famille; enfants et jeunes ; droits et santé en matière de reproduction; VIH/sida; répartition de la population, urbanisation et migration ; situations de crise et ses conséquences sur la population ; mobilisation des ressources pour la mise en oeuvre des politiques de population et facteurs touchant la mise en oeuvre des recommandations de la DDN et du PA-CIPD et des actions clés de la CIPD+5.

Des données de diverses sources sont utilisées dans la présente revue. Il s'agit notamment de l'Enquête de la CEA de 2003 sur la CIPD+10, des rapports nationaux sur la population et le développement, des données tirées de l'enquête sur le terrain du FNUAP de 2003, des rapports du Comité de suivi de la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD, des rapports des réunions du Groupe de travail, des expériences des États membres dans la mise en oeuvre de la DDN, des rapports des première et deuxième réunions du Comité sur le développement durable et du rapport de l'atelier sur la santé en matière de reproduction des femmes et la sécurité alimentaire dans les ménages de la région. S'agissant de l'Enquête de la CEA sur la CIPD+10, on a utilisé un questionnaire structuré portant sur les dix secteurs mentionnés plus haut. Des questions similaires ont été utilisées dans l'Enquête de la CEA de 1998 pour évaluer la CIPD+5 dans cinq secteurs à savoir: pauvreté, population, environnement et développement durable; égalité de genre, équité et autonomisation des femmes; droits et santé en matière de reproduction et VIH/sida; mobilisation de ressources et facteurs qui entravent la mise en oeuvre des recommandations de la DDN/PA-CIPD.

Sur les 53 États membres de la CEA, 43 ont répondu au questionnaire de l'enquête de la CEA de 2003 sur la CIPD+10 (voir annexe I, tableaux 6 et 7) contre 41 pour la CIPD+5. Outre cette enquête sur la CIPD+10, il a été demandé également aux pays de présenter des rapports nationaux détaillés. Vingt États membres au total ont présenté ces rapports nationaux (voir annexe I, tableau 8).

**DEUXIÈME PARTIE: REVUE DES DIX  
ANS D'EXPÉRIENCE DANS LA MISE  
EN OEUVRE DU PA-CIPD (CIPD+10)  
PAR LES ÉTATS MEMBRES DE LA  
CEA**

# CHAPITRE PREMIER

## POPULATION, PAUVRETÉ, ENVIRONNEMENT ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

Les estimations et les projections démographiques dont on dispose indiquent que la population régionale est passée de 622,4 millions en 1990 à 795,7 millions en 2000 et qu'elle devrait atteindre 1,084 milliard en 2015 et 1,292 milliard en 2025 (ONU, 2003). Le taux de croissance a baissé de 2,6% entre 1990 et 1995, et il est prévu qu'il baisse jusqu'à 1,9% entre 2010 et 2015, en partie à cause de l'évolution de la fécondité et de l'accroissement de la mortalité liée au VIH/sida.

A partir de ces estimations, projections et autres facteurs, il semble que la région soit encore confrontée à des problèmes de développement socio-économique complexes et interdépendants. Les 25 États ayant la note la plus basse sur l'indice de développement humain du PNUD appartiennent à la région (PNUD, 2003). Le nombre de personnes souffrant de sous-alimentation chronique est passé de 89 millions en 1969-71 à 126 millions en 1979-81, 164 millions en 1990-92 et 180 millions en 1995-97. En raison surtout des sécheresses persistantes dans plusieurs parties de la région, on prévoit une accélération importante de l'insécurité alimentaire face aux insuffisances des systèmes agricoles, à l'impact du VIH/sida, aux guerres et aux conflits sociaux. On estime qu'en 2010, en Afrique subsaharienne, 1 personne sur 3 pourrait souffrir d'insécurité alimentaire contre 1 sur 8 en Asie du Sud et 1 sur 20 en Asie de l'Est (FAO, 2001). Ces indicateurs socio-économiques négatifs montrent que la région de la CEA n'a pas connu de croissance économique significative depuis la CIPD.

Alors que la proportion de la population qui survit avec moins d'un dollar par jour a diminué d'un tiers en Asie de l'Est, elle a constamment augmenté en Amérique Latine, en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne (Fleshman, 2003). Cette situation ne semble pas conforme à la reconnaissance évidente des facteurs de population dans l'élaboration des documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Compte tenu de l'importance accordée actuellement à la lutte contre la pauvreté dans le cadre des DSRP, on aurait pu s'attendre à une tendance à la baisse de cette proportion. Il y a donc lieu de penser dans ce contexte que les DSRP nationaux sont, entre autres, des plans d'action généraux pour contribuer à l'élaboration des politiques et des programmes, et à l'aide au développement intérieur. D'une part, ils constituent une condition essentielle pour être admissible à la réduction de la dette et à l'accès aux aides de la Banque mondiale et du FMI à des conditions favorables ainsi qu'un facteur de poids pour obtenir l'aide des donateurs bilatéraux et multilatéraux. D'autre part, ils jettent les bases d'une plus grande coordination entre les donateurs et les organismes internationaux, pour la promotion du processus participatif dans la lutte contre la pauvreté et la faim et dans la recherche d'un développement plus équitable et durable.

C'est dans ce contexte que le PA-CIPD a lancé un appel à tous les États membres de la famille des Nations Unies pour: i) qu'ils intègrent les questions de population dans l'élaboration, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de toutes les politiques et de tous les programmes relatifs au développement durable; ii) qu'ils introduisent les mécanismes institutionnels internes nécessaires et créent un environnement favorable au traitement adéquat des facteurs de population dans les processus décisionnels et d'administration de



tous les organismes gouvernementaux chargés des politiques et des programmes socio-économiques et de l'environnement; iii) qu'ils élaborent et mettent en oeuvre des politiques et des programmes d'appui aux objectifs et actions convenus dans la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement (Programme-Action 21) et les autres réunions internationales.

Le Sommet du Millénaire qui s'est tenu à New York en septembre 2000 a fixé les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui comprenaient deux cibles spécifiques: éradiquer la pauvreté extrême et la faim et assurer un environnement durable. Il s'agissait de réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu était de moins d'un dollar par jour et la proportion de la population souffrant de la faim entre 1990 et 2015; de réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1999 et 2015 et d'intégrer les principes du développement durable dans les politiques et les programmes des pays et d'inverser la perte des ressources environnementales.

## **Progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs du PA-CIPD**

Dans l'enquête de la CEA, on a demandé aux États membres d'indiquer les progrès accomplis par rapport au Programme national de population (PNP). On leur a en particulier demandé s'ils avaient adopté une politique de population ou modifié celle qui existait déjà. Pour les États s'étant dotés d'une politique, il fallait mentionner les mécanismes institutionnels de coordination mis en place, les récentes stratégies élaborées pour intégrer les questions de population, d'environnement et d'agriculture et l'élaboration de documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Les réponses à ces questions vont dans le sens des changements qui interviennent dans la formulation et la mise en oeuvre des politiques de population dans la région.

Pour pouvoir évaluer les progrès accomplis par les États membres de la CEA dans la réalisation des objectifs du PA-CIPD dans ce secteur, on procédera d'abord à une analyse des réponses aux questions posées et on soulignera ensuite certains aspects de l'évaluation de ces progrès en mettant l'accent sur le processus réel d'élaboration des politiques plutôt que sur une approche idéale à suivre. Il s'agit de dégager les lacunes (le cas échéant) dans l'élaboration des politiques des États membres de la CEA. Si ces lacunes sont comblées, le processus d'intégration des facteurs de population dans les divers plans nationaux de développement devrait être renforcé.

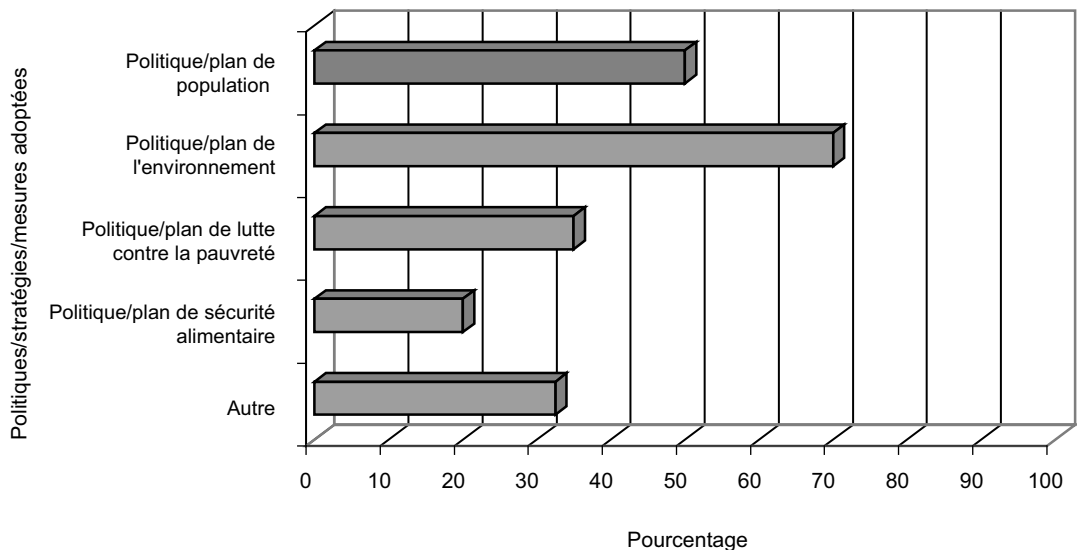
Au milieu de 2003, à l'exception de la Libye et du Sahara occidental, les 5 autres États de la sous-région de l'Afrique du Nord (Algérie, Egypte, Maroc, Soudan et Tunisie) avaient adopté une politique de population explicite qui fait partie intégrante de leur programme national de développement (PND). Sur les 47 États membres de la CEA qui constituent l'Afrique subsaharienne, 20 avaient également adopté une politique de population avant la CIPD, 14 autres l'ont adoptée après la CIPD et 9 en étaient à divers stades du processus d'élaboration de la politique. Ces 47 États avaient déjà mis en oeuvre ou sont en train d'établir des systèmes relativement complexes pour formuler des politiques de population globales visant les questions démographiques, sociales, économiques et écologiques assorties d'objectifs, de cibles et de stratégies identiques à ceux recommandés par le PA-CIPD.

Au total, 20 des États membres qui ont répondu avaient modifié les politiques existantes en se conformant aux recommandations du PA-CIPD et aux actions clés de la CIPD+5, en particulier dans les domaines

du genre, de la santé, du VIH/sida, des enfants et des adolescents, de la famille et de la gestion des conflits (voir annexe I, tableau 9). C'est dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest que les États ont été les plus nombreux à procéder à ces modifications et c'est en Afrique centrale qu'ils ont été les moins nombreux. En termes de typologie, près de 70% des États qui ont répondu avaient adopté des politiques environnementales, 50 des politiques sur la population, 35 % des politiques de lutte contre la pauvreté et 20 % des politiques en matière de la sécurité alimentaire (voir figure 1). Les 40 États qui ont répondu (93%) ont adopté des politiques, des stratégies et des mesures visant à intégrer les questions de population, d'environnement et d'agriculture (voir annexe I, tableau 10). Outre l'adoption de politiques nationales en matière de population, 37 des pays qui ont répondu ont également formulé des documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Ces DSRP portent notamment sur le développement durable, la population et l'emploi, la répartition de la population et la migration, le VIH/sida et la population, l'éducation et le logement (voir annexe I, tableau 11).

Parmi les 5 pays lusophones de la région, l'Angola et Sao Tomé-et-Principe n'ont pas encore adopté de politique de population. Le Cap Vert, la Guinée Bissau et le Mozambique l'ont fait à la suite de la CIPD. Les 20 États constituant l'Afrique subsaharienne francophone sont au stade initial du processus d'élaboration de leur politique en matière de population. Six des 20 pays francophones (Burundi, RCA, Congo, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale et Gabon) sont encore dans le processus d'élaboration d'une politique explicite de population, 8 autres, (Cameroun, Tchad, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, Rwanda et Sénégal) avaient élaboré une politique avant la CIPD et 4 (Bénin, Côte d'Ivoire, Mauritanie et Togo) l'ont fait après la CIPD. Les pays anglophones de l'Afrique subsaharienne sont beaucoup plus avancés dans l'élaboration des politiques en matière de population. A l'exception

**Figure 1: Pourcentage de la répartition des types de politiques, de stratégies et de mesures adoptées par le gouvernement en vue de l'intégration des questions de population, environnement et agriculture**



du Swaziland, qui est encore dans le processus d'élaboration d'une politique explicite en matière de population, 12 pays anglophones, dont 7 qui en sont au stade de la révision après la CIPD (Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Nigéria, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie) avaient élaboré une politique avant la CIPD alors que 4 (Botswana, Namibie, Afrique du Sud, Zimbabwe) l'ont fait après la CIPD.

Pour une coordination et un suivi efficaces de la mise en oeuvre des PNP, la majorité des États membres qui ont répondu (41 États, soit 95%) ont dit avoir mis en place divers mécanismes institutionnels. Dans 12 pays, ces mécanismes se situent au niveau du Comité parlementaire/ministériel et dans 31 pays, au niveau du Conseil national de la population ou de la Commission nationale de population.

Pour un suivi et une évaluation efficaces des liens entre population, agriculture et environnement et leur impact sur le développement durable, 33 des 43 pays qui ont répondu ont mis en place les mécanismes institutionnels nécessaires. Dans 17 de ces pays, ces institutions ont été établies au niveau national, interministériel ou ministériel. Quatorze pays ont créé des services ou des unités nationales en matière d'environnement. Pour renforcer ces cadres institutionnels, 17 pays ont également intégré des ONG et d'autres groupes dans ces institutions

Depuis la CIPD, le discours politique, qui a pris la forme de débats publics très animés, a joué un rôle essentiel dans la promotion de la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD aux niveaux national et communautaire. Lors de rencontres internationales, les États membres de la CEA se sont engagés à adopter des politiques et des mesures législatives appropriées. La prise de conscience, le consensus et la mobilisation sociale sur les questions de population se sont renforcés, de même que les ressources et la volonté politique en faveur de la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD. Les normes sociales et culturelles, les traditions, les cadres juridiques, les politiques et les programmes sont modifiées pour que les questions de population, de santé en matière de sexualité et de reproduction, du VIH/sida et de genre soient prises en compte dans les stratégies, les plans et les programmes nationaux de développement (FNUAP, 2003 c). Les cas de figure avec les meilleures pratiques à cet égard sont le Bénin, la Côte d'Ivoire, la Guinée Bissau, le Mali et le Sénégal (Afrique de l'Ouest); le Congo (Afrique centrale); l'Éthiopie et l'Érythrée (Afrique de l'Est); l'Égypte (Afrique du Nord) et le Madagascar (Afrique australe) (voir encadré 2.1).

Les partenariats avec les organisations de la société civile (OSC) ont également facilité l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes nationaux en matière de population (PNP) par le biais d'associations et de forums nationaux (FNUAP, 2003c). Plus de 35% des États membres de l'Afrique subsaharienne ont forgé des partenariats avec des OSC pour créer des groupes parlementaires chargés de promouvoir les questions de population. Les OSC ont également été utilisées pour fournir de l'information, des services et des produits dans le domaine de la santé en matière de reproduction. Les secteurs prioritaires de ce partenariat dans chaque État membre sont la population et la santé en matière de reproduction. A titre d'exemple, au Ghana, la Commission nationale de population (NPC) compte des représentants de la société civile qu'il fait participer au processus décisionnel aux niveaux communautaire, régional et national. Une coalition nationale des OSC a été mise en place pour assurer une collaboration plus étroite dans les domaines de la population et de la santé en matière de reproduction. Chaque trimestre, l'équipe

### **Encadré 2.1: Meilleures pratiques dans l'élaboration des politiques et des programmes en matière de population.**

**Bénin, Côte d'Ivoire, Congo, Ethiopie, Guinée Bissau, Madagascar, Mali, Sénégal** – les points d'accès à l'information sur la santé en matière de reproduction sont fournis localement, des centres informatiques ont été mis en place dans les villages.

**Egypte** – campagne médiatique préconisant l'égalité entre les sexes et les droits des filles afin de changer les attitudes concernant les mariages précoces ; légalisation de la délivrance de certificats de naissance estimatifs aux jeunes filles par des unités sanitaires basées dans les villages.

**Ethiopie** – associations communautaires (ex.: Idir, Maheber) et Zimbabwe – discussions dans les salons de coiffure et émissions itinérantes pour améliorer l'accès des populations à l'information sur les droits et la santé en matière de reproduction, le VIH/sida et les questions de genre.

**Erythrée** – un ensemble de mesures en matière de développement social et économique ont été prises en vue d'éliminer les MGF. Mesures axées sur la promotion des femmes (éducation des filles, accent mis sur les programmes d'alphabétisation des femmes, légalisation de la possession et de l'héritage des terres et d'autres propriétés par les femmes, programmes d'IEC) mis en oeuvre pour remédier aux pratiques traditionnelles néfastes.

*Source:* Rapport de l'enquête du FNUAP sur le terrain en 2003

se réunit pour échanger des idées et des expériences sur la gestion des activités liées à la population et à la santé en matière de reproduction. Les groupes parlementaires font du lobbying et du plaidoyer. Des programmes de plaidoyer ciblant les chefs traditionnels et religieux, et les principaux dirigeants politiques et communautaires ont été créés et constituent une solide base de partenariat pour la promotion des questions de population et de santé en matière de reproduction au niveau national. En Angola, des comités provinciaux sur la population et le développement coordonnent les programmes régionaux en matière de population en collaboration avec les conseils provinciaux de planification familiale et des jeunes. L'Ethiopie a créé des bureaux régionaux de population qui collaborent avec les bureaux régionaux de santé. Le Kenya s'est servi des OSC pour parrainer un certain nombre de campagnes de sensibilisation médiatiques et atteindre les jeunes, notamment des campagnes de sensibilisation sur le VIH/sida (Journée du sida), des spots publicitaires dans les médias de masse et électroniques, des spectacles de jeunes et une Journée mondiale de la population. Au Botswana, on a créé un Comité parlementaire sur le VIH/sida où siègent des représentants des OSC (FNUAP, 2003c).

Dans 90% des États membres de la CEA, les ressources nationales allouées aux programmes de population et de la santé en matière de reproduction ont augmenté. Soixante pour cent ont indiqué que les gouvernements utilisent des mécanismes de recouvrement des coûts. Au Burundi, les OSC font du lobbying auprès des sociétés du secteur privé pour qu'elles s'attaquent au problème du VIH/sida parmi leurs employés et ont réussi à amener de nombreuses entreprises à tenir compte des besoins de santé de leur personnel. Au Nigéria, le gouvernement a mis sur pied un «Forum des OSC» au niveau du Service des activités communautaires et de population (Ministère fédéral de la santé) pour coordonner les

activités du gouvernement et des OSC oeuvrant dans le domaine de la santé en matière de reproduction ainsi qu'un «Forum du secteur privé» co-présidé par le Président, Shell Nigéria et MTN Nigéria chargé de la prévention du VIH/sida. Le gouvernement a également lancé une vaste campagne sociale pour l'utilisation des préservatifs et d'autres contraceptifs intitulée «Société pour la santé de la famille». Au Zimbabwe, le gouvernement a tenu des ateliers parlementaires sur le plaidoyer, le dialogue politique et le développement (FNUAP, 2003c).

En fait, malgré les lacunes, il semble que face aux réalités démographiques et à leurs implications pour le développement socio-économique de la région, les États membres de la CEA progressent remarquablement bien dans la mise en œuvre des actions proposées dans le PA-CIPD. Les questions de population sont mieux traitées dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, de la gestion de l'environnement et de la décentralisation de la planification. Des mesures sont adoptées au sujet de problèmes spécifiques de population et des mécanismes sont mis en place pour le suivi et l'évaluation des progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs quantitatifs du PA-CIPD. L'adoption de mesures et de politiques spécifiques en matière de répartition de la population, d'urbanisation et de migration s'est généralisée dans la région de la CEA, avec un taux de 69%. Depuis la CIPD, environ 25% des pays en développement ont adopté des mesures pour intégrer les préoccupations en matière de population dans leurs plans de développement et 78% l'ont fait depuis la CIPD+5 (1999). Une nouvelle augmentation de 18% a été réalisée en 2004 (totalisant 96%), ce qui représente une amélioration sensible, en particulier dans les pays de l'Afrique subsaharienne où la proportion est de 71% (FNUAP, 2003c).

## **Contraintes et questions émergentes**

L'état de l'environnement dans la région a été affecté par la rapide croissance démographique, la pauvreté croissante et chronique, les méthodes de production agricole inadaptées, les conditions défavorables du commerce international, le poids de la dette et l'impact de la sécheresse et des autres catastrophes naturelles. La rapide croissance démographique accélère la dégradation de l'environnement comme on le voit dans de nombreux pays qui sont confrontés à une baisse de la fertilité du sol et à la réduction rapide des ressources forestières et aquatiques. La synergie négative créée par la baisse de la productivité agricole et l'insécurité alimentaire qu'elle occasionne, la rapide croissance démographique et la dégradation de l'environnement sont les principaux obstacles au développement dans la région.

Une préoccupation pertinente du présent rapport est d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en place des politiques en matière de population dans la région par rapport à l'objectif de réduction de la pauvreté du PA-CIPD, des objectifs du Millénaire pour le développement et du NEPAD au sein des diverses populations. Le processus même d'élaboration des politiques et «l'approche idéale à suivre» qui y est associée ainsi que les difficultés rencontrées, devraient permettre d'éclairer cette question. Le processus d'élaboration d'une politique de population est difficile car les nouvelles idées prennent du temps à être acceptées et les opinions et les attitudes doivent changer avant qu'une politique puisse être réformée ou mise en œuvre. Dans de nombreux États membres de la CEA, certaines coutumes et traditions rendent la réforme difficile. Par conséquent, les réformes juridiques et politiques devraient être envisagées compte-tenu de la mosaïque complexe des traditions, des rivalités ethniques, des coutumes et des pratiques religieuses de la région. Les principaux facteurs à prendre en compte dans l'élaboration d'une politique

de population devraient donc être les suivants: un large consensus sur l'importance et le besoin d'une politique, un leadership dynamique et engagé, des organisations et institutions du secteur privé intéressées, un appui politique local de la part de groupes influents, l'existence de preuves claires et convaincantes de la disponibilité de ressources financières, humaines et physiques pour appliquer la politique et mettre en œuvre le programme.

Or, la plupart des États n'ont procédé qu'à une mise en œuvre partielle des éléments du Programme national de la population (PNP). Il est donc difficile de suivre les progrès enregistrés et à plus forte raison d'évaluer les résultats ou de déterminer l'impact du programme. Un projet conçu pour ne traiter que de quelques aspects d'une politique nationale de population (ex: stratégie de population et de développement, adolescents et jeunes, répartition de la population et migration, santé en matière de reproduction, etc.) ne constitue qu'un aspect du PNP. L'existence d'un certain nombre d'activités en matière de population dans les divers secteurs ne prouve pas l'existence d'un programme national en matière de population.

De nombreux gouvernements n'ont pas eu suffisamment de temps pour sensibiliser leurs populations au besoin d'une politique de population (FNUAP, 1994; Farooq et Pernia, 1990). Sans doute par manque de données suffisantes ou de capacités techniques, les plans de mise en œuvre ne sont souvent élaborés que bien longtemps après l'adoption de la politique. Au moment de l'élaboration de certaines politiques, les données sont insuffisantes et les buts, les objectifs, les cibles et les stratégies sont donc fréquemment irréalistes, d'où la nécessité d'apporter des modifications dès que le projet de politique est promulgué sous forme de loi.

Dans certains États, les objectifs de la politique de population dans leur ensemble ne sont pas assortis de stratégies claires de mise en œuvre ni de mécanismes opérationnels clairement définis. Théoriquement, le processus par lequel une politique de population est acceptée au niveau politique et influe sur le développement d'un pays devrait suivre trois étapes: formulation (établissement des grands objectifs nationaux en matière de population et de développement), planification (élaboration des stratégies et des mesures pour intégrer les facteurs de population dans l'élaboration des programmes et l'affectation des ressources) et mise en œuvre (concrétisation de la politique par des programmes et des projets). La planification intégrée en matière de population et de développement est un processus très lent en raison du temps qui s'écoule entre la reconnaissance du problème, l'apprentissage et l'application de la méthodologie.

Avant de formuler une politique de population, il faut d'abord mener une recherche sur la corrélation entre les composantes de la croissance démographique et, ensuite, étudier la pertinence de cette corrélation pour l'État et pour les mécanismes par lesquels cette corrélation fonctionne. Il est important que les résultats de cette recherche indiquent ce que le gouvernement doit faire pour apporter les changements nécessaires. Par conséquent, la recherche devrait porter notamment sur les aspects suivants: préparer des estimations et des projections sur les niveaux et les tendances socio-économiques et démographiques du pays, déterminer la nature et les forces des interactions démographiques et de développement, et réaliser diverses formes d'analyses des politiques.

Compte tenu de ce qui précède, même si les États membres de la CEA ont fait de grands progrès dans la tenue de recensements et d'enquêtes avec l'aide du FNUAP et d'autres donateurs, il faut encore

améliorer la qualité des données pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des objectifs du PA-CIPD, des objectifs du Millénaire pour le développement et du NEPAD. Des initiatives comme celles entreprises par la Communauté pour le développement de l'Afrique australe (SADC) afin d'harmoniser les recensements généraux de la population en 2000 constituent un bon exemple dans ce domaine. Comme il en a été question pour la CIPD+5, les principaux problèmes ont été d'adapter les normes mondiales aux situations nationales ainsi que de mobiliser les ressources financières pour mettre en œuvre les conventions internationales. Les limitations techniques et institutionnelles, le manque de coordination entre les ministères, les ONG, la société civile, le secteur privé et les partenaires extérieurs, ainsi que le manque de volonté politique en ce qui concerne l'utilisation des capacités humaines et institutionnelles disponibles sont également des obstacles. Ces facteurs nuisent ainsi à l'élaboration des politiques dans les secteurs abordés dans les chapitres suivants.

Depuis la CIPD, les États membres doivent aborder un certain nombre de questions émergentes. Par exemple, la formulation des politiques nationales de population dans le cadre des DSRP, du NEPAD et des objectifs du Millénaire pour le développement est en train de devenir un facteur essentiel pour le développement durable. La nécessité de créer des organismes chargés de l'environnement et de formuler des politiques environnementales se renforce dans la région. On demande de plus en plus de bases de données permettant de surveiller et d'évaluer les tendances démographiques dans le cadre des DSRP, des OMD et du NEPAD. La collecte de données, en particulier les recensements de la population et la recherche devraient recevoir un financement suffisant. Une attention particulière devrait être accordée aux pays qui n'ont pas organisé de recensement ces dernières années, en particulier ceux qui sont en situation de crise ou sortent d'un conflit. La nécessité d'établir des mécanismes pour empêcher les crises et les conflits dans la région est également devenue une question importante depuis le Caire. Le lancement du Conseil de paix et de sécurité de l'union africaine en mai 2004 est donc une étape positive dans cette direction.

En ce qui concerne le VIH/sida et la santé en matière de reproduction des femmes, les questions qui ont émergé comprennent la nécessité de tenir compte des incidences du VIH/sida en étudiant les données et les projections démographiques et en créant des réseaux de chefs et guérisseurs traditionnels pour lutter contre les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines. La féminisation croissante de la pauvreté est également un grave problème dans de nombreux États. Par conséquent, il convient de cerner les problèmes qui causent la pauvreté et de créer des mécanismes de soutien pour protéger les femmes et les enfants contre ces effets.

## **Principales recommandations**

Pour éliminer le cercle vicieux de la pauvreté causé par les effets négatifs des liens réciproques entre population, environnement et agriculture, les gouvernements des États membres de la CEA devraient:

- Renforcer les bases de données nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre les politiques, les stratégies et les programmes de population et de développement, y compris le suivi et l'évaluation, et créer des outils efficaces pour intégrer les facteurs de population dans les programmes de développement car ces outils n'existent pas pour le moment;

- Favoriser l'équilibre entre les taux de croissance économique et démographique pour alléger le fardeau sur les budgets nationaux et la dégradation environnementale;
- Investir davantage dans les services des secteurs sociaux pour améliorer le capital humain et la productivité;
- Développer des instruments efficaces pour intégrer les facteurs démographiques aux programmes de développement
- Pratiquer une bonne gestion économique et une bonne gouvernance politique et accélérer le processus démocratique;
- Renforcer le commerce intra-africain pour augmenter la compétitivité de la région dans le contexte de la mondialisation;
- Développer les méthodologies et les outils permettant d'intégrer les facteurs de population dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSPR), dans les OMD et le NEPAD, compte tenu de l'importance accordée actuellement à ces programmes. Dans ce contexte, une formation devrait être assurée aux décideurs et au personnel technique;
- Organiser la formation en gestion des ressources naturelles comme mesure complémentaire à la mise en œuvre de la politique de population;
- Réfléchir sur la nécessité de mettre à jour ou de réviser les politiques et les plans d'action nationaux de population dans le contexte des programmes d'allègement de la pauvreté qui mobilisent l'intérêt et les ressources des parties prenantes nationales et des donateurs;
- Intégrer les questions de population dans les stratégies et les programmes de réduction de la pauvreté et faire en sorte que les programmes de population comprennent une composante de réduction de pauvreté;
- Encourager les institutions régionales et sous-régionales à intégrer les questions de population dans leurs politiques et programmes d'aide aux pays;
- Trouver des méthodes pour intégrer les questions de genre dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté;
- En plus des ressources régulièrement allouées par le FNUAP, les donateurs devraient affecter d'autres ressources aux pays qui ont connu des conflits ou ont accueilli des réfugiés;
- Soutenir la décentralisation afin de permettre aux autorités locales de contribuer aux efforts de réduction de la pauvreté.



# CHAPITRE DEUX

## ÉGALITE, ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES ET AUTONOMISATION DES FEMMES

Au cours des années 1990, les conférences mondiales ont cherché à formuler une nouvelle vision pour les femmes. C'est dans ce contexte qu'en 1994, au Caire, la CIPD a placé la promotion de la femme, de ses droits et de sa santé en matière de reproduction au centre des programmes et des politiques de population et de développement durable. Un développement efficace doit comprendre les différences et les rapports de force fondés sur le genre et y répondre (FNUAP 2003c).

Par conséquent, le PA-CIPD a recommandé à tous les États membres les mesures suivantes : i) instituer des mécanismes de nature à favoriser la participation égale et la représentation équitable des femmes à tous les échelons de la vie politique et de la vie publique; (ii) permettre aux femmes de donner la pleine mesure de leurs capacités par l'éducation et la formation; (iii) éliminer toutes les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes à tous les niveaux de la société; (iv) éliminer la violence et toutes les formes d'exploitation contre les femmes; (v) adopter les mesures nécessaires pour offrir aux femmes les moyens de gagner un revenu et leur permettre d'accéder à l'autonomie financière; (vi) mettre en application les lois, les réglementations et autres mesures permettant à la femme de s'engager dans des emplois économiquement rémunérateurs; (vii) garantir aux femmes le droit d'acquérir, de posséder et de vendre des biens et des terres sur un pied d'égalité avec les hommes, d'obtenir des crédits, de négocier des contrats en leur nom et pour leur propre compte, et d'exercer les droits de succession que la loi leur reconnaît; (viii) permettre une représentation équitable des deux sexes, notamment aux échelons de direction et d'élaboration de politiques; (ix) mettre au point une approche intégrée pour traiter les besoins en santé, éducation et d'autres besoins spécifiques des filles; (x) promouvoir l'égale participation des femmes et des hommes dans tous les domaines de responsabilité au sein de la famille et du ménage.

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) demandent également la promotion de l'égalité entre les sexes, l'autonomisation des femmes et l'élimination des disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005 de préférence, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

### Progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs du PA-CIPD

Les documents étudiés pour l'évaluation de la CIPD+5 concernant la promotion de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation économique des femmes ont révélé que certains États membres de la CEA (ex: Algérie, Erythrée, Kenya) avaient promulgué et appliqué des lois, révisé et modifié les politiques nationales préconisant l'abolition de la discrimination entre les sexes, des inégalités et des pratiques préjudiciables (FNUAP 2003c). Par exemple, l'Éthiopie, l'Erythrée, la Guinée-Bissau et l'Ouganda avaient promulgué des lois et révisé leurs codes pénal et civil ainsi que leurs constitutions pour assurer aux femmes les mêmes droits qu'aux hommes, et le même accès aux ressources économiques. Les plans nationaux de

développement du Sénégal, des Seychelles et de l'Ouganda étaient non seulement favorables aux femmes, mais visaient également à créer des infrastructures et des services pour le contrôle des ressources et l'égalité d'accès à l'emploi, aux marchés, au commerce, aux services commerciaux et à l'information.

De nombreux pays (ex: Algérie, Tanzanie, Tunisie) ont dit avoir recueilli, analysé, diffusé et utilisé des données sensibles au genre et mené des recherches sur le genre concernant la division du travail, l'accès aux revenus, le contrôle dans le ménage et les facteurs socioculturels qui affectent l'égalité entre les sexes. Le Botswana, le Ghana, l'Erythrée, la Namibie, l'Afrique du Sud, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe ont encouragé la participation des femmes sur le marché de l'emploi, notamment par l'octroi de congés de maternité, la formation professionnelle et des programmes d'alphabétisation. Des mécanismes institutionnels (ex: commissions, conseils, associations, coopératives de femmes et centres de la famille) ont été mis en place en Ethiopie, au Rwanda et au Zimbabwe pour traiter des questions de genre, et des points focaux en matière de genre ont été créés dans les ministères. Des crédits pour les activités génératrices de revenus ainsi que des conseils techniques aux femmes entrepreneurs ont été fournis au Ghana, au Kenya, en Namibie, au Nigeria et en Ile Maurice.

Des programmes visant à améliorer l'éducation des filles ont été mis sur pied en Egypte, au Sénégal et en Ouganda. Une formation sur les questions de genre, mettant l'accent sur la sensibilisation, la programmation et les analyses de genre, a été dispensée. La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été ratifiée par 41 États membres et appliquée par 31 pays; ces derniers ont mis l'accent sur la création de ministères des affaires féminines, l'augmentation du nombre des femmes ministres et parlementaires en utilisant notamment les systèmes de quota pour promouvoir la participation des femmes. Des améliorations considérables ont été observées en ce qui concerne l'accès des femmes au processus décisionnel et la participation des femmes au parlement, aux conseils de gouvernement locaux ainsi qu'aux commissions statutaires.

Dans la section sur l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes dans l'enquête de la CEA de 2003 sur la CIPD+10, on demandait quels mécanismes institutionnels avaient été mis en place pour mettre en œuvre les actions clés pertinentes du PA-CIPD et de la CIPD+5, si la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) avait été ratifiée et ce qui avait été fait au sujet de la protection de la petite fille, de l'élimination des pratiques nocives et de la participation masculine.

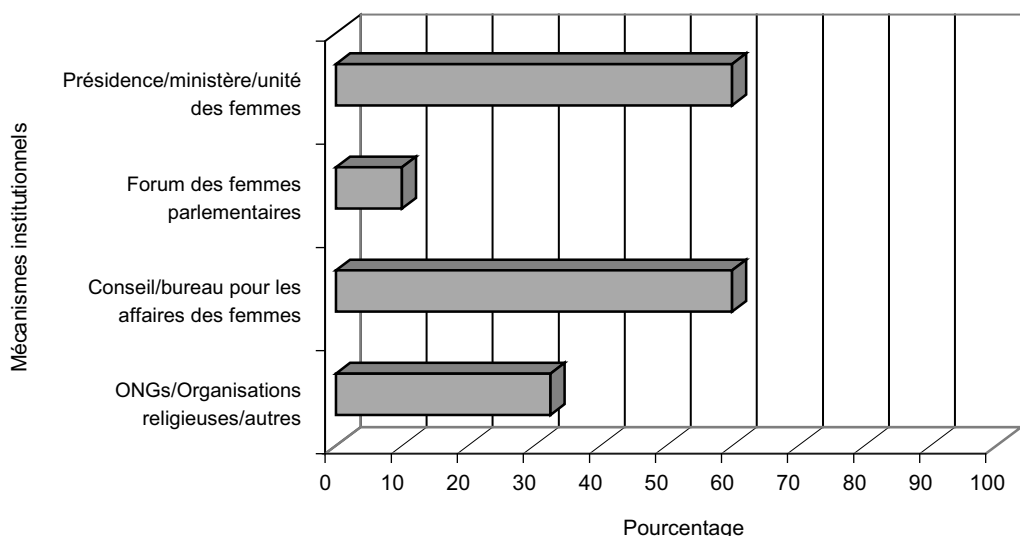
Les résultats de l'enquête de la CEA sur la CIPD+10 indiquent que 41 des États qui ont répondu ont mis en place des mécanismes institutionnels pour assurer le succès de la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD relatives aux questions de genre (voir figure 2 et annexe I, tableau 12). Vingt-quatre pays au total ont indiqué avoir institutionnalisé ces mécanismes au niveau de la Présidence de la République. Des points focaux en matière de genre ont également été désignés dans les ministères de tutelle au Burundi, en Côte d'Ivoire, en Ethiopie, au Mali, au Rwanda, au Sénégal, en Afrique du Sud et au Zimbabwe. Vingt-quatre autres pays ont pris les mêmes dispositions au niveau du Bureau des affaires féminines ou Bureau des femmes (Angola, Mali et Niger). Seuls quatre pays ont créé des comités parlementaires sur les questions de genre.

Les 43 pays qui ont répondu ont confirmé avoir pris des mesures visant à assurer l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes. Au nombre de ces mesures, la plus populaire (42 États) a été la promotion de la participation pleine et entière des femmes à l'économie (voir figure 3 et annexe I, tableau 13). Les autres mesures fréquemment adoptées ont été les suivantes: recueillir, diffuser et utiliser les données désagrégées par sexe dans tous les secteurs, faire en sorte que les établissements d'enseignement assurent l'égalité d'accès des femmes à l'éducation, protéger la petite fille contre les pratiques néfastes, adapter les services de vulgarisation et les services techniques aux besoins des femmes et centrer la recherche sur la division du travail et le contrôle des ressources dans les ménages. Parmi les meilleures pratiques en matière d'autonomisation des femmes, citons les mesures adoptées pour protéger les droits des filles et des femmes et s'attaquer à la violence faite aux femmes (voir encadré 2.2).

Afin de combler les lacunes dans le domaine de l'égalité entre les sexes, 40 des pays qui ont répondu (93%) indiquent qu'ils ont adopté des stratégies et des mesures visant à assurer l'accès de la petite-fille à l'enseignement primaire. Au niveau de l'enseignement secondaire et supérieur, 88 et 84% des gouvernements qui ont répondu ont (respectivement) adopté des mesures pour en assurer l'accès aux filles. Concernant la promotion de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, 74% des pays ont adopté une politique combinée qui couvre la promotion de la participation pleine et égale des femmes à l'économie, la protection des filles contre les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines (MGF) ainsi que le mariage et les grossesses précoces. Une bonne partie de ces pays ont porté l'âge minimal légal de mariage à 18 ans, et certains même à 21 ans.

De même, les 43 pays qui ont répondu ont indiqué qu'ils ont pris les mesures nécessaires pour prévenir et

**Figure 2: Répartition par pourcentage des mécanismes institutionnels mis en place pour la mise en œuvre des recommandations de DDN/CIPD et des actions clefs de la CIPD+5 relatives aux questions de genre**



lutter contre les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/sida. Environ 95 % de ces États ont ciblé les hommes pour prévenir les grossesses non désirées et à haut risque ainsi que la violence contre les femmes. D'autres ont pris des mesures législatives. L'Afrique du Sud, par exemple, a adopté des lois sur la garde des enfants et la responsabilité financière alors que l'Éthiopie a promulgué une sur la

## **Encadré 2.2: Meilleures pratiques en matière de promotion des femmes**

**Mesures proposées pour la protection des droits des filles et des femmes** - Création de commissions nationales, dispositions constitutionnelles, élaboration de politiques sur la discrimination fondée sur le genre, ratification des conventions de l'ONU, mise en œuvre de la Plate-forme d'action de Beijing, promulgation de lois sur les droits de la femme, élaboration de plans d'action nationaux sur l'intégration des questions de genre, identification de programmes de plaidoyer et d'IEC sur le genre.

**Mesures visant à s'attaquer à la violence contre les femmes** - adoption de politiques légales et législatives autorisant des stratégies de mise en œuvre et d'application de la loi, de formation, d'IEC et de plaidoyer pour sensibiliser au problème et contrer la prévalence de la violence dirigée contre les femmes, mécanismes institutionnels pour suivre et faire des rapports sur la prévalence de violence dirigée contre les femmes, formation tenant compte du genre pour les responsables gouvernementaux, création de nouveaux programmes qui font la promotion des droits de la femme. Il semble que l'ampleur et l'intensité des actions requises ne soient pas suffisantes face à l'omniprésence de la violence faite aux femmes.

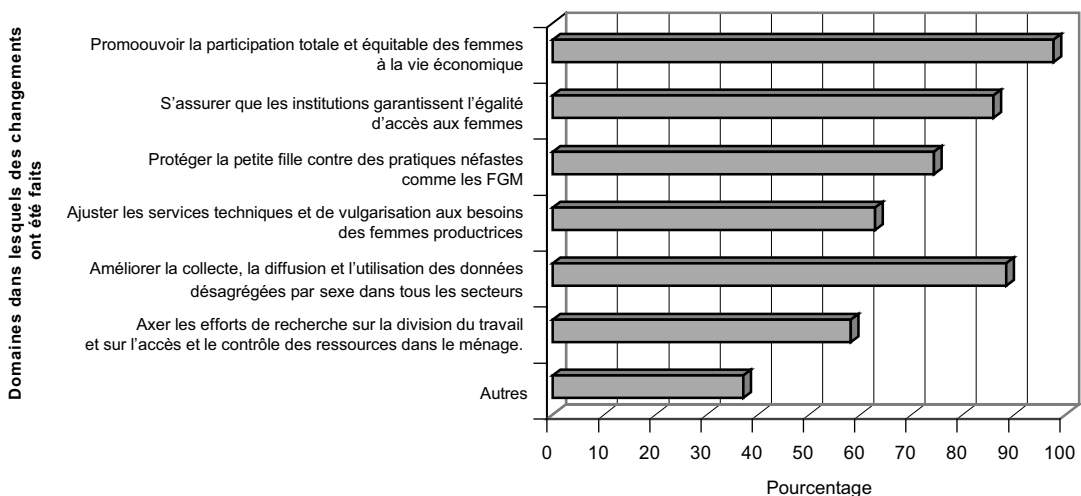
**Mesures spécifiques** – Le besoin de combler le fossé en ce qui concerne l'éducation des femmes est un défi politique important, en particulier en Afrique subsaharienne où persistent de grandes disparités entre les sexes s'agissant des inscriptions à l'école primaire. Les mesures adoptées sont notamment les suivantes : élaboration de livres et de programmes scolaires pour incorporer les préoccupations relatives au genre ou leur révision, adoption de lois sur les congés de paternité (**Cap Vert, RDC, Guinée, Ouganda**); création de cliniques de santé en matière de reproduction pour hommes (**Ghana, Guinée Bissau, Kenya, Sierra Leone, Tunisie, Ouganda**) et d'une Commission nationale sur les femmes, inclusion des femmes à la gouvernance et accroissement de leur participation, mesures incitatives pour que les familles pauvres envoient leurs filles à l'école, promotion des méthodes contraceptives pour hommes et IEC/plaidoyer sur la participation des hommes aux programmes de santé en matière de reproduction.

**Gabon** – organisation régulière de campagnes de sensibilisation du gouvernement sur les questions de genre et d'équité, le Bureau de l'ONU au **Gabon** a organisé en 2001 une session d'information pour les membres du gouvernement sur les questions de genre, sous la présidence du Premier Ministre.

**Sierra Leone** – En collaboration avec les ONG, le gouvernement a organisé des programmes de sensibilisation et de plaidoyer (notamment des lignes téléphoniques d'assistance reliées à une unité d'aide à la famille au sein de la police) sur les questions de violence contre les femmes.

*Source:* Rapport de l'enquête sur le terrain du FNUAP de 2003

**Figure 3. Pourcentage de la répartition des pays selon les actions prises par les gouvernements pour assurer l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes**



violence conjugale. Cependant, 23 États seulement ont adopté des mesures visant à assurer le partage du contrôle des revenus de la famille.

En outre, 42 pays (soit 98%) ont pris des mesures spécifiques visant à promouvoir la pleine participation des femmes à l'économie. La Zambie et l'Erythrée ont promulgué des lois garantissant un salaire égal à travail égal et la non-discrimination. Dans un certain nombre de pays, on s'efforce de mieux faire connaître la contribution des femmes aux comptes nationaux. La participation des femmes aux affaires politiques et administratives s'est également sensiblement accrue dans des États comme le Botswana, les Seychelles et la Tanzanie. Le nombre de femmes présentes au Parlement, au gouvernement et dans d'autres postes clés a augmenté dans plusieurs États membres à la suite de l'adoption de politiques sur l'action positive. Cependant, dans un certain nombre de pays (ex: le Swaziland), les femmes n'ont toujours pas le droit de posséder des terres et d'obtenir un crédit sans le consentement de leur mari.

Par exemple, le Cap Vert a réservé aux femmes un minimum de 35% des postes décisionnels. Tout récemment, le Rwanda a également augmenté le quota des sièges parlementaires et des postes ministériels réservés aux femmes. D'autres États ont adopté une forme ou une autre de programme d'action positive, soient l'Erythrée, le Mali, le Maroc, le Niger, l'Afrique du Sud, la Tanzanie, l'Ouganda et le Zimbabwe. Dans l'ensemble, ces efforts permettent de faciliter le processus d'intégration des questions de genre dans tous les secteurs. Des mesures ont également été prises pour éliminer les stéréotypes négatifs à l'endroit des femmes dans les médias ainsi que dans le matériel pédagogique. Des dispositions ont également été prises pour prévenir les pratiques inhumaines telles que le trafic des petites filles, l'utilisation des filles pour la prostitution et la pornographie.

## Contraintes et questions émergentes

La marginalisation des femmes en ce qui concerne les héritages et le partage des biens au moment du divorce ou du décès du conjoint est un problème fréquent dans la région. Dans la majorité des cas, les femmes se voient refuser le droit à l'héritage ou au partage équitable du patrimoine conjugal. Face à ces pratiques, il devient critique d'élaborer des stratégies efficaces pour assurer l'équité entre les sexes en ce qui concerne la propriété foncière et l'allocation des terres pour promouvoir l'autonomisation et les droits des femmes dans la région. Concernant les dispositions prévues à cet effet par le PA-CIPD, 38 des États qui ont répondu indiquent qu'ils ont adopté les mesures nécessaires pour assurer des droits égaux entre les femmes et les hommes en ce qui concerne l'héritage et le partage du patrimoine. Dans 33 de ces pays (comme l'Afrique du Sud), les questions relatives à l'héritage et au partage du patrimoine sont prévues dans la constitution.

Bien qu'une attention particulière soit accordée aux besoins de la petite fille, le fossé entre les sexes dans l'enseignement primaire n'a été éliminé que dans quelques États comme le Kenya, Madagascar, la Namibie, la Tanzanie, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe. Le fossé entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire persiste encore dans des pays comme le Bénin, le Burkina Faso, la République centrafricaine, la Guinée, le Mali, le Sénégal et le Togo (Lloyd et al. 2000).

Tant dans les programmes nationaux que sectoriels, l'adoption et l'institutionnalisation de la perspective de genre exigent l'application d'une analyse selon le genre pour l'élaboration des politiques et des programmes. En l'absence d'une bonne compréhension de l'intégration et le manque de capacité technique pour l'analyse selon le genre ainsi que la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes empêchent l'intégration de la dimension genre dans les programmes. En raison de la faiblesse des mécanismes de surveillance de l'égalité et de l'équité entre les sexes, la capacité de suivre et de combler le fossé entre les sexes est insuffisante. Il faut élaborer des lignes directrices opérationnelles pour orienter la mise en œuvre des programmes, rationaliser l'intégration de la dimension genre (un processus technique impliquant l'analyse du fossé entre les sexes, l'analyse des politiques pour vérifier la sensibilisation à l'égalité du genre, l'incorporation des préoccupations de genre dans les politiques et leurs mécanismes de mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation à l'aide d'indicateurs tenant compte du genre) du fait que ses principes restent ambigus et nébuleux (FNUAP 2003c). Ainsi, l'élaboration d'instruments appropriés pour intégrer le genre dans les cadres nationaux comme les stratégies de réduction de la pauvreté et les cadres d'assistance au développement des Nations Unies (UNDAF) est une des grandes priorités dans la région.

Près de 86 % des pays qui ont répondu ont pris des mesures visant à assurer un consentement libre et total au mariage par les futurs époux. Cependant, le lévirat (l'héritage des veuves) continue d'être pratiqué dans des pays comme l'Éthiopie, le Malawi et la Zambie. La plupart des pays ont lancé des campagnes d'IEC en vue de sensibiliser leurs populations aux dangers de ces pratiques. Des efforts visant à promouvoir l'éducation des filles sont également déployés pour relever le niveau minimal de l'âge du mariage dans environ 23% des pays qui ont répondu. Ces pays ont également indiqué qu'ils ont adopté diverses mesures pour promouvoir la participation égale des hommes et des femmes dans tous les domaines de responsabilité de la famille et du ménage, notamment des campagnes d'IEC dans 40 pays, la modification

de la loi du travail (27 pays) ainsi que l'institution du congé pour obligations familiales pour les hommes et les femmes (5 États).

L'insuffisance du crédit ou la difficulté d'y accéder, les contraintes institutionnelles, le manque d'accès aux ressources de production comme la terre et l'absence de contrôle sur elles, ainsi que le faible niveau d'éducation et de compétence en gestion d'entreprise ont également été difficiles à surmonter. Il faut donc encourager fortement les initiatives budgétaires concernant le genre dans tous les États membres de la CEA. Dans plusieurs pays, une multiplicité de systèmes juridiques parallèles (droit civil, droit coutumier, systèmes juridiques applicables aux communautés religieuses ou groupes ethniques particuliers) empêchent la reconnaissance des droits des femmes, en particulier le droit de posséder la terre et les droits au niveau de la famille. Malgré l'adoption de la Convention des Nations Unies pour l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes, la violence conjugale est encore un problème dans de nombreuses parties de la région, et dans les situations de guerre et de conflits politiques; les cas de violence contre les femmes sont courants. La violence de femmes contre d'autres femmes commence également à devenir problématique dans certaines parties de la région, et des mesures pour s'attaquer à ce problème doivent être prises.

Les autres facteurs qui ont entravé les progrès dans le domaine de l'égalité et de l'équité entre les sexes ainsi que la promotion des femmes sont le développement improvisé de programmes de genre sans objectifs à long terme d'intégration de la dimension genre dans tous les secteurs de développement, la difficulté de changer les attitudes et les comportements à l'égard des questions de genre en raison des barrières socioculturelles, les inégalités face à l'éducation pour les femmes, surtout au niveau de l'enseignement supérieur et professionnel, le manque d'experts compétents dans l'analyse des questions de genre, le manque de données chronologiques fiables pour l'analyse des tendances, le manque de données sur la féminisation de la pauvreté, le manque de données chronologiques fiables pour l'analyse des tendances et de lignes directrices claires pour intégrer la dimension genre dans les politiques et les programmes de population et le manque de personnel dans les services et ministères s'occupant des questions des femmes. Enfin, les crises financières, les conflits sociaux, l'instabilité politique et la pauvreté généralisée ont entravé dans de nombreux pays les efforts visant à intégrer les femmes dans le marché du travail à égalité avec les hommes. Il est donc crucial de socialiser les garçons et les filles au sein de la famille et dans la société pour assurer la parité entre les sexes et une responsabilité égale à l'intérieur et à l'extérieur du foyer.

## Principales recommandations

Afin de renforcer l'égalité et l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, les gouvernements des États membres devraient:

- Investir dans la collecte de données désagrégées selon le genre et effectuer des études systématiques sur lesquelles fonder des programmes de communication pour changer les comportements dans un contexte culturel. Le FNUAP devrait aider les pays à recueillir des données et à créer des capacités nationales dans le domaine des statistiques sur le genre;
- Fonder les plaidoyers et l'IEC sur une recherche rigoureuse qui cible les questions de genre, notamment la division du travail et le contrôle des ressources dans les ménages;

- Assurer la mise en oeuvre efficace des politiques et des lois ainsi que le fonctionnement des institutions existantes pour promouvoir l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes et la bonne mise en œuvre de tous les objectifs de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ainsi que ceux de la Charte africaine sur des droits humains et des personnes;
- Promouvoir et renforcer le rôle de la famille en mettant l'accent sur l'enseignement des valeurs positives en matière d'égalité entre les sexes;
- Mettre en place des mécanismes et des programmes visant à renforcer les pratiques socioculturelles positives et à éliminer les pratiques négatives et nocives ainsi que toutes les lois qui oppriment les femmes;
- Faire l'effort d'atteindre les femmes au moyen d'interventions visant le renforcement des capacités telles que des services de vulgarisation en matière d'agriculture, des mécanismes de crédit, l'augmentation du nombre des femmes dans des emplois salariés du secteur non agricole et l'élimination des disparités entre les sexes dans les écoles primaires, secondaires et universitaires;
- Contribuer au renforcement des capacités des femmes en matière de gestion des micro et macro entreprises pour assurer leur indépendance économique et leur permettre de prendre des décisions;
- Sensibiliser les hommes à la question de l'égalité de genre pour combler l'écart des connaissances entre les hommes et les femmes sur ces questions;
- Utiliser un langage approprié pour réduire la résistance à la cause de l'égalité entre les sexes;
- Encourager la participation des hommes à la santé et au droit en matière de reproduction, notamment la prévention de la violence contre les femmes et la propagation des IST et du VIH/sida;
- Intensifier les actions visant la participation et l'affranchissement des hommes en matière d'égalité entre les sexes;
- Promouvoir l'éducation sur une paternité et maternité responsables chez les jeunes;
- Renforcer les mécanismes d'égalité de genre;
- Créer un contexte favorable pour que les filles s'inscrivent en plus grand nombre aux niveaux de l'enseignement primaire, secondaire, supérieur et post universitaire;
- Renforcer les capacités en matière d'intégration de la dimension genre et élaborer et diffuser des instruments d'analyse selon le genre et renforcer la capacité d'utiliser ces instruments. En outre, le FNUAP devrait entreprendre une évaluation des meilleures pratiques dans l'intégration de la dimension genre pour déterminer leur efficacité, faire connaître les réussites et établir des méthodes appropriées pour évaluer les incidences des meilleures pratiques;
- Promouvoir des dirigeants porte-parole de l'égalité de genre et encourager les actions en ce sens;
- Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des recommandations sur l'égalité de genre, l'équité et l'autonomisation des femmes;
- Promouvoir l'intégration de la dimension genre dans des cadres macro-économiques tels que les DRSP;



- Coordonner les interventions concernant le genre et le développement au niveau de l'aide internationale au développement;
- Apporter une aide spéciale aux personnes victimes de violences sexuelles dans les pays en guerre;
- Rendre opérationnels les centres de coordination des rapports entre les genres mis en place en renforçant leurs capacités et en définissant clairement leurs rôles.

# CHAPITRE TROIS

## LA FAMILLE: SON RÔLE, SES DROITS, SA COMPOSITION ET SA STRUCTURE

La famille est l'unité de base de la société. La socialisation des enfants et la transition de l'enfance vers l'âge adulte sont de la responsabilité particulière des familles et des communautés. Malgré les progrès dus à la modernisation, le rôle des normes coutumières dans le processus de socialisation et d'éducation des enfants et des jeunes n'a été ni déplacé ni remplacé. La réalisation de plusieurs des ODM dépend également de la viabilité de la famille en tant qu'unité de production et de consommation de base assurant le bien-être social et la sécurité à ses membres qui ne sont pas absorbés par le secteur public ou privé. Plus particulièrement, lorsque les systèmes d'assurance sociale n'existent pas, comme c'est le cas dans la plupart des États membres de la CEA, les personnes âgées, les malades, les orphelins et les personnes handicapées dépendent des membres de leurs familles pour recevoir des soins et un soutien.

Les effets combinés de la pauvreté, des conflits sociaux, du VIH/sida et des barrières sociales, entre autre, menacent le bien-être et la qualité de vie des familles de la région. La pauvreté absolue en augmentation ne permet plus aux familles de répondre aux besoins sociaux essentiels de leurs membres. Ceux-ci voient ainsi réduire leurs possibilités de planifier leur vie, y compris la taille de leur famille. Compte tenu du nombre des conflits sociaux, la région abrite environ 30% des réfugiés du monde et plus de 50% des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Cette situation favorise l'instabilité des familles, relâche le filet de sécurité social de la famille élargie et vulnérabilise de nombreUses familles. Face aux conflits sociaux, les familles éprouvent des difficultés à assurer la stabilité qui permet l'amélioration de la qualité de vie de tous leurs membres. Il existe de plus des barrières sociales à la mise en œuvre des programmes. Certains États membres s'opposent ouvertement, et font obstruction, à l'introduction de l'éducation familiale dans les écoles. Même là où ce n'est pas le cas, les jeunes et les adolescents dans les familles participent très peu à l'élaboration des programmes qui les concernent.

L'urbanisation provoque une forte migration (saisonnièrement ou définitive) des régions rurales vers les villes. Les structures familiales sont de plus en plus désorganisées par la morbidité et la mortalité liées au VIH/sida (en particulier dans les sous-régions de l'Afrique de l'Est et australe), la hausse des taux de divorce, l'intensification de la migration et les effets des conflits. On voit donc une augmentation du nombre des femmes chefs de familles monoparentales et du nombre des enfants de la rue. La prise en charge traditionnelle dans la famille élargie est mise en péril. L'emploi des enfants dans le secteur informel et le travail des parents à l'extérieur de la maison réduisent également le temps réservé aux soins des enfants. Tous ces changements indiquent une désintégration progressive et soutenue de l'unité familiale dans la région. D'autre part, la préférence caractérisée pour les fils dans la plupart des traditions crée un environnement dans lequel les filles n'ont guère de possibilités au sein de la famille. Les filles ont donc encore moins confiance en elles et les traditions de préférence pour les garçons «parce qu'ils réussissent» se perpétuent. Or, très peu de recherches socioculturelles ont été réalisées sur la dynamique de ce cercle vicieux et sur la manière de le briser. Il est difficile de faire des recherches sur les besoins des adolescents

au sein de leurs familles et sur la manière dont ils sont satisfaits en raison des tabous et des pratiques traditionnelles enracinées, dont certaines sont néfastes.

Par conséquent, le PA-CIPD lance un appel aux États membres de la CEA pour: i) élaborer des politiques et des lois pour aider la famille; ii) prendre des mesures de sécurité sociale qui s'attaquent aux facteurs sociaux, culturels et économiques qui sous-tendent le coût sans cesse croissant de l'éducation des enfants; iii) promouvoir l'égalité des chances entre les membres de la famille; iv) donner les moyens nécessaires pour accroître la capacité de gain de tous les membres adultes de la famille tout en élaborant des politiques et des programmes de développement socio-économique; v) mettre en place de mesures visant l'élimination de toutes les formes de contraintes dans les politiques et les programmes relatifs au mariage, aux autres unions et formation de la famille; vi) adopter et mettre en œuvre des mesures visant l'élimination de l'emploi des enfants et les mutilations génitales féminines; vii) adopter des politiques en faveur de la famille dans les domaines du logement, de l'emploi, de la santé, de la sécurité sociale et de l'éducation; viii) accorder une plus grande attention aux familles pauvres, plus spécialement celles qui sont victimes de la guerre, de la sécheresse, de la famine, des catastrophes naturelles ainsi que de la violence ou de la discrimination raciale ou ethnique et ix) aider les familles monoparentales et accorder une attention particulière aux veuves et aux orphelins.

## **Progrès réalisés dans la mise en œuvre de la CIPD**

Comme il est indiqué dans la première partie, jusqu'à la CIPD+5, les programmes de population de nombreux États membres de la CEA n'accordaient pas une attention particulière à la famille. C'est essentiellement la communauté internationale qui se chargeait de cet aspect. Un cas d'espèce à cet égard a été l'adoption (1995) d'une «Déclaration sur le Plan d'action africain relatif à la situation des femmes dans le contexte de la santé de la famille» adoptée par l'ancienne Organisation de l'Unité africaine (OUA). Par la suite, l'OUA (actuellement l'Union africaine) a adopté la Résolution d'Alger (1999) demandant à ses États membres de s'attacher en particulier aux besoins de la famille. Certaines des mesures prises par les États membres pour améliorer la qualité de vie des diverses composantes de la population (petite fille, jeunes, adolescents) ont eu des effets positifs sur la famille. Aujourd'hui, l'Union africaine a pris l'engagement d'adopter une position commune africaine sur la famille dans le cadre du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille qui sera commémoré à la fin de 2004.

Compte tenu des changements qui touchent le bien-être de la famille en tant qu'institution dans la région, l'Enquête de la CEA sur la CIPD+10 (2003) a précisément demandé des informations sur les cadres politiques mis en place dans les États membres pour assurer le bien-être de la famille: politiques, mesures et programmes spécifiques pour répondre aux besoins de la famille, mécanismes appropriés pour aider les familles et les personnes âgées et pour traiter des questions d'héritage et de partage du patrimoine ainsi que du bien-être des familles. Les résultats de l'Enquête confirment d'une certaine façon l'absence relative d'attention que les États membres portent à la famille. A peine la moitié des États membres qui ont répondu (22 États) ont adopté un cadre politique pour assurer le bien-être de la famille. Les États de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest figurent en tête des autres sous-régions dans l'élaboration de ces politiques.

Douze des 22 États ont mis en place ce cadre politique avant la CIPD+5 seulement l'ont fait après la CIPD+10 ont modifié les cadres existants. Des politiques en faveur de la famille ont été élaborées dans des domaines tels que le logement (24 États), l'emploi (24 États), la santé (36 États), la sécurité sociale (32 États) et l'éducation (37 États) (voir annexe I, tableau 14). Seul le Soudan a cité la sécurité alimentaire comme mesure favorable à la famille que le gouvernement a adoptée. La figure 4 montre les politiques, les mesures et les programmes spéciaux favorables à la famille qui ont été adoptés.

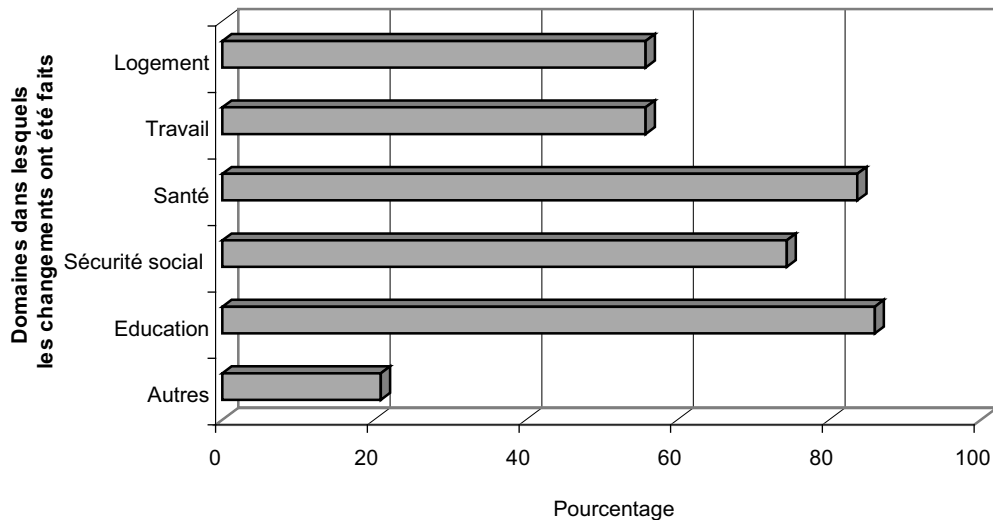
L'absence de communication entre les époux, entre les parents et les enfants a souvent tendance à réduire l'égalité entre les membres de la famille. Il n'est donc pas surprenant que certains États membres aient lancé des programmes d'éducation dans des domaines tels que le renforcement du rôle des parents (31 États), des compétences parentales (26 États) et du développement de l'enfant (38 États). Plusieurs autres États ont lancé des programmes pour la création de revenus et des mécanismes de crédit. Le Botswana et l'Érythrée, par exemple, ont répondu aux deux problèmes interdépendants de l'insuffisance des revenus et de la demande croissante de logement par l'adoption de politiques qui intègrent la réduction de la pauvreté et le logement en ciblant les ménages à faibles revenus dirigés par des femmes et les enfants orphelins.

Quant aux mécanismes mis en place par les gouvernements pour assister les familles touchées, les réponses indiquent que ces mécanismes ciblaient les principaux problèmes de développement de la région, soient l'extrême pauvreté et le VIH/sida. Entre 60 et 75% des États de chaque région ont indiqué dans leurs rapports qu'ils ont mis en place des mécanismes similaires, à l'exception de l'Afrique centrale et de l'Afrique orientale avec seulement 33% des pays. Le Rwanda notamment a adopté une politique nationale visant plus particulièrement à remédier aux effets négatifs du génocide de 1994.

Dans ces politiques et programmes en faveur de la famille, on a également pensé au bien-être des personnes âgées. Bien que 32 États aient exprimé leurs préoccupations au sujet du vieillissement de la population, seuls 10 d'entre eux avaient prévu des systèmes de sécurité sociale et de pension pour les personnes âgées. Aucun de ces 10 États n'appartenait à la sous-région de l'Afrique du Nord, alors que 4 étaient situés dans les régions de l'Afrique australe et de l'Afrique de l'Ouest, 1 en Afrique de l'Est et l'autre en Afrique centrale. Un certain nombre de pays (29) avaient également pris des mesures pour créer la capacité nécessaire afin d'assurer le suivi des effets des décisions et des actions sur le bien-être des familles, la situation des femmes et la capacité des familles à répondre à leurs besoins essentiels. Dans 13 États, cette capacité de suivi a été développée au niveau ministériel ou du Bureau des affaires féminines. Quelques autres pays (10) ont organisé des enquêtes pour évaluer les ménages et la pauvreté afin de faire un suivi régulier de ces questions essentielles.

Il existe cependant de très grandes variations dans les politiques adoptées. En Afrique du Sud, les personnes âgées reçoivent des indemnités de sécurité sociale, aux Seychelles, elles bénéficient d'un logement et d'autres formes de soutien. La Tunisie a mis en place un cadre juridique pour assurer un foyer aux femmes divorcées ou veuves et a créé des fonds de solidarité et des associations d'assistance aux familles en difficulté.

**Figure 4. Pourcentage de la répartition des pays selon les politiques, mesures et programmes tenant compte des préoccupations de la famille adoptés par les gouvernements**



S'agissant des mesures sur les héritages et le partage du patrimoine en cas de divorce ou de décès, bon nombre (38) des pays qui ont répondu ont dit avoir adopté ces mesures et 33 de ces pays ont également eu recours à la protection constitutionnelle et à la législation pour les questions d'héritage.

## Contraintes et questions émergentes

Comme on l'a déjà vu dans le présent chapitre, le cercle vicieux de la pauvreté et des forts taux de fécondité qui y sont associés représente des obstacles importants à l'atteinte d'un niveau de vie acceptable pour la majorité des familles africaines. Ces obstacles pèsent lourdement sur la capacité des familles élargies à aider les autres membres touchés par une crise et poussent un nombre toujours croissant d'enfants dans la rue. Les enfants des familles désunies sont également plus vulnérables à toutes les formes d'abus comme le trafic et l'exploitation sexuelle. On a également constaté que l'instabilité de la famille, la violence et l'exploitation sexuelle sont souvent des conséquences de la désintégration des réseaux traditionnels de soutien aux familles.

En raison des hauts niveaux d'exode rural, le soutien que les hommes et les femmes jeunes apportent aux personnes âgées a diminué. Malheureusement, ces personnes âgées ont également à leur charge un nombre croissant d'orphelins du VIH/sida et de la guerre. La réduction des dépenses du secteur social, y compris les revenus de pension, a entravé les efforts nécessaires pour subvenir aux besoins de la famille dans les domaines de la sécurité alimentaire, de l'éducation et des services de la santé en matière de reproduction. L'inaccessibilité et la mauvaise qualité des services de santé en matière de sexualité et de reproduction compromettent également la sécurité humaine au niveau de la famille.

La rareté des recherches ciblées sur la famille et la limitation des données compromettent la mise en place des politiques. Alors que de nombreux États ont créé des cadres juridiques pour assurer l'égalité des droits des membres de la famille, indépendamment de leur sexe, leur mise en œuvre n'est pas encore assurée. Dans de nombreuses sociétés, la préférence pour les garçons persiste. Il faut donc mener des études pour analyser ce phénomène et ses conséquences pour les filles. De nombreuses pratiques discriminatoires passent inaperçues et peuvent influencer profondément sur le développement physique, émotionnel, psychologique et intellectuel des enfants. L'amélioration de la qualité de la vie de la famille dans la région a également été entravée par les conséquences débilantes du fardeau de la dette et par la baisse de l'aide extérieure au développement, la détérioration des prix des produits agricoles et des matières premières, le protectionnisme et les subventions agricoles sur les marchés occidentaux, les programmes d'ajustement structurel et le processus déséquilibré de la mondialisation.

Les nouvelles questions importantes dans le domaine de la famille comprennent la nécessité d'appuyer les recherches socioculturelles sur la famille pour formuler des stratégies qui répondent le mieux à ses besoins et d'étudier les nouvelles structures familiales telles que les familles dirigées par des femmes seules et celles dirigées par les enfants. Par conséquent, Il faut mettre l'accent sur la collecte de données sur la famille et renforcer l'analyse de la dimension genre au niveau macro-économique par des recherches sur l'impact des programmes de population sur les ménages, dans la perspective de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile. L'impact des migrations et de la mondialisation sur les familles doit également être mieux étudié et compris de même que les effets du VIH/sida, de la pauvreté, des abus et de la violence.

## Principales recommandations

Pour que la famille joue son rôle en tant qu'unité de base de la société, les États membres devraient:

- Élaborer des politiques et des lois pour soutenir et promouvoir l'égalité des chances entre les membres de la famille;
- S'assurer que les codes et les lois sur la famille sont appliquées et suivies afin que de réels progrès soient faits grâce à l'application du PA-CIPD
- Donner les moyens aux familles de continuer de prendre soin des personnes âgées, des malades et des handicapés;
- Adopter des mesures de sécurité sociale qui prennent en compte les coûts croissants de l'éducation des enfants;
- Accroître la capacité de gain de tous les membres adultes des familles économiquement actifs;
- Mettre en place des politiques et des pratiques globales de bien-être et de sécurité sociale, y compris des services de santé en matière de sexualité et de reproduction et des stratégies adéquates de soins et de soutien;
- Renforcer la coopération multi-sectorielle et les nouveaux partenariats pour promouvoir le bien-être, la qualité de la vie et la sécurité de la famille, notamment pour les familles vulnérables telles que les ménages dirigés par les femmes et par les enfants;
- Évaluer les implications sociales, économiques et professionnelles du VIH/sida sur les familles et mettre en place des mécanismes d'intervention appropriés;

- Promouvoir la communication entre parents et enfants et au sein des couples;
- Créer des indicateurs pour orienter les interventions dans le domaine de la famille;
- Mettre en œuvre le plan d'action de l'Union africaine sur la famille africaine; et
- Mettre en place des systèmes de prise en charge psychosociale des victimes de crises, notamment les victimes de violences sexuelles.

# CHAPITRE QUATRE

## LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

L'importance sociale, économique et culturelle des enfants pour les familles et les communautés africaines est bien documentée. Du fait que la moitié de la population régionale est composée d'enfants et d'adolescents, le PA-CIPD reconnaît leur potentiel pour le développement socio-économique de la région et pour leurs besoins spéciaux: soutien social, familial et communautaire, accès à l'éducation, à l'emploi, aux conseils et aux services de santé en matière de reproduction de haute qualité.

Par conséquent, le PA-CIPD offre un cadre dans lequel peuvent se réaliser les aspirations de développement et de survie des familles et des communautés africaines pour leurs jeunes populations. Concrètement, le PA-CIPD demande aux États membres de la CEA de: i) concevoir des programmes et des mécanismes de soutien propres à promouvoir la pleine participation et l'implication des adolescents et des jeunes dans les programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction sensibles au genre; ii) veiller à ce que les services de soins de santé et les prestataires des soins ne limitent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin pour réduire considérablement les grossesses indésirées, les avortements à risques et les IST, y compris le VIH/sida; iii) créer des programmes d'information, d'éducation, de communication (IEC) et de plaidoyer sensibles à la culture avec l'entière participation des jeunes et des parents; iv) promulguer et mettre en vigueur des lois qui protègent les enfants contre l'exploitation et les violences physiques et psychologiques; v) créer un environnement favorable à l'élimination du travail et du mariage des enfants et; vi) donner aux jeunes hommes et aux jeunes femmes la capacité de surmonter les inégalités entre les sexes.

Dans ce contexte, le PA-CIPD insiste sur le fait que les services de santé en matière de reproduction devraient protéger les droits des adolescents à la vie privée et à un consentement informé, tout en respectant les valeurs culturelles et les droits et responsabilités des parents. Il leur sera ainsi possible de prendre des décisions et de faire des choix responsables et informés en santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents. Les objectifs du Millénaire pour le développement reconnaissent également la nécessité pour les États membres de la famille des Nations Unies de continuer à réduire fortement la mortalité infantile et maternelle, d'offrir l'enseignement universel à tous les enfants et d'éliminer les inégalités entre les sexes à tous les niveaux de l'enseignement.

### **Progrès enregistrés dans la réalisation des recommandations du PA-CIPD**

Conformément à ces principes du PA-CIPD, les conclusions de l'Enquête sur le terrain du FNUAP de 2003, indiquent que les gouvernements des États membres de la CEA ont adopté des politiques d'importance historique et des mesures juridiques, législatives, programmatiques et stratégiques et que, dans la limite des ressources disponibles, les communautés ont amorcé des changements par des moyens culturellement



acceptables (FNUAP, 2003c). Autrement dit, au niveau macro, la réalisation la plus importante et constante découlant du PA-CIPD a été de donner aux adolescents le droit à la santé en matière de reproduction. La participation des jeunes aux programmes est souvent reconnue également comme un facteur dynamique de changement et comme un élément essentiel de la réussite des programmes.

Par rapport à la situation au moment de la CIPD+5, la région a vu une augmentation spectaculaire de 38 à 66% des mesures adoptées par les États membres pour protéger les droits à la reproduction et répondre aux besoins de développement et de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents et des jeunes dans le cadre des programmes nationaux. Mais la situation économique catastrophique dans de nombreux pays et le soutien resté stable de la communauté internationale ont limité le renforcement des programmes en faveur des jeunes et des adolescents. Malgré ces inconvénients, l'Enquête du FNUAP sur le terrain de 2003 indique que 98% des États membres de la CEA ont inclus dans leurs programmes scolaires les questions relatives à la santé en matière de sexualité et de reproduction et au développement des compétences de préparation à la vie. Ils ont également adopté l'IEC et le plaidoyer comme outil important pour accompagner les programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents destinés aux jeunes ayant quitté l'école (FNUAP 2003c).

Au niveau micro, l'Enquête de la CEA sur la CIPD+10 (2003) cherchait à savoir dans quelle mesure chacun de ses États membres avait adopté des mesures conformes aux conventions internationales sur les droits de l'enfant et s'était attaqué aux problèmes de la santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents, y compris les questions de fécondité des adolescentes. Les résultats confirment que les États membres ont adopté des politiques, des stratégies et des mesures sur les droits des enfants. S'agissant des actions clés adoptées par ces États, 41 des États qui ont répondu ont assuré aux enfants et aux jeunes l'égalité d'accès à l'éducation, 38 États ont adopté des dispositions pour protéger les enfants de la rue, 37 autres ont adopté des dispositions pour protéger les orphelins et 36 États ont promulgué des lois contre l'exploitation des enfants.

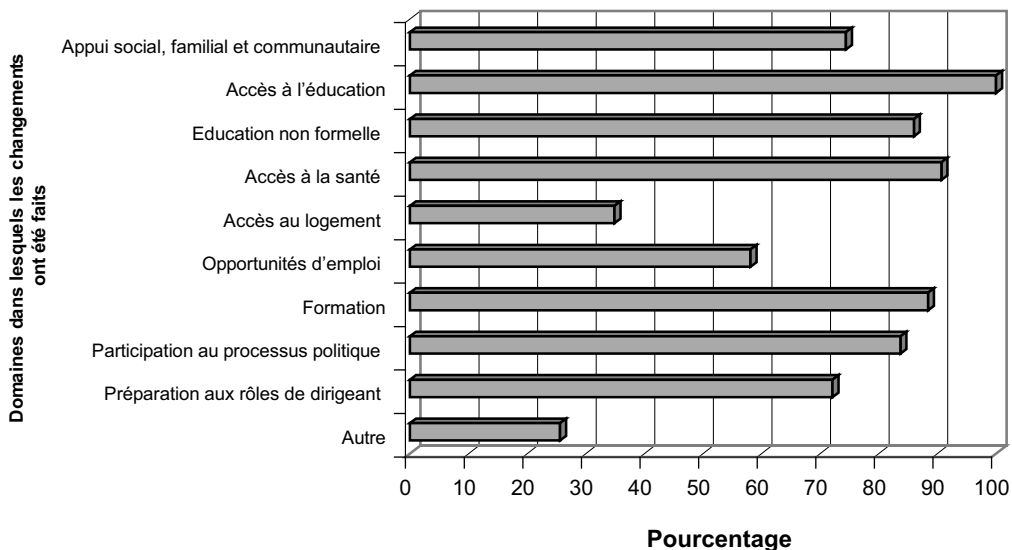
En outre, tous les États membres qui ont répondu ont indiqué qu'ils ont adopté une combinaison de mesures et de programmes spéciaux visant à répondre aux besoins des enfants et des jeunes (voir annexe I, tableau 15). Par exemple, 39 de ces pays ont assuré l'accès aux soins de santé, 38 ont pris des mesures pour assurer leur formation et 37 ont mis en place des infrastructures d'enseignement informel (voir la figure 5 pour ces actions et d'autres).

Le niveau d'adoption et de mise en œuvre des programmes sur la santé en matière de sexualité et de reproduction des jeunes et des adolescents varie d'une région à l'autre. La moitié des États de la sous-région du Nord offrent l'accès à des services tenant compte des préoccupations des jeunes, par rapport à 8 États dans la sous-région de l'Afrique de l'Est, 7 en Afrique australe, 12 en Afrique de l'Ouest et 5 en Afrique centrale. Dans le cas particulier de la préparation des jeunes au rôle de dirigeant, 31 États membres ont lancé des programmes à cet effet. En Afrique du Sud, au Sierra Leone et au Sénégal, des cliniques satellites accessibles à un grand nombre de jeunes ont été créées dans les écoles ou dans des endroits stratégiques.

Plus particulièrement, 35 (81%) des États membres qui ont répondu ont dit avoir mis en place des services de santé en matière de reproduction destinés aux jeunes. Les mesures novatrices prises à cet égard sont notamment l'utilisation de lignes téléphoniques ouvertes et la promotion des ONG de jeunes pour encourager la participation des jeunes à la conception et à la mise en oeuvre de programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents. Malgré les priorités concurrentes auxquelles sont confrontés les gouvernements, la plupart des États planifient le développement des jeunes de manière globale en fournissant dans le cadre des programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents une combinaison de programmes d'éducation formelle et de formation professionnelle. Dans ces programmes, la prévention et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) des adolescents, y compris le VIH/sida, constituent la stratégie ou la mesure de loin la plus fréquemment adoptée par les États (98%) face à ces problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents (voir annexe I, tableau 16). A cet égard, l'Enquête du FNUAP sur le terrain de 2003 a également montré que les ONG et les associations de jeunes ont joué un rôle clef, souvent dans des contextes non cliniques, en fournissant des services et des conseils sur la prévention du VIH/sida, la santé en matière de sexualité et de reproduction et les questions et préoccupations associées au développement des adolescents. Des programmes spécifiques sont également formulés en plus grand nombre pour répondre aux besoins spécifiques de la petite fille. On en trouve des exemples en Côte d'Ivoire, au Lesotho et en Ouganda dans le cadre de leurs programmes de VIH/sida destinés aux jeunes qui ont quitté l'école.

Les problèmes liés à la fécondité des adolescentes préoccupent considérablement les responsables dans la région depuis les années 1990 et on conduit à l'adoption d'une série de mesures et de stratégies, notamment des modifications législatives. Trente-sept des États qui ont répondu (86%) ont promulgué

**Figure 5. Pourcentage de la répartition des pays selon les mesures ou programmes spéciaux adoptés par les gouvernements en vue de répondre aux besoins des enfants et des jeunes**



des lois et adopté des mesures pour prévenir le risque élevé de grossesse ou des programmes d'éducation sur les compétences à la préparation de la vie, 84% d'entre eux ont pris des mesures similaires pour réduire la mortalité et la morbidité associées à la maternité précoce, 79% l'ont fait soit pour faciliter l'accès des adolescents aux méthodes de contraception indépendamment de leur statut matrimonial ou pour prévenir les mariages précoces et 72% ont adopté ces mesures pour éliminer la discrimination contre les jeunes femmes enceintes (voir annexe I, tableau 17). Un nombre croissant de pays (Burkina Faso, Ghana, Sénégal et Ouganda) ont également promulgué des lois pour éliminer la mutilation génitale féminine ainsi que d'autres pratiques néfastes à la santé en matière de reproduction des filles. Un certain nombre d'autres pays (Kenya, Sénégal, Sierra Leone, Afrique du Sud, Tanzanie et Zambie) ont adopté des politiques et des mesures permettant de réintégrer dans les écoles les jeunes filles enceintes après l'accouchement.

## **Contraintes et questions émergentes**

Un certain nombre de valeurs, de croyances et de pratiques traditionnelles qui compromettent les droits et la santé en matière de reproduction des enfants et des jeunes entravent la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD. Alors que de nombreuses cultures et traditions facilitent la socialisation des enfants et des jeunes, la persistance de tabous chez certains, en interdisant la reconnaissance explicite et la discussion ouverte de la sexualité parmi les jeunes adultes, milite contre ces efforts. Les attitudes traditionnelles favorables aux niveaux élevés de fécondité, à la discrimination entre les sexes et à l'exploitation sexuelle des filles et des femmes persistent encore dans certains États, donnent lieu à des taux élevés de grossesses indésirées, d'avortements à risque et d'infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH/sida). Dans certains pays où les cultures locales favorisent les mariages précoces, le nombre des grossesses et des maternités précoces est élevé. La maternité précoce est à l'origine d'une forte incidence de fistules obstétriques auxquels est associé un grave stigmate social qui réduit l'accès à l'éducation et à l'emploi des filles et par conséquent aggrave leur pauvreté.

D'une manière générale, les jeunes n'ont pas participé activement à l'élaboration des programmes qui les concernent dans de nombreux pays. Dans certains cas, les parents, les responsables des communautés et les autorités publiques n'ont pas été suffisamment sensibilisés aux objectifs et aux méthodes de ces programmes. Pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement concernant l'enseignement universel pour les enfants et les jeunes, il faudra renforcer la scolarisation et réduire le taux d'abandon scolaire, surtout parmi les enfants issus de familles pauvres. Un certain nombre de pays se sont dotés de stratégies ou de mesures visant à atteindre les enfants qui ont abandonné l'école, mais la portée et la dimension de ces interventions ne sont pas connues.

On ne connaît pas suffisamment non plus l'ampleur et l'étendue des pratiques néfastes et leurs effets sur les jeunes. Très peu de progrès ont été réalisés dans la recherche socioculturelle ou dans l'analyse situationnelle pour identifier les besoins des enfants, des jeunes et des adolescents ainsi que les effets des pratiques traditionnelles sur leur santé en matière de reproduction et leur bien-être en général. Même dans les États qui offrent des services de santé en matière de reproduction tenant compte des préoccupations des jeunes, les prestataires de ces services sont encore essentiellement formés pour s'occuper des adultes et ne sont pas sensibilisés aux besoins particuliers des jeunes. On peut créer des programmes scolaires sur

les droits et santé en matière de reproduction, mais on manque encore de bons instructeurs et de matériel didactique de qualité pour garantir la qualité de cette éducation.

En raison du manque de ressources, il a fallu abandonner les programmes qui font la distinction entre les réalités et les besoins des jeunes en fonction du genre. Le manque de connaissances des mœurs et des cultures locales a empêché de concevoir une stratégie appropriée, dans le cadre multiculturel et ethnique de la région, destinée à atteindre les adolescents non mariés et les jeunes gens qui ne font pas partie de structures organisées et formelles, en particulier en milieu rural.

Dans l'ensemble, dans le contexte des guerres et des conflits sociaux qui touchent de nombreuses parties de la région, l'aggravation des conditions de santé, d'éducation, d'emploi, des droits humains et des besoins des enfants et des jeunes ont nui à leur bien-être et à d'autres possibilités. La pauvreté contribue largement à la vulnérabilité des enfants et des jeunes à la maladie, à l'aggravation des conditions de santé en matière de reproduction et à la réduction de leur promotion socioéconomique et politique.

En raison de ces contraintes, la plupart des pays n'ont pas adopté de politiques sur les besoins essentiels des jeunes. La nécessité de mobiliser et de faire participer les jeunes à la conception et à l'exécution des programmes se fait sentir dans toute la région. Les autres questions qui ont émergé comme étant d'une importance cruciale pour les enfants et les jeunes dans la région sont notamment la nécessité d'encourager les jeunes et les adolescents à assumer la responsabilité de leur comportement sexuel, d'encourager la coordination et la coopération sous-régionales entre les pays pour s'attaquer aux problèmes des jeunes, de s'attaquer aux problèmes des jeunes des ghettos (gangs) découlant des guerres et de l'érosion des valeurs familiales, de prendre en compte les droits des enfants nés en dehors du mariage et de tenir compte de l'impact des conflits armés sur les enfants et des problèmes des enfants et des jeunes dans les situations de guerre.

## **Principales recommandations**

Compte tenu du potentiel des enfants et des jeunes pour le développement socioéconomique, les gouvernements et les partenaires devraient:

- Renforcer les services et les initiatives communautaires destinés aux jeunes (ex: IEC, mobilisation des jeunes, prestation de services communautaires en droits et santé en matière de reproduction);
- Appuyer la recherche socioculturelle et utiliser les conclusions pour définir les facteurs qui contribuent aux problèmes de santé en matière de reproduction afin d'intervenir de manière appropriée;
- Encourager les groupes de plaidoyer qui ciblent les enfants et les jeunes à sensibiliser sans cesse les responsables politiques et religieux, les décideurs politiques, les parents et les tuteurs pour l'adoption de politiques positives en santé en matière de reproduction pour les jeunes et les enfants;

- Renforcer les services destinés aux jeunes pour que les travailleurs de la santé respectent la confidentialité des jeunes;
- Cibler les parents, les enseignants et les jeunes pour les former sur les questions de genre afin d'assurer une égalité et une équité du genre effectives et durables;
- Veiller à ce que les messages de communication pour le changement de comportement, d'IEC et de plaidoyer soient transmis dans le contexte des questions de santé et de développement, en tenant compte des valeurs socioculturelles positives et que l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle fasse partie des programmes d'IEC pour promouvoir un changement de comportement positif chez les jeunes;
- Promulguer et mettre en vigueur des lois et des mesures pour protéger les enfants et les jeunes contre toute forme d'abus et de violences dans les écoles, les universités et le milieu de travail;
- Mettre en vigueur des lois pour obliger les parents à éduquer leurs enfants;
- Encourager l'éducation gratuite et obligatoire et s'attaquer au problème du chômage des jeunes;
- Promulguer et mettre en vigueur des lois qui fixent un âge minimum au mariage et qui punissent ceux qui engrossent les adolescentes;
- Revitaliser les réseaux sous-régionaux de jeunes pour partager les meilleures pratiques en santé en matière de reproduction;
- Encourager les jeunes à être responsables et élaborer des stratégies pour leur permettre de se prendre en charge;
- Accorder une attention particulière à l'intégration dans les programmes scolaires de modules sur le VIH/sida et l'éducation en matière de sexualité et de santé afin de prévenir les problèmes des jeunes et surveiller le contenu des programmes scolaires;
- Renforcer les services destinés aux jeunes et l'utilisation des lignes directes et des cliniques pour fournir de l'information et une éducation sur la santé en matière de reproduction des adolescents et le développement des jeunes;
- Accorder une attention suffisante aux stratégies de pérennisation des programmes pour enfants et jeunes afin de résoudre les problèmes de diminution des financements extérieurs;
- Réviser les lois, notamment celles relatives aux héritages et au mariage, pour qu'elles intègrent la dimension genre;
- Envisager d'incorporer les questions de droits de l'homme et de genre dans les programmes scolaires suffisamment tôt pour permettre aux élèves de faire des choix responsables en santé en matière de reproduction;
- Mener des études socioculturelles sur la façon de réduire le taux d'abandon scolaire chez les jeunes filles;
- Intégrer un plus grand nombre d'indicateurs socio-démographiques dans les programmes pour mieux cerner les questions des enfants et des jeunes;
- Faire davantage participer les jeunes à la formulation des politiques et des programmes et en particulier à la conception des messages de santé en matière de sexualité et de reproduction les concernant;
- Favoriser l'éducation par les pairs pour une meilleure communication entre les jeunes au sujet de leurs problèmes;

- Promulguer des lois qui protègent les droits des enfants nés en dehors du mariage;
- Ratifier et appliquer la Convention sur les droits des enfants; et
- S'attaquer aux causes premières du problème des enfants de la rue et promulguer et mettre en vigueur des lois contre les parents et les tuteurs qui négligent les enfants qui finissent enfants des rues.

# CHAPITRE CINQ

## DROITS ET SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Un des grands objectifs du PA-CIPD était de placer les recommandations relatives aux droits et à la santé en matière de reproduction dans le contexte global de la prestation des services de santé primaires et de la satisfaction des besoins de développement socioéconomique général des populations des divers États membres de la famille de l'ONU (CEA 1998). Concrètement, il s'agit de donner un accès universel à une gamme complète de services de santé en matière de reproduction de haute qualité dans le cadre des services de soins de santé primaires. Les droits en matière de reproduction reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires et des moyens de le faire et de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence.

### Progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs du PA-CIPD

Etant donné l'importance capitale que le PA-CIPD accorde aux questions de santé en matière de reproduction, les indications dont on dispose montrent qu'à la CIPD+5 et afin d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies relatives à la santé en matière de reproduction, les États membres de la CEA avaient: i) adopté des politiques et des programmes et promulgué des lois qui étaient (à l'époque) favorables à la santé en matière de reproduction des adolescents, en créant notamment des centres de conseils sur la planification familiale et la santé en matière de reproduction et en offrant des services aux jeunes, ii) modifié le code pénal et aboli la loi française de 1920 sur l'avortement (certains États), iii) élaboré des plans d'action sur la santé en matière de reproduction des adolescents ainsi qu'une stratégie sur la santé en matière de reproduction ou une politique sur le développement des jeunes ou les deux; et iv) amélioré l'accès aux établissements de santé.

Afin de réduire la mortalité maternelle, les États ont étendu la couverture et amélioré la qualité des soins de santé primaires par l'IEC, l'amélioration des services de référence, la prestation de soins obstétricaux d'urgence, la formation du personnel de santé des catégories inférieures dans les techniques de secourisme, la construction de nouvelles infrastructures sanitaires dans les régions éloignées et l'élaboration de stratégies pour une maternité sans risques. En ce qui concerne la mortalité infantile, des campagnes nationales de vaccination se sont poursuivies, l'allaitement a été encouragé de même que l'approche de l'OMS et de l'UNICEF pour une gestion intégrée des maladies de l'enfance, des politiques de nutrition ont été élaborées, le traitement gratuit de la malnutrition, de la diarrhée et de ses maladies connexes a été assuré et des soins de santé gratuits ont été fournis aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans.

S'agissant de la prestation de services de santé en matière de reproduction aux groupes spécifiques, de nombreux États ont lancé des projets de santé en matière de reproduction des adolescents offrant la pair-éducation et l'IEC parallèlement à des activités récréatives, et ont créé des centres pour jeunes visant plus spécialement ceux qui ont abandonné l'école, des ONG de femmes professionnelles ont mis sur pied

des centres de crises et des cliniques juridiques pour donner des conseils et mener des recherches sur les questions de violence contre les femmes et des mesures ont été prises pour renforcer le rôle des hommes dans la santé en matière de sexualité et de reproduction, y compris des campagnes de sensibilisation et de prise de conscience au sujet de la participation des hommes aux services de PF. Le rapport d'évaluation de la CIPD+5 contient d'autres détails sur la prestation des services de santé en matière de reproduction depuis le Caire.

L'évaluation de la CIPD+5 a révélé que les ressources disponibles ne permettaient pas de bien mettre en oeuvre toutes les recommandations du PA-CIPD, en particulier dans le domaine fondamental des droits et de la santé en matière de reproduction et, surtout, que la base technique et la volonté politique nécessaire pour leur donner la priorité faisaient défaut. La détérioration de la situation économique qui se poursuit à ce jour a touché d'autres secteurs que la simple prestation de services. De nombreuses traditions culturelles ont également milité contre l'amélioration de la situation de la santé en matière de reproduction et, dans certains cas, ont en fait contribué à la détérioration de la qualité des services.

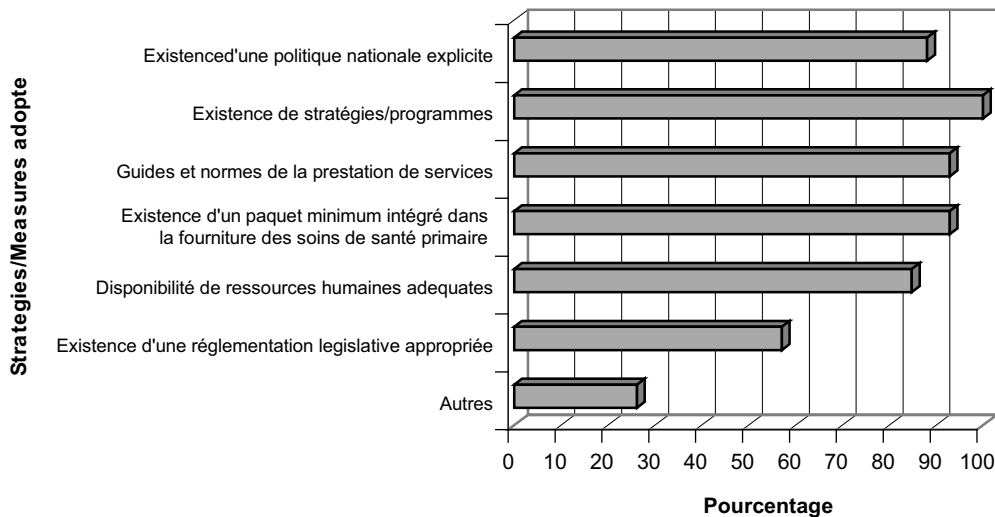
La question est donc de savoir si le scénario d'avant 1999 a sensiblement changé au cours des cinq dernières années et si oui, dans quel sens et avec quel impact. Pour répondre à cette question, la section sur la santé en matière de reproduction dans l'Enquête de la CEA sur la CIPD+10 (2003) était assez suffisamment détaillée et donnait des renseignements sur: i) les mesures adoptées par les États membres pour intégrer la santé en matière de reproduction dans leur système de soins de santé primaires; ii) les mesures adoptées dans les domaines de la santé en matière de reproduction ayant trait à la planification familiale, au rôle des hommes, à la mortalité maternelle et infantile, à l'avortement, aux mutilations génitales féminines, à l'allaitement, à la stérilité et aux infections sexuellement transmissibles; et iii) les partenariats établis dans le cadre des programmes de population et de santé en matière de reproduction. L'encadré 2.3 présente un résumé de la situation régionale par rapport à ce que l'on peut considérer comme de «meilleures pratiques» depuis la CIPD+5 à partir des résultats de l'Enquête sur le terrain de 2003 du FNUAP, en mettant l'accent non seulement sur les questions générales mais également sur les soins de santé primaires et la planification familiale.

Tout comme les résultats de l'Enquête sur le terrain du FNUAP, ceux de l'Enquête de la CEA sur la CIPD+10 montrent que les améliorations dans la situation et les services de santé en matière de reproduction apportées avant la CIPD+5 se sont poursuivies. Les résultats des enquêtes de la CEA sur la CIPD+5 et la CIPD+10 indiquent qu'un plus grand nombre d'États membres ont récemment adopté des stratégies relatives à la planification familiale (22% de plus), la mortalité maternelle (30% de plus), la mortalité infantile (34% de plus) et au rôle des hommes (33% de plus).

Pratiquement tous les pays qui ont répondu à l'Enquête de la CEA de 2003 sur la CIPD+10 (42 États) ont dit avoir intégré la santé en matière de reproduction dans leurs systèmes de soins de santé primaires à tous les niveaux (voir figure 6 et annexe I, tableau 18). On retrouve des stratégies ou des programmes explicites dans 42 États, des lignes directrices et des normes de prestation de services ainsi que des programmes minimums dans 39 États, une politique de population explicite dans 37 États et des ressources humaines suffisantes dans 23 États.



**Figure 6. Pourcentage de la répartition des pays selon la manière dont la SR a été intégrée dans les prestations des soins de santé primaire à divers niveaux de mise en oeuvre politique et législative**



Afin d'améliorer encore l'accès aux services de santé en matière de reproduction, les États membres ont indiqué qu'ils avaient adopté plusieurs stratégies et mesures et modifié leurs lois dans les domaines de la mortalité maternelle et infantile et des IST (42 États), de l'allaitement (40 États), de la planification familiale, du rôle des hommes, de l'avortement (38 États), du traitement de la stérilité (34 États) et des mutilations génitales féminines (23 États). Outre ces mesures ou réalisations, depuis 2001, le FNUAP a joué un rôle de chef de file aux niveaux international et national pour assurer la sécurité des produits de santé en matière de reproduction. De nombreux pays ont reconnu la nécessité d'assurer la sécurité de ces produits et sont en train de mettre en place des stratégies de mise en oeuvre. Malgré ces efforts et comme le montre ce qui suit, l'existence des services et leur accessibilité à la majorité de la population des différents États, en particulier dans les zones rurales, restent un problème important dans la région (FNUAP 2003c).

L'utilisation des contraceptifs reste faible dans la région car seulement 20% des femmes actuellement mariées (15 à 49 ans) utilisent les méthodes de contraception modernes. Cette proportion est plus basse dans les sous-régions de l'Afrique centrale et de l'Ouest (4,8 et 7,9% respectivement) que dans les sous-régions de l'Afrique du Nord et de l'Afrique australe (41,9% et 51,4% respectivement) (ONU 2004). Le nombre d'États membres ayant adopté des stratégies et des programmes spécifiques en matière de santé reproductive varie de 31 (72%) dans le cas de «la confidentialité et du caractère privé des services de santé reproductive» à 42 (98%) dans le cas de «la lutte contre le VIH/sida et les autres maladies sexuellement transmissibles chez l'adolescent et leur prévention». Mais le nombre des pays (23) qui disposent de ressources humaines suffisantes ou de règlements législatifs pertinents pour faciliter l'intégration des services de santé en matière de reproduction dans leurs prestations de soins de santé primaires est moins élevé. Dans toute la région, 5 États de la sous-région de l'Afrique du Nord disposent de ressources suffisantes contre 6 en Afrique de l'Ouest, 5 en Afrique de l'Est, 4 en Afrique australe et 3 en Afrique centrale.

Parmi les pays qui ont répondu (38), bon nombre ont déployé des efforts concertés pour assurer la participation des hommes à la santé en matière de sexualité et de reproduction. Ils sont assez inégalement répartis dans la région, soit 13 en Afrique de l'Ouest, 9 en Afrique de l'Est, 5 en Afrique centrale et 4 en Afrique du Nord. Pour assurer une plus grande participation des hommes, on a organisé des campagnes de plaidoyer (36 États) et de sensibilisation (37 États) et facilité l'accès aux services destinés aux hommes (30 États). Mais 11 États seulement ont organisé des campagnes d'IEC ciblant les hommes et traitant de leur participation et de leur responsabilité dans la planification familiale, la santé maternelle et autres services de santé en matière de reproduction.

La mutilation génitale féminine (MGF) est une pratique surtout répandue en Afrique subsaharienne et qui est une source de grave préoccupation pour la région. Dans un certain nombre d'États membres, on semble plus conscient de la nécessité d'éliminer cette pratique. Vingt-trois des 43 pays qui ont répondu ont pris les dispositions nécessaires pour éliminer cette pratique. Quinze États membres ont adopté les mesures législatives nécessaires pour résoudre ce problème, 22 autres ont lancé des campagnes de sensibilisation pour éradiquer cette pratique, 10 autres pays des sous-régions de l'Afrique australe et de l'Afrique centrale disent ne pas la pratiquer. Le recours aux campagnes d'IEC contre les MGF dans les écoles et l'offre de sources de revenus de rechange pour les personnes qui les pratiquent pour les amener à les abandonner font partie des autres mesures adoptées.

Les 43 pays qui ont répondu ont lancé des campagnes de sensibilisation sur la prévention et le traitement des IST, 42 ont adopté des mesures pour améliorer la prévention, le dépistage et le traitement, mais seulement deux États ont lancé des campagnes d'IEC axées sur la prévention des IST dans les écoles. Compte tenu des ressources limitées, de nombreux pays ont opté pour une approche syndromique à l'égard du dépistage et du traitement des IST. Les mesures de prévention et de traitement des IST/VIH ont été élargies à l'armée, à la police et aux milices armées (Bénin, Sierra Leone, République démocratique du Congo).

Étant donné l'ampleur des problèmes de santé en matière de reproduction, de nombreux États membres ont adopté des mesures visant à promouvoir les partenariats avec le secteur privé, les ONG locales, la société civile, les établissements d'enseignement et des jeunes. Quarante et un États ont établi des partenariats avec des ONG nationales et 39 gouvernements avec des ONG et des organisations de la société civile (OSC) internationales (voir annexe I, tableau 19). Les programmes de santé en matière de reproduction ont bénéficié de ces partenariats à maints égards, y compris une aide financière additionnelle et les ressources humaines nécessaires pour une bonne mise en œuvre des programmes. Des partenariats ont également été conclus pour coordonner les réglementations administratives. Trente-neuf États ont mis en place des mécanismes de coordination des activités des partenaires du secteur public et celle des partenaires d'autres secteurs. En outre, des ministres et des chefs de gouvernement ont fait la preuve d'un engagement politique de haut niveau lors de déclarations publiques en faveur de la planification familiale et de la prévention du VIH (Ghana, Mali, Ouganda).

Autant les actions clés de la CIPD+5 que les objectifs du Millénaire pour le développement ont fait de la proportion des naissances assistées par des personnes formées et compétentes un indicateur essentiel de la surveillance de la qualité des services de maternité et des progrès réalisés pour atteindre l'objectif important

de réduction de la mortalité maternelle. L'OMS estime qu'en 1995, seulement 47% des naissances dans la région ont été assistées par un personnel médical compétent par rapport à une moyenne de 77% et de 99% pour l'Europe et l'Amérique du Nord, respectivement. Les chiffres de la région de la CEA en particulier masquent d'importants écarts interétatiques et intra-étatiques ainsi que des écarts sous-régionaux allant de 6 et 8% respectivement en Erythrée et en Ethiopie, de 36% au Nigéria, de 46 % en Egypte jusqu'à 97% à l'île Maurice (OMS 2001). Les grossesses d'adolescentes contribuent sensiblement au risque de décès. Environ 50% des femmes de la région ont leur première grossesse à 19 ans. Cela augmente leur risque de mortalité maternelle, estimé à 1 sur 14 pour la région par rapport à 1 sur 1 300 en Europe, ainsi le risque de morbidité débilante comme la fistule obstétrique. Le FNUAP (2003b) estime que chaque année quelques 50 000 à 100 000 femmes dans le monde souffrent de fistule obstétrique.

L'inclusion de cibles quantitatives à atteindre en 2015 en ce qui concerne la mortalité maternelle a fait prendre conscience aux gouvernements (de la région) de la nécessité d'offrir des services de santé en matière de reproduction. Quarante-deux des États qui ont répondu avaient pris des dispositions pour réduire la mortalité maternelle. Il s'agit notamment de services de soins obstétriques d'urgence (41 États; soit 95%), des services de consultations néonatales (95%) ainsi que des services d'accouchement assistés (98%). Un nombre important de gouvernements ont ainsi pris l'engagement politique ferme de résoudre le problème des hauts niveaux de mortalité et de morbidité maternelles. Plusieurs États (88%) ont récemment pris des mesures destinées à résoudre les complications faisant suite aux avortements. Alors que dans les sous-régions de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, pratiquement tous les pays qui ont répondu font état de ces mesures, seuls 4 les ont prises en Afrique du Nord, 11 en Afrique de l'Ouest et 5 en Afrique centrale. Les mesures les plus fréquemment adoptées sont la fourniture de soins apportés aux femmes qui connaissent des complications de l'avortement (38 États) ainsi que des conseils après l'avortement (32 États). Trente-cinq États ont adopté des mesures visant à prévenir et à réduire l'incidence des avortements à risques. Dans l'ensemble, la qualité des soins obstétriques d'urgence s'est améliorée grâce à la formation, à la fourniture d'équipement et de matériel et de la mise en place de réseaux de transport et de communication.

Concernant la réduction de la mortalité infantile, quarante-deux États fournissent des soins néonataux, des soins intégrés de la morbidité infantile et des programmes généralisés de vaccination. Quelques autres États ont organisé des campagnes de nutrition. D'autres mesures ont également été prises, notamment la poursuite des campagnes nationales de vaccination pour éradiquer les principales maladies de l'enfance (Algérie, Burkina Faso, Burundi, République démocratique du Congo, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Mali, Lesotho, Sénégal, Malawi); la promotion de l'allaitement (Burkina Faso, Burundi, Ethiopie, Malawi, Mali, Maroc); l'adoption de l'approche de l'OMS/UNICEF pour une gestion intégrée des maladies de l'enfance (Erythrée, Ethiopie, Gambie, Kenya, Mali, Maroc, Togo); l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de nutrition (Algérie, Burkina Faso, Cap Vert, République centrafricaine, Gambie, Malawi, Sénégal); le traitement gratuit de la malnutrition et des maladies diarrhéiques (Ghana) et la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (Afrique du Sud).

Au moins quarante pays ont également adopté des stratégies et des mesures visant à promouvoir l'allaitement afin de favoriser l'espacement des naissances. Au Ghana et au Botswana par exemple, la sensibilisation des femmes à l'importance de l'allaitement intensif, l'encadrement des mères séropositives,

### **Encadré 2.3: Meilleures pratiques dans les domaines des droits et de la santé en matière de reproduction depuis la CIPD+5**

**De manière générale**, de nombreux pays ont amélioré leurs infrastructures de santé en matière de reproduction. Le **Ghana** a amélioré la prestation des soins néonataux et post-nataux à tous les niveaux. Le **Bénin et la Guinée** ont mis l'accent sur le recrutement de personnel supplémentaire. L'**Afrique du Sud** a accordé de nouvelles ressources pour former les travailleurs de la santé et déployé du personnel supplémentaire. Au **Botswana**, 90% de la population vit dans un rayon de 15 kilomètres d'établissements de soins. Le **Mozambique** a adopté des procédures d'accréditation des infrastructures pour améliorer la qualité des services de santé en matière de reproduction. En **Ile Maurice**, les heures de travail ont été prolongées pour faciliter l'accès aux services de santé.

#### **Intégration des services de santé en matière de reproduction dans le système de soins de santé primaires**

– tous les Etats de l'Afrique subsaharienne ont intégré un programme minimal de services de santé en matière de reproduction dans leur système de soins primaires. L'**Afrique du Sud** – a créé des «centres de services à guichet unique», ce qui a permis d'y intégrer les services de santé en matière de reproduction. La **Côte d'Ivoire** et le **Zimbabwe** ont intégré les soins obstétriques essentiels dans leur système de soins primaires. Le **Libéria, le Mozambique et le Zimbabwe** ont inclus la prévention des IST et du VIH/sida dans leurs services de soins de santé primaires.

**S'agissant de la planification familiale**, la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne fournissent divers contraceptifs (injectables, stérilets, implants, préservatifs pour hommes et préservatifs pour femmes (disponibles dans les deux tiers des Etats membres de l'Afrique subsaharienne). L'utilisation des préservatifs est largement encouragée au **Tchad, au Ghana, en Guinée, au Libéria, aux Seychelles, au Swaziland et en Tanzanie**.

Près de 70% des États de l'Afrique subsaharienne ont mis en place des systèmes de gestion de la logistique ou des plans d'approvisionnement fournis essentiellement (en totalité) par l'assistance extérieure, à l'exception du Botswana, où le gouvernement fournit tous les produits de santé en matière de reproduction.

De nombreux États membres (**Angola, Bénin, Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mozambique, Namibie, Niger, Sénégal, Swaziland et Zambie**) offrent une **formation dans les soins obstétriques de base**. De nombreux autres ont pris des mesures pour traiter à temps le paludisme et fournir de la vitamine A. L'**Egypte** a connu une baisse significative de la mortalité maternelle et infantile et d'autres ont amélioré la collecte des données et la tenue des registres pour les besoins de suivi. L'**Angola et la Namibie** ont adopté des mesures visant à améliorer le contrôle de la mortalité maternelle et établi un système de collecte des données, de flux de l'information et de rétroaction sur la mortalité maternelle. Au **Zimbabwe**, une réunion d'enquête et de vérification se tient pour chaque décès prénatal et maternel à tous les niveaux du système de santé. En 2003, l'**Afrique du Sud** a publié le rapport d'une enquête confidentielle sur la mortalité maternelle afin d'en utiliser les résultats pour réduire sensiblement ce type de mortalité et le **Swaziland** a entrepris une étude similaire. Les cas de l'**Egypte et du Zimbabwe** montrent que l'on peut réduire de manière significative la mortalité maternelle en une décennie.

La plupart des pays de l'Afrique subsaharienne (**Botswana, Ghana, Mozambique**) assurent une formation sur l'utilisation des méthodes d'aspiration manuelle (MVA) en particulier pour les travailleurs de la santé (y compris les sages-femmes).

*Source:* Rapport de l'enquête sur le terrain de 2003 du FNUAP

ainsi que le lancement de programmes visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant font partie de ces mesures. Certains États ont également créé des hôpitaux pour les bébés.

## Contraintes et questions émergentes

Malgré les succès mentionnés ci-dessus, il reste encore plusieurs défis à relever pour atteindre les objectifs du PA-CIPD concernant les droits et la santé en matière de reproduction. L'incapacité des États à accorder la priorité voulue et à réaffecter les rares ressources dont ils disposent pour la fourniture de services de santé en matière de reproduction adéquats, surtout dans le contexte du VIH/sida et d'autres problèmes de développement constitue un obstacle important. De plus, les synergies possibles entre les mesures prises pour résoudre les problèmes du VIH/sida et de santé en matière de reproduction n'ont pas été utilisées. Le manque de ressources financières et humaines ainsi que les obstacles culturels nuisent également à la fourniture des services de santé en matière de reproduction. Cette situation est encore aggravée par le fait que les États dépendent essentiellement des donateurs pour obtenir ces ressources limitées.

La pandémie du VIH/sida dans de nombreux pays membres de la CEA, en particulier chez les jeunes femmes et chez les jeunes, est un problème de développement bien reconnu qui continue de miner les acquis. Il est difficile de traiter certaines questions culturellement sensibles telles que la grossesse ou la maternité précoces, l'avortement à risques, l'acceptation et l'utilisation très limitées des méthodes de planification familiale, les mutilations génitales féminines et la violence contre les femmes. Malgré la disponibilité et l'accessibilité croissantes des services de planification familiale, ceux-ci continuent d'être essentiellement destinés aux femmes et limités aux besoins à court terme. Les soins obstétricaux d'urgence ne sont assurés que dans certaines zones et dans le cadre de projets pilotes. La majorité de la population n'a pas accès aux services de maternité sans risques.

Il n'a pas encore été possible non plus d'établir des partenariats fructueux entre le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les donateurs. L'accès aux soins de santé est généralement limité dans la plupart des États de l'Afrique subsaharienne et il l'est davantage encore pour les soins de santé en matière de reproduction. Dans les services de planification familiale et d'autres soins de santé en matière de reproduction, il y a aussi de nombreux besoins non satisfaits, mais les ressources consacrées aux produits de la santé en matière de reproduction et à la mise en place de systèmes logistiques efficaces demeurent insuffisantes. Le suivi des progrès dans l'atteinte des objectifs et des cibles définis est retardé par le manque de données appropriées.

Les principales mesures à prendre concernant les droits et la santé reproductive sont de donner aux couples le droit fondamental à des services avancés de traitement de la stérilité, de dépister et prévenir les divers types de cancer (sein, col de l'utérus et prostate), d'intégrer la ménopause dans les services de santé reproductive, décentraliser la formation des sage-femmes afin qu'elles soient plus nombreuses dans les zones rurales, d'intégrer les informations et les données sur la santé reproductive dans les systèmes existants de gestion des données sur la santé ainsi que dans les cadres de suivi de la pauvreté et collaborer avec les militaires, les policiers et les anciens combattants à la prévention du VIH/sida.

Afin que la santé des femmes et des enfants reste au cœur de tous les plans de développement aux niveaux national, provincial, des districts et des communautés, les États membres devraient:

Afin que la santé des femmes et des enfants reste au cœur de tous les plans de développement aux niveaux national, provincial, des districts et des communautés, les États membres devraient:

- S'assurer que toutes les infrastructures de soins de santé primaires soient dotées d'un personnel qualifié et soient entièrement équipées pour garantir des services intégrés de santé en matière de reproduction de qualité: services de soins obstétriques d'urgence, planification familiale, traitement des MST, et santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction;
- Renforcer les politiques sur les traitements pour permettre la prestation et la promotion d'une large gamme de services de santé reproductive, élaborer et utiliser les lignes directrices nécessaires dans le système de prestation des soins;
- Prévoir de nouvelles ressources pour la formation du personnel de santé, créer un système de renvoi durable en santé reproductive, et fournir les médicaments, les produits et fournitures essentiels;
- Veiller à la répartition équitable des infrastructures et du personnel qualifié, et traiter le problème de la forte mobilité du personnel;
- Mener des recherches pertinentes, en particulier la recherche opérationnelle, et utiliser les résultats pour évaluer les progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs et cibles définis;
- Assurer le respect des droits en matière de reproduction des femmes et des adolescents, plus spécialement le droit à l'information sur les méthodes de prévention des grossesses indésirées, des MST ainsi que d'autres maladies infectieuses; et
- Participer davantage à l'autofinancement des produits contraceptifs.

Les gouvernements, les ONG et les organisations de la société civile devraient:

- Établir des partenariats pour définir et mettre en oeuvre des stratégies visant à améliorer les conditions sociales, économiques et de vie des femmes et résoudre le problème des conditions culturelles défavorables qui influent sur le statut de la femme;
- Veiller à ce que les politiques, les plans stratégiques et tous les aspects de programmation et de mise en application des services de santé sexuelle et reproductive respectent tous les droits humains, y compris le droit au développement, et que ces services répondent aux besoins de santé durant le cycle de vie;
- Demander une redéfinition de la santé reproductive qui prenne en compte le contexte spécifique et le cadre d'intervention du pays pour renforcer les synergies entre toutes les parties prenantes;
- Sensibiliser et former les hommes pour qu'ils participent davantage à la planification familiale et à d'autres domaines de la santé reproductive;
- Accorder une attention particulière aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des hommes, dont la stérilité masculine;
- Encourager l'utilisation des préservatifs pour une double protection ;
- Prendre en compte les droits de tous et pas seulement ceux des femmes dans le contexte des droits et de la santé reproductive;
- Formuler des politiques nationales de santé reproductive pour les jeunes avec la participation directe de ces derniers;

- Intégrer les questions d'avortement dangereux, surtout parmi les adolescents, dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle conformément aux lois nationales;
- Prévoir des interventions en santé reproductive pour les situations de crise et d'urgence;
- Tenter des approches axées sur les résultats afin d'améliorer la qualité des services;
- Encourager les populations à se prêter au dépistage du VIH/sida et à se prévaloir des services de conseils ;
- Améliorer la qualité des cliniques accessibles aux jeunes dans le système de soins de santé primaires et inciter les parents et les tuteurs à encourager leurs enfants à les fréquenter.

Les organisations régionales et internationales ainsi que le secteur privé devraient:

- Collaborer pour promouvoir la santé des femmes et des enfants;
- Elaborer et mettre oeuvre des stratégies proactives et novatrices pour obtenir et mettre à profit la collaboration des partenaires privés en vue de fournir des services adéquats;
- Promouvoir les réformes du secteur de la santé dans la région pour une prestation de services de bonne qualité.

# CHAPITRE SIX

## LE VIH/sida

Le PA-CIPD a intégré la pandémie du VIH/sida dans les droits et la santé en matière de reproduction sans fixer d'objectifs spécifiques. Lors de la CIPD+5, une nouvelle référence a été définie appelant « les gouvernements, avec l'aide de l'ONUSIDA et des donateurs, de faire en sorte que d'ici 2005, au moins 90%, et d'ici 2010, au moins 95% des jeunes hommes et jeunes femmes de 15 à 24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour acquérir les compétences fonctionnelles requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection du VIH. De même, les services devraient inclure l'accès aux méthodes préventives, notamment les préservatifs pour hommes et pour femmes, le dépistage volontaire, les conseils et le suivi. En guise de seuil de référence, les gouvernements devraient utiliser les taux d'infection au VIH/sida chez les personnes âgées de 15 à 24 ans pour que d'ici 2005, la prévalence dans ce groupe d'âge soit globalement réduite et qu'elle soit réduite de 25% dans les États les plus touchés et qu'en 2010, la prévalence dans ce groupe d'âge soit réduite globalement de 25%» (ONU 2000, para 70).

La CIPD+5 a en outre demandé aux gouvernements, en collaboration avec l'ONUSIDA et les communautés: i) d'élaborer et de mettre en oeuvre des politiques et des plans d'action, (ii) de promulguer des lois et de prendre des mesures visant à prévenir la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida et contre les groupes vulnérables, y compris les femmes et les jeunes. (iii) d'améliorer les soins et le soutien, y compris les soins à domicile; (iv) de prendre des mesures pour atténuer l'impact du SIDA; (v) d'accorder une grande priorité à la prévention et au traitement des IST; et (vi) d'intégrer la prévention des IST et du VIH/sida et les services connexes dans les services de santé en matière de reproduction et les soins de santé primaires.

Les objectifs du Millénaire pour le développement ont défini des critères pour mesurer les progrès réalisés dans la lutte contre la propagation du VIH/sida, du paludisme et d'autres maladies (objectif n°6). On espère que les États membres pourront arrêter et renverser la tendance d'ici 2015. Lors de la Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/sida (UNGASS) en 2001, 189 États membres ont également adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, reflétant le consensus général sur un cadre d'action global pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement relatif au VIH/sida. Cette action comprend un suivi rigoureux de l'atteinte de cibles concrètes et planifiées dans le temps et souligne l'importance des partenariats.

## Progrès enregistrés dans l'atteinte des objectifs du PA-CIPD

Les gouvernements des États membres de la CEA n'ont évidemment pas tous été associés à la lutte contre la pandémie du VIH/sida dès le début de sa propagation. Cette situation a considérablement changé au début des années 1990. La moitié des 50 États membres qui ont présenté les rapports nationaux à la CIPD (1994) ont dit avoir mis en place (généralement au sein du ministère de la Santé), un programme, un groupe de travail ou un comité au niveau national pour s'occuper de la pandémie. La création de



l'ONUSIDA en 1996 pour coordonner l'intervention de l'ONU a été un facteur important dans le soutien international, régional et national apporté aux gouvernements et aux partenaires au développement en matière de VIH/sida. Les efforts déployés à ces différents niveaux sont souvent appuyés et complétés par ceux des ONG, des groupes religieux, de la société civile, des personnes vivant avec le VIH/sida ainsi que des donateurs. Des cadres institutionnels de haut niveau ont été généralement mis en place depuis la CIPD+5 pour coordonner les actions nationales.

Au moment de la CIPD, les médicaments antirétroviraux (ARV) n'étaient pas encore disponibles. Leur généralisation pour atteindre les pays pauvres constitue non seulement un phénomène récent, mais est également largement tributaire des activités de plaidoyer, des négociations et de l'amélioration de la qualité et de la baisse du prix des médicaments aux niveaux international et national. Depuis le début de 2001 et conformément à l'engagement de l'OMS/ONUSIDA de traiter aux antirétroviraux 3 millions de personnes vivant avec le sida (la majorité en Afrique subsaharienne) en 2005, le traitement des personnes vivant avec le VIH/sida comprend la fourniture de médicaments ARV sur une base expérimentale. Les estimations de l'ONUSIDA (2003a) indiquent qu'en 2003, sur les 4 millions de personnes et plus de la région de la CEA qui avaient besoin des ARV, seulement 50 000 y ont eu accès. Les efforts déployés pour étendre le traitement par les ARV sont en cours dans certains États comme le Botswana, le Congo, le Kenya, le Nigeria, le Sénégal, la Sierra Leone et l'Afrique du Sud, bien que seul le Botswana ait mis en place un programme national. Des difficultés persistent en ce qui concerne les besoins en infrastructure et la formation du personnel.

L'Enquête de la CEA sur la CIPD+10 (2003) comprenait de très nombreuses questions sur la pandémie du VIH/sida, en particulier sur le cadre multi-sectoriel mis en place par les gouvernements pour résoudre le problème, le niveau de prise de décision dans la structure du gouvernement à laquelle l'organe responsable du VIH/sida se situait, les mesures et les stratégies adoptées pour prévenir et traiter la pandémie, son intégration dans le système des soins de santé primaires et dans les programmes et services de santé en matière de reproduction.

Les réponses révèlent une nouvelle volonté politique de la part des États et des gouvernements membres de la CEA. Pratiquement tous les pays qui ont répondu (42) ont confirmé qu'ils ont créé une unité au sein de la structure gouvernementale chargée de coordonner les efforts relatifs au VIH/sida. Dans 24 de ces pays, l'unité se situe au niveau de la Présidence de la République et elle est constituée d'une équipe de travail que dirige le Président. Trente de ces États ont mis en place des conseils, des commissions ou des bureaux du sida au niveau ministériel. Dans 16 États membres, certaines de ces structures ont été étendues au niveau des services. Généralement, ces organes de haut niveau collaborent avec les ONG, le secteur privé et la société civile, y compris les réseaux des personnes vivant avec le VIH/sida. Comme on l'a vu dans la section précédente sur les services de santé en matière de reproduction, la Commission du sida en Ouganda a joué un rôle important dans la gestion et le renversement de la tendance de la pandémie. Au Togo et au Ghana, c'est le Président qui dirige la Commission du sida. Le Burundi et la Côte d'Ivoire ont pour leur part créé des ministères spéciaux de lutte contre le sida (voir figure 7 et annexe I, tableau 20).

La vaste série de mesures et de stratégies adoptées par les États membres de la CEA dans le cadre de leur stratégie nationale globale de prévention et de traitement du VIH/sida est présenté à l'annexe I, tableau 21.

Les progrès enregistrés dans ce domaine sont notamment les suivants:

La surveillance des comportements pour suppléer à la surveillance épidémiologique dans le suivi de l'évolution de la pandémie et de l'impact des interventions se renforce.

Les techniques de surveillance épidémiologiques améliorent la normalisation et la fiabilité des données.

Il existe une plus grande prise de conscience du VIH/sida dans les communautés de nombreux États membres.

Des initiatives de prévention du VIH, telles que la sensibilisation au VIH, le retardement de l'activité sexuelle et l'utilisation des préservatifs ont été mises en place, en particulier pour les jeunes de 15 à 24 ans.

Les services de conseils et de dépistage volontaire, rares en 1994, s'étendent dans toute l'Afrique subsaharienne.

Dix-huit des États membres qui ont répondu ont intégré le VIH/sida dans la prestation des soins de santé primaires; 93% de ces États ont pris des mesures supplémentaires pour intégrer le VIH/sida dans les programmes et les services de santé en matière de reproduction.

Les préservatifs sont facilement accessibles; 42 des États qui ont répondu ont accru la disponibilité des préservatifs par rapport à la décennie précédente.

Des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont assurés dans de nombreux États car le prix des ARV a baissé et ces médicaments sont plus facilement accessibles.

Bien qu'il reste beaucoup à faire, de nombreux États offrent des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans des sites expérimentaux en milieu urbain et envisagent de généraliser leurs efforts dès que les fonds, les infrastructures, les produits et le personnel de formation le permettront.

Des programmes de soins et d'appui communautaires pour les orphelins et les enfants vulnérables (OVC) sont créés, en particulier dans les sous-régions de l'Afrique australe et de l'Est.

L'appui et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida s'intensifient grâce aux services de soins à domicile assurés essentiellement par les ONG et les organisations religieuses.

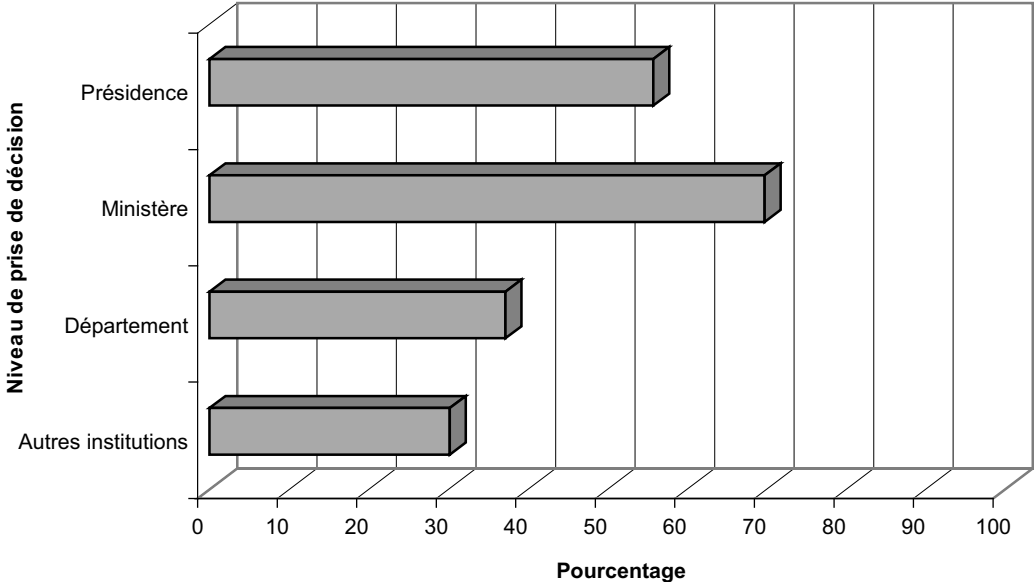
Plus de la moitié des États ont adopté des politiques de prévention de la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida.

Malgré une certaine résistance, la réduction des stigmates et de la discrimination ainsi qu'une plus grande ouverture sont maintenant acceptés comme des facteurs incontournables pour assurer l'efficacité de la prévention et du traitement du VIH.

Les partenariats se sont intensifiés, les efforts de renforcement de capacités se sont multipliés et la mobilisation des ressources à l'intérieur et à l'extérieur de la région s'est considérablement renforcée.

Au cours des dernières années, de nouvelles sources de financement sont apparues, notamment le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Programme multinational de la Banque mondiale sur le VIH/sida, les programmes de financement total ou partiel de l'ONUSIDA et d'autres bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux, les contributions du secteur privé et des engagements nationaux et autres plus importants. Lors du Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses, qui s'est tenu à Abuja, au Nigéria en 2001, les Chefs d'État et de gouvernement des pays africains se sont engagés à allouer au moins 15% de leurs budgets annuels nationaux à l'amélioration du secteur de la santé. Ils ont également convenu de mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour la prévention du VIH/sida, la fourniture des soins et du soutien ainsi que le renforcement de partenariats appropriés en vue de la réalisation de ces objectifs. Une Commission sur le VIH et la gouvernance en Afrique (CHGA) a également été mise en place à la CEA. En tant que «commission activiste», la CHGA n'a pas l'intention de procéder à des recherches et une mise en œuvre distinctes. Elle veut plutôt s'assurer que des activités de plaidoyer et d'engagement politiques seraient engagées parallèlement à la recherche.

**Figure 7. Pourcentage de la répartition des pays selon le niveau où l'organe chargé des questions de VIH/sida est situé dans la structure gouvernementale**



## Contraintes et questions émergentes

La région de l'Afrique subsaharienne compte 70% des personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde (soit environ 30 millions sur les 42 millions dans le monde entier). Dans les sous-régions de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, qui sont les plus durement touchées, la pandémie a inversé les avancées sans précédent réalisées depuis la Deuxième guerre mondiale dans la réduction des taux de mortalité infantile, juvénile et des adultes. Les taux de mortalité infantile et des adultes ont considérablement augmenté dans ces sous-régions à la suite de la pandémie. Selon les données de 14 pays issues de l'Enquête sur le terrain du FNUAP de 1990, les estimations du taux de prévalence du VIH sont de l'ordre de 0 à 10% pour la population âgée de 15 à 24 ans.

Selon les estimations de l'ONUSIDA (2002), le taux de prévalence (à la fin de 2001) chez les adultes âgés de 15 à 49 ans en Afrique de l'Ouest variait entre 1,6 et 11,8% par rapport à 0,1 et 2,6% en Afrique du Nord, 3,6 et 12,9% en Afrique centrale et 2,8 et 15% en Afrique australe. Selon les estimations de l'OMS, alors que 10,6 millions d'adultes vivant avec le VIH/sida se trouvaient en Afrique en 1994, il y en avait environ 30 millions (adultes et enfants) en 2003, avec 3,5 millions de nouvelles infections en 2002 seulement (ONUSIDA/OMS 2002). Les taux élevés de prévalence du VIH ont réduit l'espérance de vie dans les États les plus gravement touchés, en particulier chez les femmes qui sont infectées jeunes, modifié les taux de dépendance avec plus de 11 millions d'enfants orphelins et accentué la mortalité infantile, infanto-juvénile et des adultes.

Exception faite de l'Ouganda, rien ne laisse à penser que les États membres de la CEA atteindront l'objectif de la CIPD+5 qui consiste à réduire de 25% en 2005 la prévalence du VIH/sida dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans. Etant donné l'impact démographique du VIH/sida, les incidences socio-économiques se font de plus en plus sentir, plus particulièrement dans les secteurs où la main d'œuvre est très qualifiée (ex.: santé, éducation, gouvernance). La prévalence est en particulier élevée au sein des forces en uniforme, avec le risque de réduction de la sécurité nationale. La pandémie pose donc des problèmes pour la santé, le développement et la sécurité.

La difficulté de généraliser en ce qui concerne les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/sida dans la région tient au fait que même si au Sénégal et dans quelques sous-populations (notamment parmi les jeunes femmes à Lusaka et certaines zones de forte prévalence de l'Afrique du Sud), l'incidence du VIH semble baisser, dans les sous-régions où l'épidémie progresse lentement, la prévalence du VIH s'accroît, en particulier au sein de certains groupes de populations tels que les travailleurs du sexe et les forces en uniforme. Par conséquent, il semble que les objectifs de la CIPD+5 ne pourront pas être atteints en 2005, sauf dans quelques pays et sous-populations.

Les principales contraintes sont l'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles, l'absence de prise de conscience politique de l'impact sectoriel et de développement du sida, l'érosion des effectifs en raison du sida dans tous les secteurs à forte prévalence et le contexte économique et politique parfois difficile dans de nombreux pays. Les stigmates et la discrimination restent généralisés et, malgré sa progression, l'ouverture au sujet de l'épidémie reste limitée. La profonde inégalité entre les sexes reste un facteur important, tout comme l'inégalité socioéconomique, la forte mobilité, l'instabilité et les conflits.

Le lien entre le VIH/sida et la pauvreté est complexe, mais la pauvreté généralisée et l'inégalité économique contribuent directement et indirectement à la transmission du VIH et compromettent le soutien et les soins apportés aux malades. Malgré le récent renforcement du leadership politique et la priorité accordée au sida dans les programmes internationaux et nationaux, il est impératif de susciter un engagement plus vigoureux. A titre d'exemple, malgré l'engagement pris à Abuja de consacrer 15% du PIB à la santé, le FNUAP (2003a) indique dans son rapport qu'en 2003, le pourcentage des dépenses consacré à la santé allait de 0,4 à 8,0% du PIB, avec de fortes variations dans chacune des sous-régions géographiques.

Plusieurs stratégies positives de prévention du VIH/sida (ex: prévention et traitement des IST, éducation par les pairs, plaidoyer, communication pour le changement de comportement, stratégies socioculturelles et autres stratégies de sensibilisation, changement des attitudes et des comportements, utilisation des préservatifs pour hommes et pour femmes, circoncision des hommes, conseils et dépistage volontaire et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant) ont été définies et sont utilisées. Sur le plan culturel, de nombreuses pratiques à risques ont également été identifiées. Les efforts efficaces pour prévenir le VIH/sida sont encore insuffisants et restent isolés et limités dans leur étendue et leur impact (ONUSIDA 2003a). Dans certains pays, la sensibilisation au VIH est insuffisante, malgré des progrès importants depuis 1994.

Les changements de comportement personnels pour prévenir le VIH ne peuvent avoir qu'un effet limité si la majorité des gens vivent la plus grande partie de leur vie dans des environnements à haut risque. Les principaux facteurs qui influent sur l'environnement à risque dans de nombreux pays membres de la CEA sont notamment les suivants:

- Inégalité entre les sexes: les filles et les femmes ont des niveaux d'éducation inférieurs, moins d'autonomie économique et de droits que les hommes, sont victimes de la violence fondée sur le sexe et sont soumises à des normes culturelles qui leur accordent un statut inférieur et les exposent aux risques. La proportion des femmes par rapport aux hommes en ce qui concerne l'infection au VIH croît chaque année. Elle était de 58% environ en 2002 (ONUSIDA 2003a). Le commerce du sexe restant l'une des rares options économiques offertes à de nombreuses femmes et filles appauvries, les sensibiliser est vital pour prévenir le VIH dans tous les États.
- Valeurs et pratiques culturelles telles que les cérémonies d'initiation des adolescents qui impliquent des rapports sexuels, la purification sexuelle des veuves, le lévirat, la mutilation génitale féminine et l'assèchement de la paroi génitale favorisent les risques de transmission du VIH.
- Pauvreté et inégalités: la performance économique générale de nombreux pays a été médiocre au cours de cette dernière décennie. L'augmentation éventuelle du PIB ne s'est pas nécessairement traduite par une distribution plus équitable des revenus ou en une plus grande sécurité des conditions de vie pour la majorité. L'insécurité économique se poursuit, en particulier chez les femmes, et favorise la prolifération de l'épidémie.
- Mobilité: les mouvements de personnes ou de familles à la recherche d'un emploi, les déplacements de populations à l'intérieur du pays et le statut de réfugié tendent à renforcer la vulnérabilité à l'infection au VIH. Les coutumes et les contrôles sociaux se perdent, les

femmes sont de plus en plus obligées de recourir au commerce du sexe, les services de santé en matière de reproduction et autres services de santé se dégradent et l'accès et l'utilisation des préservatifs diminuent et les jeunes sont particulièrement exposés au risque d'exploitation, y compris la violence sexuelle.

- Situations de conflit et après conflit: Les contrôles sociaux se désintègrent plus fortement en période de guerre, d'où l'accroissement des risques de viol généralisé et la réduction de l'accès au traitement des IST ou aux préservatifs pour atténuer les risques d'infection. Par conséquent, les situations de conflit et d'après conflit devraient être reconnues comme un des principaux obstacles à la prévention du VIH/sida dans la région.

Outre la lutte contre le VIH/sida, il faut aussi accorder plus de place à la tuberculose, au paludisme et à d'autres maladies infectieuses et faire en sorte que les États membres de la CEA puissent accéder aux ressources du Fonds mondial pour le VIH/sida et que les personnes vivant avec le VIH/sida puissent bénéficier de traitements antirétroviraux plus abordables.

## Principales recommandations

Les gouvernements des États membres devraient:

- S'efforcer de réduire les facteurs de risque de la transmission du VIH (pauvreté, inégalité entre les sexes, instabilité sociale et conflits);
- Allouer des ressources financières à tous les secteurs pour prévenir le VIH, pour les soins aux malades du sida et pour l'atténuation des conséquences;
- Réagir à l'épidémie de manière intégrée dans des cadres et des initiatives de population et de développement globaux en se fondant fortement sur les droits de l'homme;
- Faire preuve d'un plus grand engagement politique et assurer le renforcement des capacités;
- Mieux promouvoir et assurer la fourniture des préservatifs pour hommes et pour femmes; améliorer la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données afin d'influencer les politiques et les programmes dans les différents secteurs et améliorer l'accès aux traitements dans toute la région;
- Intensifier les efforts visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida;
- Cibler les femmes enceintes et leurs partenaires dans la prévention du VIH et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant;
- Identifier, par la recherche, les pratiques sexuelles à risques et promouvoir les pratiques sûres;
- Offrir un soutien généralisé et prolongé aux orphelins et aux personnes âgées et prévenir le VIH parmi ces personnes;
- Assurer le suivi de la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida et la mettre en œuvre;
- Poursuivre les négociations sur la production régionale des ARV à des prix abordables;
- En partenariat avec le FNUAP, appuyer la Coalition Globale des femmes et les activités génératrices de revenus pour les femmes les plus pauvres ;

- Promouvoir et coordonner les efforts avec les ONG travaillant à la prévention du VIH/sida;
- Promouvoir la décentralisation des programmes de VIH/sida pour atteindre les communautés locales de manière plus efficace et adopter des approches multi-sectorielles;
- Faire en sorte que les services de conseils et de dépistage volontaire du VIH soient offerts gratuitement aux personnes qui les demandent;
- Promouvoir les droits des personnes (autant ceux qui ne sont pas infectés que ceux qui le sont), l'abstinence, la fidélité, l'utilisation du préservatif et la responsabilisation des hommes;
- Promouvoir l'éducation à la santé ainsi que sa prévention, en particulier parmi les jeunes afin d'éviter les nouveaux cas d'IST, y compris le VIH/sida;
- Fournir des ressources additionnelles pour appuyer les programmes de prévention chez les travailleurs du sexe;
- Intensifier les interventions concernant le VIH/sida dans la perspective de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Le VIH/sida devrait être traité comme une urgence et les demandes de fonds devraient être traitées en conséquence;
- Lever les idées fausses et les barrières culturelles à l'utilisation des préservatifs;
- S'assurer que les pays à revenu intermédiaire ont également droit aux ressources destinées à la lutte contre le VIH/sida;
- Prendre en compte la dimension genre du VIH/sida et promouvoir la production et l'utilisation de données désagrégées par sexe dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de VIH/sida;
- Intégrer le VIH/sida dans les programmes scolaires et encourager la prise de conscience en la matière dans les médias;
- Développer et soutenir des programmes de recherche opérationnelle pour déterminer les facteurs socioculturels favorables et défavorables à la lutte contre le VIH/sida, en particulier au niveau des communautés.

# CHAPITRE SEPT

## RÉPARTITION DE LA POPULATION, URBANISATION ET MIGRATION

De nombreuses villes de la région de la CEA ont beaucoup de difficulté à assurer les services de base (logement, transport et infrastructure d'évacuation des eaux usées), en raison de la rapide croissance démographique, de l'insécurité grandissante, de l'insuffisance de l'investissement étranger et de la mauvaise gestion économique. Les niveaux d'urbanisation les plus élevés de la région se trouvent dans les sous-régions de l'Afrique du Nord et de l'Afrique australe où la moitié de la population totale vit dans des agglomérations urbaines. Par contre, seul un quart de la population totale de l'Afrique de l'Est habite en milieu urbain. Même si cette dernière sous-région compte parmi les régions les moins urbanisées du monde, sa population a augmenté de 5,8% par an entre 1950-2000. La sous-région de l'Afrique de l'Ouest connaît également un des taux de croissance démographique les plus forts d'Afrique, soit 5,3% par an.

D'autre part, certains États des sous-régions de l'Afrique centrale et de l'Afrique de l'Est (Gabon et Djibouti) présentent une situation extrême où deux centres urbains comptent plus de 80% de la population totale vivant en milieu urbain. En l'absence d'une croissance économique soutenue et d'une stabilité politique, l'accroissement projeté de la population de ces villes (1990-2015) laisse à penser que la situation des agglomérations urbaines ira en s'aggravant. La prolifération des «villages urbains» est également préoccupante (ONU 2001). Mais il semble que certaines de ces villes abritent maintenant les plus grosses concentrations de maladies infectieuses, en particulier la tuberculose et le VIH/sida. Dans l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne, où se sont produits environ 80 % de tous les décès causés par le VIH/sida, l'infection au VIH est plus élevée dans les villes qu'en milieu rural, avec un coefficient de 4 pour 1 dans certains endroits.

Afin de formuler des politiques efficaces en matière de répartition de la population dans ces pays, le PA-CIPD a lancé un appel aux gouvernements afin qu'ils adoptent les actions suivantes: (i) Mener des recherches sur les facteurs, les tendances et les caractéristiques de la migration interne et internationale ainsi que sur la répartition géographique de la population; (ii) améliorer la gestion et la prestation des services dans les agglomérations urbaines en croissance, mettre en place des instruments législatifs et administratifs habilitants et accorder des ressources financières suffisantes pour répondre aux besoins de tous les citoyens; (iii) mettre en œuvre des instruments internationaux de protection et de respect des droits de l'homme; et (iv) examiner les causes des déplacements internes, y compris la dégradation de l'environnement, les catastrophes naturelles, les conflits armés et la réinstallation forcée et établir des mécanismes de protection et d'assistance aux personnes déplacées.

### Progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs du PA-CIPD

Dans la mesure où les conflits et la pauvreté sont les principales causes des migrations massives et des déplacements forcés des populations dans une grande partie de la région, les activités visant à prévenir



et à gérer les conflits, à promouvoir la bonne gouvernance et la primauté du droit ainsi qu'à éradiquer la pauvreté sont essentielles pour assurer la réussite des politiques nationales et régionales de gestion de la migration. Le succès de ces politiques repose sur l'efficacité de systèmes de gouvernance politique et économique solides, tel qu'ils sont énoncés dans le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Les initiatives en cours dans le cadre du NEPAD et les autres stratégies de lutte contre la pauvreté adoptées par les États membres, comme les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), préconisent la décentralisation et la démocratisation.

Ces initiatives sont vitales pour une distribution équitable des ressources naturelles. La plupart des questions liées à l'urbanisation et à la migration font partie intégrante des programmes nationaux de population présentés dans les sections précédentes du présent rapport. Cependant, leur mise en œuvre efficace a été entravée par des facteurs tels que la faiblesse des mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation, les changements apportés aux cadres de planification et la complexité des Programmes nationaux de population (PNP). Pour trouver des solutions au problème de l'exode rural, améliorer les conditions de vie des populations des zones rurales et remédier au problème de la mauvaise répartition caractéristique des populations, l'Enquête de la CEA sur la CIPD+10 a demandé aux gouvernements quelles politiques, stratégies et mesures explicites ils avaient adoptées, notamment les politiques de migration dans les grandes villes, la promotion du développement rural, la mise en œuvre des conventions internationales et la retour des ressortissants.

Les gouvernements de 38 États qui ont répondu ont indiqué avoir adopté une combinaison de stratégies et de mesures, y compris une modification de la législation, pour promouvoir le développement rural dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de développement (voir annexe I, tableaux 22 et 23). Des projets à haute intensité de main d'œuvre (27 États), la formation à des emplois non agricoles (32 États), l'amélioration des systèmes de transport et de communication et des services sociaux en milieu rural (31 États), la décentralisation des systèmes administratifs (35 États) et la mise en place de projets générateurs de revenus (35 États) sont parmi les stratégies les plus fréquemment adoptées. Un grand nombre d'États (28) ont également adopté des stratégies visant à améliorer l'accès à la terre et à son exploitation, l'accès à l'eau (31 États), l'accès aux facilités de crédit (33 États) ainsi que des politiques qui encouragent la création des coopératives de production et de commercialisation (31 États). Afin de compenser l'attraction urbaine et limiter l'exode rural, la Zambie et le Zimbabwe ont également adopté des politiques explicites visant à encourager la croissance des villes de taille moyenne et petite ainsi que des villes de réinstallation et des points de croissance.

L'intégration économique régionale est un véhicule de développement économique qui exige la circulation libre et flexible des capitaux et de la main d'œuvre. La CEDEAO, la SADC, l'EAC et l'IGAD entre autres, sont activement engagés dans l'harmonisation de leurs procédures douanières, barrières tarifaires et la facilitation de la libre circulation des personnes au sein des communautés économiques régionales au moyen notamment de l'adoption de documents de voyage et d'immigration normalisés. En mettant en œuvre les recensements généraux de 2000, de nombreux États membres sont en train de mettre en place leurs bases de données socio-économiques, y compris les données relatives aux mouvements des populations et aux besoins essentiels des ménages.

La plupart de ces efforts ont été entrepris avec le soutien des organismes de l'ONU, dans le cadre d'initiatives régionales et sous-régionales, notamment le Programme pour le développement durable des villes et le Programme de l'eau pour les villes africaines et la gestion urbaine dans la région de la CEA. Tout récemment, la Conférence des ministres africains de l'environnement (AMCEN) a adopté le Plan d'action de l'environnement du NEPAD qui a été approuvé par le Sommet de l'UA de Maputo en 2003. Au cours de ce sommet, les chefs d'État et de gouvernement ont également endossé le projet pilote de développement durable des villes dans le cadre du NEPAD afin d'améliorer, par la concurrence, la qualité de vie dans les villes de la région.

## **Contraintes et questions émergentes**

Bien que l'exode rural soit l'un des principaux facteurs de la rapide croissance des zones urbaines dans la région, moins de la moitié des pays qui ont répondu (20) ont adopté des stratégies visant à répondre à la répartition inégale caractéristique de la population. Quatorze seulement de ces stratégies sont destinées à réaliser une répartition spatiale équilibrée et 10 visent à modifier les flux migratoires vers les grandes cités et villes. Un petit nombre de pays (7) ont adopté d'autres mesures comme le développement des villes secondaires et intermédiaires (voir figure 8). Parmi les quelques États qui ont adopté une certaine forme de politique de migration, sept de ces politiques avaient pour but explicite de réduire la migration vers les métropoles. Seul le Soudan avait adopté une politique explicite visant à favoriser la migration vers ses zones métropolitaines. Quelques autres États cherchaient à réduire les départs des grandes villes, alors que sept autres avaient adopté des politiques visant à maintenir les niveaux actuels de migration dans les zones métropolitaines.

Il convient également de noter que seuls 21 des pays qui ont répondu ont ratifié la Convention internationale de 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et les membres de leurs familles et qu'ils étaient moins nombreux encore (8) à avoir mis en œuvre les recommandations de cet instrument international. A cet égard, l'UA et le NEPAD ont adopté les droits humains fondamentaux comme principe de base et progressent dans la mise en œuvre des instruments internationaux de protection des droits des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur des pays. Mais les conflits internes et internationaux continuent d'exacerber la situation et entraînent une augmentation du nombre des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays.

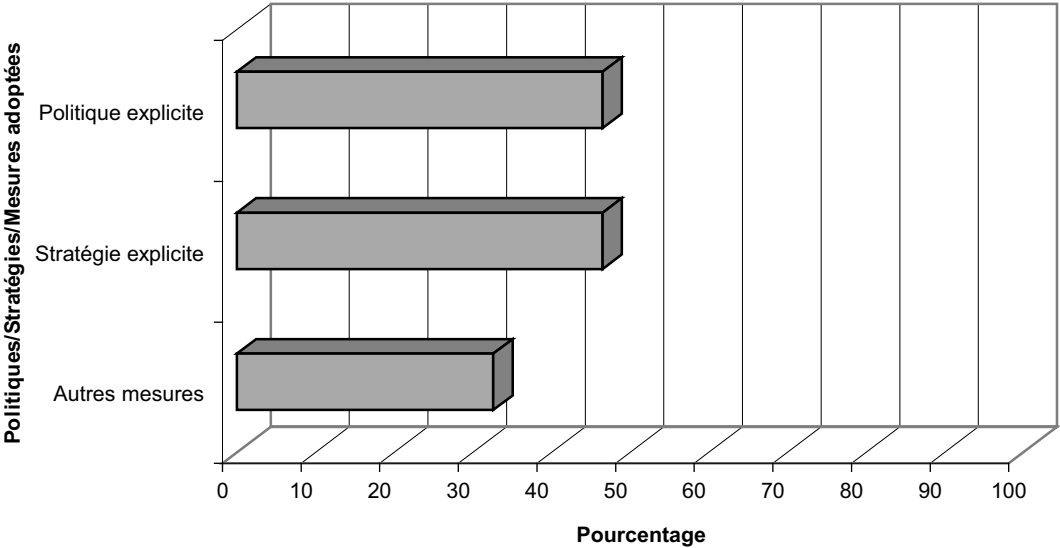
S'agissant de la réintégration des ressortissants de retour, un nombre croissant de gouvernements (28) ont adopté diverses mesures et stratégies, y compris des modifications législatives pour assurer la réussite de leur intégration. Vingt et un États ont mis en place des mécanismes pour permettre aux ressortissants de retour d'utiliser efficacement leurs compétences sur le marché national de l'emploi. Certains États offrent des incitations telles des exonérations douanières et fiscales alors que d'autres, comme l'Afrique du Sud, encouragent le retour volontaire des ressortissants qualifiés. Quelques autres offrent une aide à la réinstallation ou les privilèges de la double nationalité. Cependant, les problèmes économiques, les conflits et l'absence de bonne gouvernance en Afrique continuent de pousser les quelques travailleurs qualifiés du continent à migrer vers les pays occidentaux à la recherche de meilleures possibilités d'emploi.

L'engagement du NEPAD à inverser la fuite des cerveaux est devenu un point de convergence de la stratégie de développement des ressources humaines pour certains États membres de la CEA. Cependant, malgré de nombreuses initiatives de collaboration UA/OIM en ce sens en Afrique, les résultats se font attendre.

Les autres difficultés sont notamment: (i) le manque de données et de résultats de recherches pertinents et à jour pour promouvoir les politiques de population et d'urbanisation; (ii) l'insuffisance des capacités, notamment dans l'aménagement urbain, le développement local, la gestion de la pauvreté et de la santé urbaines et dans l'établissement du lien entre les conséquences des mesures économiques, politiques et sociales et la répartition de la population et la migration interne; (iii) l'absence de stratégies de développement régional durable, y compris les petits projets non agricoles et la mauvaise planification des villes; et (iv) la médiocre institutionnalisation de la bonne gouvernance politique et financière.

Face à la mondialisation croissante, les gouvernements africains commencent à prendre conscience de la nécessité de mettre à profit le capital humain et les qualifications de la diaspora africaine de même que son potentiel économique. Le lien entre la mondialisation et la migration internationale commence également à représenter une menace pour la santé et le bien-être de certains pays. Les migrations transfrontalières sont notamment associées à la réapparition de quelques maladies infectieuses et contagieuses qui avaient disparu dans certains pays d'accueil.

**Figure 8. Pourcentage de la répartition des pays par politiques, stratégies et mesures explicites adoptées par les gouvernements pour modifier la répartition de la population**



## Principales recommandations

Les gouvernements des États membres devraient:

- Oeuvrer à l'éradication de la pauvreté et à la lutte contre les effets profonds de la migration interne et de l'urbanisation incontrôlée;
- Faire observer la Déclaration universelle des droits de l'homme à l'égard des migrants internationaux et internes;
- Assurer la mise en oeuvre de politiques et de stratégies de décentralisation efficaces afin de réduire les agglomérations urbaines;
- Intégrer les interventions dans le cadre du NEPAD et des objectifs du Millénaire pour le développement;
- Mettre en oeuvre des politiques et des stratégies efficaces pour résoudre les problèmes liés à l'urbanisation rapide et à la croissance des agglomérations de squatters;
- Revoir les cadres de développement nationaux pour une meilleure intégration de la migration dans les stratégies de réduction de la pauvreté et autres programmes de population et de développement;
- Promouvoir l'analyse des données sur les migrations et accroître les connaissances sur les flux migratoires en provenance des pays d'origine pour remédier aux causes et mieux utiliser le potentiel de main d'œuvre pour le développement durable dans le cadre du NEPAD;
- Prendre des mesures contre la migration forcée, en particulier le trafic des femmes
- Promouvoir la contribution de la diaspora au développement économique de leurs pays d'origine;
- Défendre les intérêts des migrants et lutter contre la migration illégale et clandestine;
- Promouvoir une répartition plus équilibrée de la population et la bonne gouvernance et renforcer les mesures de prévention des conflits pour réduire le nombre de personnes déplacées et de réfugiés;
- Renforcer les mesures de prévention et de gestion des conflits pour réduire le nombre de personnes déplacées et les migrations forcées.

# CHAPITRE HUIT

## SITUATIONS DE CRISE ET CONSÉQUENCES SUR LA POPULATION

Depuis plusieurs décennies, la région de la CEA a connu de nombreux conflits qui ont eu de lourdes conséquences pour les populations des divers États. Des pouvoirs autoritaires prolongés, le déni des droits humains des citoyens et l'absence de participation populaire aux politiques et à la gouvernance sont les principales causes de ces conflits, mais il en existe d'autres, notamment les conflits internes qui dégénèrent en crises, les catastrophes humanitaires et l'effondrement de l'État (ex.: Libéria, Rwanda, Sierra Leone et Somalie) et les différends frontaliers qui subsistent encore entre pays (ex.: Cameroun et Nigeria; Érythrée et Éthiopie).

En 1993, on comptait dans la région 6,4 millions de réfugiés et 88 000 personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (HCR 2003). La situation s'est aggravée lorsque le nombre de réfugiés est passé à 6,8 millions dont 2 millions de personnes déplacées et 3,1 millions de rapatriés. Ces estimations indiquent qu'alors que le taux de croissance annuel du nombre de réfugiés dans la région était de 6% seulement en 1993-1994, l'augmentation correspondante du nombre des personnes déplacées était de près de 2 200%. Sur les huit plus grands mouvements de réfugiés dans le monde au cours des années 1990, cinq (Rwanda, Somalie, Burundi, Libéria et Sierra Leone) se sont produits dans la région de la CEA. En 2000, le nombre de réfugiés était redescendu à 3,6 millions de réfugiés (soit une baisse de 47%), alors que le nombre de personnes déplacées et de rapatriés était tombé à 1,4 millions (soit une baisse de 30%) et 279 400 (une baisse de 91%) respectivement.

Vingt-sept États membres ont connu une situation de crise à la suite de conflits survenus dans des États voisins. Ces crises surgissent partout sur le continent, mais certaines régions sont plus frappées que d'autres. Douze sur les 13 pays qui ont répondu dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, 9 sur les 10 de la sous-région de l'Afrique de l'Est et 7 sur les 8 de l'Afrique australe ont indiqué qu'ils avaient connu une forme ou une autre de crise ou de conflit ou de catastrophe naturelle depuis 1994. Par contre, seuls 3 des 6 États de l'Afrique du Nord et 4 des 6 États de l'Afrique centrale ont connu des conflits ou des crises.

La crise des réfugiés est également attribuable à la pauvreté (15 pays), à la dégradation de l'environnement (15 pays) et aux catastrophes naturelles (13 pays). Six pays citent les établissements forcés de la population comme une cause de déplacement à l'intérieur du pays. Actuellement, 18 États (Angola, Burundi, Congo, République Centrafricaine, République démocratique du Congo, Érythrée, Éthiopie, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Sierra Leone, Swaziland, Lesotho, Malawi, Mozambique, Zambie et Zimbabwe) sont soit en conflit armé actif, soit en période d'après conflit ou confrontés à d'autres formes de crise humanitaire, y compris les pénuries alimentaires. En outre, les États du Sahel, à savoir le Niger, le Mali, la Mauritanie et le Cap Vert continuent de connaître des sécheresses cycliques.

Les conséquences de ces crises humanitaires sur la population et le développement sont énormes. Invariablement, les conflits perturbent l'accès aux services de première nécessité, et entraînent le

déplacement forcé des populations à la recherche de sécurité, de nourriture et d'abri. Ces situations concernent non seulement les États en cause, mais également les pays voisins ainsi que la sous-région toute entière comme on l'a vu avec le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Libéria et le Rwanda. Ces crises ont des conséquences qui vont des problèmes de sécurité à la dégradation de l'environnement, en passant par une intensification des migrations et une hausse de la mortalité, en particulier celle des mères, des nourrissons et des enfants, ainsi que l'aggravation des problèmes de santé en matière de reproduction. Les conflits armés et les guerres civiles dégénèrent souvent en graves crises humanitaires dans la mesure où les populations civiles sont ciblées ou prises entre deux feux, chassées de chez elles et laissées pour compte, face à la faim et aux maladies. Les groupes vulnérables comme les femmes, les enfants et les personnes âgées sont les plus touchés en raison de la destruction des familles. Ils sont exposés non seulement aux traumatismes physiques et psychologiques, mais également à d'autres formes de contrainte socio-économique. L'émergence du phénomène des enfants soldats est également un véritable fléau qui détruit la jeunesse de la région.

Pour trouver les causes profondes des mouvements des réfugiés et des personnes déplacées, le PA-CIPD encourage les gouvernements et la communauté internationale à : (i) prendre les dispositions nécessaires, en ce qui concerne en particulier le règlement des conflits, la promotion de la paix, la réconciliation et le respect des droits de l'homme; (ii) réduire les pressions qui suscitent des courants de réfugiés et de personnes déplacées; (iii) trouver et appliquer des solutions durables au problème des réfugiés et des personnes déplacées; (iv) assurer aux réfugiés une protection et une aide effectives, en se préoccupant plus particulièrement des besoins des femmes et des enfants réfugiés et de leur sécurité physique; (v) empêcher l'érosion du droit d'asile; (vi) fournir des services de santé et d'éducation et des services sociaux adéquats aux réfugiés et aux personnes déplacées; et (vii) inclure des programmes d'aide aux réfugiés et aux rapatriés et des programmes de réinsertion dans les plans de développement, en respectant le principe de l'égalité des sexes. En particulier, le PA-CIPD invite les États à adhérer à la Convention de 1951 et au Protocole de 1967 relatifs au statut de réfugiés et à mettre en place des procédures efficaces d'octroi d'asile.

## **Progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs du PA-CIPD**

En réponse à ces situations de crise, les États membres de la CEA ont pris diverses mesures visant à améliorer les mécanismes de prévention et de gestion des crises par l'entremise des institutions panafricaines comme l'Union africaine et sous-régionales comme la CEDEAO, la SADC, l'IGAD et le COMESA. En outre, le NEPAD fait explicitement de la promotion de la démocratie et de la primauté du droit un objectif de développement. La deuxième Conférence Union africaine-Société civile tenue en juin 2002 a adopté le concept de la participation de la société civile en tant que stratégie de prévention des conflits. Le Sommet de l'UA, qui s'est tenu en juillet 2002 à Durban, en Afrique du Sud, a créé le Conseil de paix et de sécurité de l'UA qui a pour mandat de promouvoir la sécurité collective et de renforcer les systèmes d'alerte rapide. Le Protocole sur la paix et la sécurité rédigé au Sommet de Durban proposait également la création d'une Force africaine de réserve susceptible d'intervenir dans les situations de conflit sur ordre de l'UA et d'assurer le désarmement et la démobilisation après les conflits.

Ces dernières années, six pays de l'Afrique australe (Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) ont connu de graves crises humanitaires qui ont touché plus de 14 millions de personnes.

Il s'agissait de graves pénuries alimentaires dues aux conditions climatiques défavorables, aux mauvaises politiques économiques et à la pandémie du VIH. En réponse à ces crises humanitaires, diverses agences, PAM, FAO, FNUAP, UNICEF entre autres, ont créé le Bureau régional de coordination et d'appui à la médiation de l'envoyé spécial pour les besoins humanitaires en Afrique australe (RIACSO), afin d'aider les gouvernements de la région à faire face à la crise. Le RIACSO a contribué aux évaluations de la vulnérabilité, notamment la mise en place des systèmes et des mesures de gestion de l'information humanitaire en Afrique australe, et à l'adoption de mesures visant à renforcer la planification et la mobilisation de fonds.

Conformément aux orientations de l'UA et en accord avec les recommandations de l'ONU, les organisations sous-régionales de la CEA jouent divers rôles importants dans les missions de maintien de la paix. L'UA a joué un rôle prépondérant dans le processus de règlement de la guerre civile aux Comores, du conflit Ethiopie - Erythrée, etc. La CEDEAO a joué un rôle prépondérant dans le règlement des conflits armés en Sierra Leone, au Libéria, en Guinée, en Guinée-Bissau et en Côte d'Ivoire. De même, la CEMAC, l'IGAD et la SADC ont joué un rôle de premier plan dans le règlement des conflits au Burundi, en République centrafricaine, en RDC, en Somalie et au Soudan.

Afin d'évaluer globalement ces questions, l'Enquête de la CEA sur la CIPD+10 (2003) a demandé aux États membres confrontés à des crises, des conflits, des catastrophes naturelles et problèmes de réfugiés et de personnes déplacées de faire part de leur expérience et d'indiquer les mesures et les stratégies adoptées pour y faire face. Plus de 80% des États qui ont répondu (35) ont reconnu avoir connu une certaine forme de crise, de conflit ou de catastrophe naturelle depuis la CIPD. Vingt-sept d'entre eux (77%) ont connu des conflits ou des crises avec les pays voisins, 24 (69%) ont souffert de la sécheresse, 23 (66%) ont connu des conflits ou des crises internes et 22 (63%) ont été victimes d'inondations. Compte tenu de cette combinaison de situations d'urgence, plus de 70% des États membres qui ont répondu (31) ont confirmé avoir reçu des réfugiés et d'autres (60%) ont connu une affluence de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces situations (réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur), notamment les conflits armés, les établissements forcés, la pauvreté, la dégradation de l'environnement et les catastrophes naturelles.

En réponse à cet afflux de personnes déplacées à l'intérieur et de réfugiés, les gouvernements des États membres qui ont répondu ont adopté diverses mesures et stratégies. Plus de 70% d'entre eux ont fourni protection et aide à ces groupes, y compris des services de santé de base, une éducation de base, des programmes de réinsertion, une formation professionnelle, un renforcement de capacités et des possibilités d'emplois. Les ONG et les organisations intergouvernementales (OIG) ont accru leur contribution à l'aide aux personnes déplacées et aux réfugiés dans plusieurs parties de la région. Afin d'améliorer le cadre de travail de ces ONG et OIG, 34 gouvernements des pays qui ont répondu (80%) ont mis en place des mesures visant à faciliter le travail de ces groupes, y compris la création ou la désignation d'un ministère chargé des questions des réfugiés. Cependant, seuls 5 États ont créé des ministères chargés des questions des réfugiés. Quatre autres États ont fourni des terres aux réfugiés et assuré leur sécurité.

Afin de garantir les droits humains fondamentaux et la protection et l'aide adéquates aux personnes déplacées à l'intérieur de leurs frontières, 49 États membres de la CEA ont ratifié la Convention de Genève

de 1951 relative au statut de réfugiés, dont 28 des pays qui ont répondu (HCR 2003). Outre la ratification de ce Protocole général, 11 des pays qui ont répondu sont également signataires d'un protocole régional (OUA/UA) ou d'un protocole sous-régional (ex.: SADC, CEDEAO) relatif aux réfugiés et aux personnes déplacées. En ce qui concerne les politiques actuelles régissant l'entrée des réfugiés ou des demandeurs d'asile, 19 gouvernements ne se sont dotés d'aucune politique, deux seulement (Bénin et Soudan) ont des politiques visant à mettre fin aux mouvements de ces groupes et 5 autres ont des politiques visant à les réduire.

## **Contraintes et questions émergentes**

Les niveaux élevés de pauvreté, les grandes disparités dans la répartition des revenus dans la région et l'appauvrissement croissant offrent un terrain favorable aux conflits civils et politiques. Des politiques en matière de sécurité alimentaire, d'agriculture et d'emploi inadéquates et des systèmes d'alerte rapide insuffisants pour prédire les catastrophes naturelles ou celles causées par l'homme compromettent également la gestion efficace des crises. Le VIH/sida influence de façon décisive la capacité des communautés à intervenir efficacement en cas de crise humanitaire. Il est également à la fois la cause et la conséquence des crises humanitaires. D'autre part, les contraintes logistiques et financières compromettent les interventions rapides des organismes régionaux face aux situations de crise. La facilité de la circulation et du trafic transfrontaliers et au sein des États des armes légères illégales constitue une menace importante pour la paix et la sécurité. La faiblesse des institutions démocratiques et l'insuffisance ou l'absence d'une bonne gouvernance continuent de miner les efforts de prévention des crises.

Les conflits et les crises dans la région entraînent des perturbations dans la scolarisation des enfants et compliquent les efforts de réinsertion des enfants et des jeunes dans la société. Les conflits et les crises sont également à l'origine de la propagation du VIH/sida et d'autres maladies contagieuses, de l'affaiblissement du sens moral, de la rupture de l'unité familiale (abandon des épouses par les maris et filles privées de maris), de l'apparition de nouvelles formes de violence sexuelle telles que le viol des hommes par des femmes soldats et la dégradation de l'environnement.

## **Principales recommandations**

Les gouvernements des États membres devraient:

- Trouver des solutions aux causes profondes des mouvements de réfugiés et de personnes déplacées par le règlement des conflits, la promotion de la paix et de la réconciliation, des droits humains et de la bonne gouvernance;
- Renforcer l'état de préparation des institutions pour faire face aux sécheresses cycliques et autres catastrophes naturelles;
- Promouvoir l'intégration de la culture de la paix dans les programmes d'enseignement formel et informel, ainsi que les technologies permettant d'améliorer une production et une sécurité alimentaires durables;
- Fournir davantage d'information et de services sur la santé en matière de sexualité et de



- reproduction aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur de leur pays;
- Encourager les organisations régionales, la société civile, les ONG et les universités à entreprendre des recherches approfondies sur les causes et les conséquences des crises humanitaires;
  - Prendre les mesures nécessaires pour prévenir les conflits dans la région;
  - Adopter des lois et des mesures pour sanctionner sévèrement les auteurs de viol et faire du viol un crime de guerre lorsqu'il a lieu pendant un conflit;
  - Créer des centres de suivi et de prise en charge psychosociale des victimes de toutes les formes de violence subies pendant les conflits, en particulier les viols;
  - Prendre et renforcer les mesures pour le désarmement et la réinsertion des enfants soldats ainsi que la réintégration des réfugiés et personnes déplacées;
  - Créer des centres de prise en charge des enfants de la rue dont la situation s'aggrave sous l'effet des conflits et de la pauvreté;
  - Créer et renforcer les conditions de bonne gouvernance tout en encourageant et en mobilisant toutes les couches de la société à participer aux processus décisionnel et démocratique;
  - Renforcer les mesures de justice sociale;
  - Promouvoir les mesures de sensibilisation des communautés et des familles des victimes de viol pour qu'elles ne les rejettent pas, ni ne les marginalisent;
  - Accélérer le processus d'intégration régionale et encourager tous les pays à y participer;
  - Mener des études sur l'impact psychologique des crises sur les victimes pour mieux cerner et définir leurs besoins de réinsertion dans la société;
  - S'assurer que les partenaires pour le développement et les organisations internationales redoublent d'efforts pour aider les réfugiés dans les pays d'accueil et dans les pays en conflit dans la mise en œuvre des programmes de remise en état de l'environnement dégradé par les réfugiés et les personnes déplacées.

# CHAPITRE NEUF

## MOBILISATION DES RESSOURCES POUR LA MISE EN OEUVRE DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES DE POPULATION

Le PA-CIPD invite les gouvernements à consacrer une plus grande proportion de leurs ressources nationales aux programmes liés à la population et au développement qui permettent de développer les soins de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale et les efforts de prévention des IST, de la contamination par le VIH et du sida et d'en améliorer la qualité. Il demande instamment à la communauté internationale de mobiliser les fonds supplémentaires nécessaires pour la mise en oeuvre (5,7 milliards de dollars É.U. en 2000 et 6,1 milliards de dollars É.U. en 2005) (ONU 1996).

### Progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs de la DDN/ CIPD

L'évaluation de la CIPD+5 a révélé que peu après la Conférence du Caire, la plupart des États ont lancé le processus de mobilisation des ressources. Les données sur les flux des ressources nationales présentées dans 61 rapports nationaux en 1996 montrent que les États de l'Asie et du Pacifique ont été en tête de la mobilisation des ressources nationales par rapport aux autres régions (5,1 milliards de dollars É.U.) pour les programmes de population et de santé en matière de reproduction, suivis par l'Amérique latine et les Caraïbes (1,02 milliard de dollars É.U.). Cependant, seuls de petits montants ont été mobilisés dans les sous-régions de l'Asie de l'Ouest et de l'Afrique du Nord (260 millions de dollars É.U.) ainsi qu'en Afrique subsaharienne (196 millions de dollars É.U.) (FNUAP 2003d). Malheureusement, «la concrétisation des engagements à l'égard des objectifs de la CIPD en niveaux suffisants de financement des donateurs n'a pas toujours suivi» (ONU 2000).

Selon les données de l'Enquête sur le terrain du FNUAP, depuis la CIPD, sur les 52 États qui ont répondu, 43 (91%) ont alloué de nouvelles ressources nationales à la mise en oeuvre des programmes de population et de santé en matière de reproduction. La plus grande proportion se trouve dans les sous-régions de l'Afrique australe et de l'Afrique du Nord (100% des États), puis en l'Afrique de l'Est (85%), en Afrique de l'Ouest (73%) et en Afrique centrale (71%). Dans toutes les sous-régions, ce sont les dépenses gouvernementales (dans 69% des États) qui représentent la hausse la plus importante. Quelques-uns des États ayant répondu (13%) ont collaboré avec les organisations internationales pour accroître leurs ressources nationales et plusieurs autres (6%) ont connu un accroissement du financement du secteur privé et des ONG, de la mise à disposition de ressources humaines (6%) et de l'investissement pour l'amélioration des infrastructures (4%). En ce qui concerne l'augmentation des ressources gouvernementales, la sous-région de l'Afrique australe est celle où le plus grand nombre d'États (91%) ont consacré une plus grande part de leurs ressources publiques à la mise en oeuvre des programmes de population et de santé en matière de reproduction suivie par les sous-régions de l'Afrique du Nord et de l'Afrique de l'Est avec 83 et 77% des États respectivement. La région de l'Afrique de l'Ouest présente une proportion relativement plus faible par rapport aux autres régions avec seulement 53% des États qui ont

indiqué une hausse de leur financement intérieur. S'agissant de la sous-région de l'Afrique centrale, moins de la moitié des États (43%) ont consacré une plus grande part de leurs ressources nationales à la mise en œuvre des programmes de population et de santé publique.

On constate les mêmes écarts dans l'accroissement des ressources publiques nationales entre les sous-régions et entre les États à l'intérieur de la même sous-région. Ces différences dépendent du niveau de développement socio-économique et des priorités sociopolitiques de l'État. Le Sénégal en est un bon exemple. Le gouvernement a augmenté l'allocation budgétaire consacrée au secteur social et en particulier au secteur de la santé, ce qui a permis l'élaboration d'un programme national pour la santé et le développement social, la contribution du gouvernement s'établissant à 54 % du budget et celle de la communauté internationale à 30,5%. La même tendance est observée au Bénin où l'apport du gouvernement aux programmes de population a augmenté constamment depuis 1994. Même dans un pays déchiré par la guerre comme le Sierra Leone, depuis la CIPD+5, les nouvelles ressources allouées par le gouvernement aux programmes de population, même si elles sont encore insuffisantes, ont augmenté de 66,7% en 2 ans, passant de 15 000 dollars É.U. en 2002 à 25 000 dollars É.U. en 2003.

Les tendances généralement positives enregistrées par le FNUAP sont conformes à celles que reflètent les rapports nationaux que 20 États membres de la CEA ont fournis. Dans ces derniers, l'importante hausse du financement intérieur a concerné la période de 1998 à 2002. A titre d'exemple, l'Éthiopie a plus que triplé sa contribution qui est passée de 4,5 millions de dollars É.U. en 1999 à 15,1 millions de dollars É.U. en 2002, alors que le financement intérieur de l'Algérie a augmenté de 10 millions de dollars É.U. en 1999 à 15 millions de dollars É.U. en 2003. Le Sommet mondial des Nations Unies sur le développement social, qui s'est tenu à Copenhague en 1995, a introduit la formule 20/20 qui encourageait autant les donateurs que les pays bénéficiaires à allouer au moins 20% de leur financement et de leur budget aux secteurs de la santé et des services sociaux respectivement. L'Ouganda indique dans son rapport qu'il a dépassé ce pourcentage depuis l'exercice 1994-1995.

De nombreux États membres de la CEA (82%) ont également mobilisé l'aide internationale pour mettre en œuvre des programmes de population et de santé en matière de reproduction (ONU 2000). Ce sont les États de la sous-région de l'Afrique du Nord qui ont dans l'ensemble le plus profité de l'aide internationale (100%), suivis par ceux de l'Afrique de l'Ouest (87%) et de l'Afrique australe (77%). L'aide internationale a relativement moins augmenté dans les sous-régions de l'Afrique centrale (43%) et de l'Afrique australe (36%). Les pays développés, les organisations internationales, les fondations privées et les ONG ont contribué le plus largement à cet accroissement de l'aide internationale en faveur des États membres de la CEA. A cet égard, parmi les principaux donateurs de la communauté internationale figurent le FNUAP, le PNUD, l'UNICEF, l'OMS et l'ONUSIDA, bien que le FNUAP soit de loin le plus grand donateur dans ce domaine. Les autres grands donateurs sont des fondations privées telles que MacArthur, Rockefeller, Bill Gates, Turner, Ford et les banques de développement dont la BAfD et la Banque mondiale, l'Union européenne (UE), les ONG internationales et de nombreux pays développés, dans le cadre de la coopération bilatérale.

Dans l'ensemble, depuis la CIPD et plus récemment depuis la CIPD+5, quelques tendances positives ont été observées. Au cours de la période 1994-1995, on a constaté une nouvelle mobilisation des ressources

intérieures et extérieures en faveur des programmes de population et de santé en matière de reproduction. Le financement a ensuite baissé. Depuis 2000, cette tendance à la baisse semble se renverser, en particulier dans les États membres de la CEA dont les ressources intérieures ont augmenté. Néanmoins, la majorité des États membres de la CEA (79%) estiment que leurs besoins d'atteindre les objectifs de la CIPD dépassent de loin les ressources disponibles (ONU 2000).

Les États qui bénéficient d'une réduction de la dette au titre de l'Initiative des pays pauvres très endettés (PPTE) dégagent des ressources qui sont alors canalisées dans les secteurs de la santé et des services sociaux. A titre d'exemple, la réduction temporaire de la dette obtenue par le Bénin avant la mise en œuvre de son DSRP lui a permis de reporter un montant de 53,5 millions de dollars É.U. de 2000 à 2002 en faveur de son secteur social et il pourrait encore recevoir 125 millions de dollars É.U. au cours des 5 prochaines années, qui seront investis dans le secteur social.

Selon les données collectées par l'Institut démographique interdisciplinaire des Pays Bas (NIDI), l'aide extérieure aux programmes de population de l'Afrique subsaharienne s'élevait à 2,5 milliards de dollars É.U. en 1994 et 6,5 milliards en 2001, alors que les sous-régions de l'Asie de l'Ouest et de l'Afrique du Nord ont reçu respectivement 511 millions de dollars É.U. en 1994 et 1,1 milliard en 2001 ([www.nidi.nl/resflows](http://www.nidi.nl/resflows)). La part de l'aide reçue par l'Afrique subsaharienne était de loin la plus importante, suivie par l'Asie et le Pacifique, l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Asie de l'Ouest et l'Afrique du Nord ainsi que l'Europe de l'Est et du Sud. A l'échelle mondiale, 39% de toute l'aide en faveur des programmes de population en 2001 ont été consacrés aux IST, y compris les activités relatives à la lutte contre le VIH/sida, 30% aux services de planification familiale, 24% aux services essentiels de santé en matière de reproduction et seulement 8 % à la recherche fondamentale, aux données et à l'analyse des politiques en matière de population et de développement.

Le financement consacré aux IST, dont le VIH/sida, a constamment augmenté depuis 1995, de 9% de l'aide totale aux programmes de population à 39% en 2001 face à la propagation de la pandémie, en particulier en Afrique subsaharienne. Les ONG sont devenues les canaux de distribution privilégiés des financements extérieurs. En Afrique subsaharienne, alors que 18 % du financement extérieur en faveur des programmes de population passait par les ONG en 1991, cette proportion est passée à 39% en 1994 et à 63% en 2001. Dans la même région, le pourcentage des fonds passant par la coopération bilatérale a baissé de 44% en 1991 à 36% en 1994 et 19% en 2001. Une tendance similaire a été observée en ce qui concerne l'assistance multilatérale: sa contribution a sensiblement baissé de 37% en 1991, à 25% en 1994, pour atteindre 18% en 2001 ([www.nidi.nl/resflows](http://www.nidi.nl/resflows)).

## **Contraintes et questions émergentes**

Outre les contraintes financières, l'insuffisance des ressources techniques et humaines est une des principales barrières signalées dans les rapports nationaux soumis à la CEA et dans les données de l'Enquête sur le terrain du FNUAP (2003) à la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD. Les autres obstacles sont les très faibles coûts des produits d'exportation, les contraintes associées aux programmes d'ajustement structurel et l'instabilité sociopolitique.

Comme il vient d'être indiqué, dans la majorité des États, l'accroissement des ressources internes en faveur des programmes de population et de santé en matière de reproduction depuis la CIPD provient principalement de sources gouvernementales. Dans 77% des États membres de la CEA, le financement du secteur privé et des ONG n'a pas augmenté. Dans 77% des États membres qui ont répondu, cet accroissement des ressources publiques nationales ne s'est pas accompagné d'une augmentation des ressources humaines, dans 79% des États, il n'y a pas eu de hausse de l'investissement pour améliorer les infrastructures et dans 69% des États, la coopération avec les organisations internationales est restée la même. Le financement intérieur provenant d'autres sources que le gouvernement (ex.: ONG nationales et secteur privé) n'a pas non plus suffisamment augmenté. Ainsi, contrairement aux recommandations de la CIPD, la majorité des États dépendent encore de l'aide internationale pour la mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD.

La capacité de gestion des ressources allouées, de suivi et d'établissement de rapports sur l'utilisation des fonds reste insuffisante, les mécanismes de coordination des ressources manquent et l'absorption des fonds alloués est difficile en raison de la complexité des procédures de retrait et de gestion. Cela pourrait se traduire par l'impossibilité de dépenser les fonds. Plusieurs États qui dépendent encore de l'assistance technique extérieure trop coûteuse indiquent un manque de capacité technique pour mettre en œuvre certains projets et programmes.

Dans 79% des États qui ont répondu à l'Enquête sur le terrain du FNUAP (2003), les besoins dépassent le niveau des ressources disponibles, en particulier dans la sous-région de l'Afrique du Nord (100% des États), suivie par la sous-région de l'Afrique de l'Ouest (82%), la sous-région de l'Afrique de l'Est (80 %) et la sous-région de l'Afrique australe (67%).

Malgré l'évidence du rôle stratégique de la mobilisation des ressources pour assurer la bonne mise en œuvre des recommandations du PA-CIPD et des principales actions de la CIPD+5, il est surprenant de voir que seulement 60% des États ont adopté une stratégie et des mécanismes nationaux de mobilisation des ressources. L'élaboration officielle d'une stratégie nationale de mobilisation ne garantit en rien que les fonds seront effectivement mobilisés; la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation de la stratégie sont également des composantes nécessaires et importantes.

L'instabilité politique et la guerre dans certains États (Tchad, Angola, Côte d'Ivoire, RDC) ont eu des conséquences désastreuses sur les infrastructures sociales et économiques, la sécurité des citoyens et l'autorité de l'État. Ce genre de situation suscite la méfiance des partenaires pour le développement et entraîne bien souvent une baisse de l'aide internationale. Par exemple, à cause de la guerre en RDC, l'aide multilatérale a diminué de 276,2 millions de dollars É.U. en 1996, 144 millions de dollars É.U. en 1997 et 77,6 millions de dollars É.U. en 1998. On constate la même tendance en Côte d'Ivoire, au Togo, en Angola et au Burundi.

En raison des fortes pressions qui s'exercent sur elle, l'aide internationale n'augmente pas suffisamment. Le principal obstacle à une mobilisation accrue des ressources conformément aux objectifs de la CIPD a été la tendance à la baisse de l'aide publique au développement (APD). Pour la région de la CEA, l'APD

a diminué de 17,4 milliards de dollars É.U. en 1998, de 15,9 milliards de dollars É.U. en 1999 et de 15,6 milliards de dollars É.U. en 2000, en raison surtout des contraintes financières des États donateurs et de la réaffectation de ressources limitées vers l'aide humanitaire et le maintien de la paix. En 2001, l'APD a augmenté de 16,2 milliards de dollars É.U. (BAfD 2002). De plus, certains États ont perdu confiance dans l'efficacité de l'aide au développement.

En dépit de ces contraintes, les États membres de la CEA doivent faire en sorte que la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PA-CIPD s'inscrive dans d'autres cadres de développement tels que les DSRP, le NEPAD et les OMD. Les États membres doivent également savoir que la mobilisation des ressources est une responsabilité partagée entre le secteur public et privé, la société civile, les communautés et les donateurs externes. Par conséquent, les communautés, y compris les organisations de jeunes, doivent être habilitées et participer à la mobilisation des ressources. La responsabilité sociale du secteur privé vis à vis des communautés dans lesquelles il travaille devrait être reconnue. La décentralisation de la mobilisation et de l'utilisation des ressources devrait également être favorisée ainsi que la coopération Sud-Sud, en particulier pour le renforcement de la capacité des ressources humaines. Finalement, les États membres devraient reconnaître le rôle très important de la bonne gouvernance dans la mobilisation des ressources.

## Principales recommandations

Les gouvernements des États membres devraient:

- Assurer le renforcement des capacités techniques et de gestion nationales dans les domaines suivants : plaidoyer, mécanismes de mobilisation des ressources, compétences de communication et négociation, suivi et évaluation des plans de mobilisation des ressources, et entière participation des principaux acteurs des programmes de population et de SR à l'élaboration des cadres stratégiques, en particulier le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) et les DSRP;
- Mettre au point des méthodes et des outils normalisés pour suivre avec exactitude le flux des ressources internes et externes au sein des diverses composantes des programmes de population et de santé en matière de reproduction et entre les différents acteurs;
- Établir des cadres juridiques, fiscaux et réglementaires clairs et incitatifs pour encourager les entreprises privées et les prestataires des soins de santé à contribuer à la mise en œuvre des politiques et des programmes de population;
- Faire participer les ONG, les organisations communautaires et les jeunes à la mobilisation des ressources à l'intérieur et à l'extérieur et adopter des stratégies nationales de mobilisation et d'utilisation des ressources en collaboration avec le secteur privé, les ONG locales et les organisations des jeunes et améliorer la coordination de l'utilisation des ressources et des efforts des partenaires travaillant dans le même domaine;
- Étudier l'impact des relations commerciales internationales et de la réduction de la dette sur la mobilisation des ressources;

- Décentraliser l'allocation des ressources aux communautés et veiller à ce que les ressources soient acheminées vers les provinces, les districts et les communautés pour en rehausser l'utilisation;
- Les jeunes, les ONG et les organisations communautaires ont un rôle à jouer dans la mobilisation et dans l'utilisation des ressources;
- Améliorer la capacité d'absorption nationale par la simplification et l'harmonisation des procédures et de l'accès aux fonds extérieurs;
- Rechercher un soutien externe pour les initiatives de microfinancement;
- Veiller à ce que la mobilisation et l'utilisation des ressources prennent en compte la dimension genre;
- S'assurer que les donateurs allouent les ressources aux pays en prenant en compte les besoins des pays qui sortent de conflit, notamment ceux qui ont accueilli des réfugiés;
- S'assurer que les donateurs allouent des ressources en particulier aux petits pays insulaires qui sont vulnérablement sur le plan économique;
- Veiller à ce que l'initiative de PPTE soit complétée par une réduction de la dette. En outre, l'annulation de la dette devrait être encouragée dans la mesure où l'initiative de PPTE à elle seule n'est pas une source suffisante de ressources pour les pays africains;
- Faire des DSRP le point de départ de la mobilisation des ressources;
- Veiller à ce que les stratégies nationales de mobilisation des ressources soient bien définies et que la mobilisation des ressources pour les programmes de population ne soit pas assujettie à des conditions;
- Rappeler aux donateurs les engagements qu'ils ont pris au Caire en 1994 pour mobiliser les ressources additionnelles nécessaires à la mise en œuvre du PA-CIPD.

# RÉFÉRENCES

Banque africaine de développement, 2002, Analyse financière et opérationnelle.

Commission économique pour l'Afrique, 2003, Rapport annuel 2003. Addis-Abeba.

Commission économique pour l'Afrique, 2001, La situation de l'environnement en Afrique, Addis-Abeba.

Commission économique pour l'Afrique, 1999, Rapport de la CIPD+5, Expériences africaines dans la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du PA-CIPD, Addis-Abeba.

Commission économique pour l'Afrique, 1998, Mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du PA-CIPD : Expérience de l'Afrique, Addis-Abeba, FSSDD/ICPD/FC.3/98/5.

FAO, 2001, The Impact of HIV/AIDS on Food Security, Twenty-seven Session of the Committee on World Food Security, Rome, 21 mai – 1 juin 2001.

Farooq, G. M. et Pernia, E.M., «Need for and approaches to integrated population, human resource development planning» dans United Nations Population Bulletin, n° 23/24, Nations Unies, New York, 1990.

Fleshman. M., 2003, « Africa struggles to attain millennium goals: progress and setbacks in continent's efforts to improve well-being», Africa Recovery, vol. 17(3):10-13.

FNUAP, 2003a, Rapport sur l'état de la population mondiale 2003. New York: FNUAP.

FNUAP, 2003b, «Campaign to end fistula», <http://www.FNUAP.org/fistula/index.htm>.

FNUAP, 2003c, Results of the ICPD+10 Field Inquiry among Governments.

FNUAP, 2003d, Financial Resource Flows For Population Activities in 2001.E/750/2003.

FNUAP, 1999, État de la population mondiale, New York.

FNUAP, 1999, A Five-Year Review of Progress towards the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: a background paper prepared by the United Nations Population Fund for the Hague Forum, La Haye, Pays-Bas, 8-12 février 1999.

FNUAP, 1994, État de la population mondiale, New York. FNUAP, 2003b, «Campaign to end fistula», <http://www.FNUAP.org/fistula/index.htm>

FNUAP, 2003c, Results of the ICPD+10 Field Inquiry among Governments.



FNUAP, 2003d, Financial Resource Flows For Population Activities in 2001.E/750/2003.

FNUAP, 1999, État de la population mondiale, New York.

FNUAP, 1999, A Five-Year Review of Progress towards the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: a background paper prepared by the United Nations Population Fund for the Hague Forum, La Haye, Pays-Bas, 8-12 février 1999.

FNUAP, 1994, État de la population mondiale, New York.

FNUAP, 1994, « Population and development strategies », Technical Report, No. 19 (FNUAP, New York).

Lloyd. C.B., C.E. Kaufman et P. Hewett, 2000, « The spread of primary schooling in sub-Saharan Africa: Implications for fertility change », Population and Development Review, 26(3):483-515.

Nations Unies, 2004, World Contraceptive Use 2003, New York: United Nations publication, ST/ESA/SER.A/227, Sales No. E.04.XIII.2.

Nations Unies, 2003, World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. 1: Comprehensive Tables. New York, United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.6.

Nations Unies, 2002, World Urbanization Prospects: The 2001 Revision, United Nations Publication, Sales No. E.02.XIII.16.

Nations Unies, 2000, Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Adopted by the Twenty-First Special Session of the General Assembly, New York, 30 juin- 2 juillet 1999, E/10000/2000.

Nations Unies, 1996, Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Le Caire, 5-13 septembre 1994, E/3,000/1998/R-2,500/2002.

OMS, 2001, Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, Organisation mondiale de la santé, Genève.

ONUSIDA, 2003a, Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003, Genève.

ONUSIDA, 2003b, Accelerating Action on AIDS in Africa, Genève.

ONUSIDA, 2002, Report on the global HIV/AIDS epidemic, Genève.

ONUSIDA ICT/ESA, 2002, Annual Report on HIV/AIDS Policy, Programmes and Strategic Partnerships in 2002, Pretoria.

ONUSIDA/OMS, 2002, AIDS Epidemic Update: December 2002, Genève.

ONUSIDA et CEA, 2000, AIDS in Africa Country by Country, for Africa Development Forum 2000, AIDS: The Greatest Leadership Challenge, Genève.

PNUD, 2003, Rapport mondial sur le développement humain 2003. Objectifs du Millénaire pour le développement: Un accord entre les nations pour mettre fin à la pauvreté, New York, PNUD.

UNICEF, 2002, Situation des enfants dans le monde, New York.

UNICEF, 1999, Situation des enfants dans le monde, New York.

UNICEF, 1994, Situation des enfants dans le monde, New York.

UNHCR, 2003, Recueil des traités des Nations Unies (au 5 février 2002). Convention relative au statut de réfugié, Genève, 28 juillet 1951. <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/treaty2ref.htm>

# **ANNEXE I: TABLEAUX STATISTIQUES**

**Tableau 1. Pourcentage de la répartition des pays par types de contraintes socioculturelles qui ont gêné la mise en œuvre des recommandations de la DDN/CIPD et des actions clefs de la CIPD+5**

Type de contraintes	Sous-région						Aucune contrainte	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Noird	Est	Sud	Ouest	Centre					
Faible niveau d'engagement de la classe politique	4,7 (2)	14,0 (6)	2,3 (1)	14,0 (6)	11,6 (5)	41,9 (18)	11,6 (5)	100	46,5 (20)	
Faible niveau d'engagement des chefs religieux	2,3 (1)	16,3 (7)	7,0 (3)	23,3 (10)	9,3 (4)	32,6 (14)	9,3 (4)	100	58,1 (25)	
Faible niveau d'alphabétisation des populations	9,3 (4)	20,9 (9)	9,3 (4)	27,9 (12)	7,0 (3)	20,9 (9)	4,7 (2)	100	74,4 (32)	
Statut inférieur des femmes	4,7 (2)	20,9 (9)	11,6 (5)	25,6 (11)	4,7 (2)	23,3 (10)	9,3 (4)	100	67,4 (29)	
Traditions et coutumes locales	7,0 (3)	20,9 (9)	7,0 (3)	27,9 (12)	11,6 (5)	16,3 (7)	9,3 (4)	100	74,4 (32)	
Croyances religieuses	7,0 (3)	20,9 (9)	7,0 (3)	20,9 (9)	9,3 (4)	25,6 (11)	9,3 (4)	100	65,1 (28)	
Pratiques socioculturelles défavorables	7,0 (3)	20,9 (9)	9,3 (4)	27,9 (12)	11,6 (5)	16,3 (7)	7,0 (3)	100	76,7 (33)	
Autres contraintes	0,0 (0)	2,3 (1)	4,7 (2)	2,3 (1)	0,0 (0)	90,7 (39)	0,0 (0)	100	9,3 (4)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 2. Pourcentage de la répartition des pays par type de contraintes économiques et financières qui ont gêné la mise en œuvre des recommandations de la DDN/CIPD et des actions clefs de la CIPD+5**

Type de contraintes	Sous-région					Aucune contrainte	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre				
Charge de la dette	7,0 (3)	16,3 (7)	14,0 (6)	25,6 (11)	14,0 (6)	14,0 (6)	9,3 (4)	100	76,7 (33)
Réduction de l'aide publique au développement	7,0 (3)	18,6 (8)	11,6 (5)	20,3 (10)	11,6 (5)	18,6 (8)	9,3 (4)	100	72,1 (31)
Absence/insuffisance de l'accès au marché international	7,0 (3)	14,0 (6)	11,6 (5)	20,9 (8)	9,3 (4)	23,3 (10)	14,0 (6)	100	62,8 (27)
Insuffisance du budget alloué par les gouvernements aux activités de population	9,3 (4)	20,9 (9)	9,3 (4)	27,9 (11)	11,6 (5)	16,3 (7)	4,7 (2)	100	79,1 (34)
Difficulté de mobilisation d'autres ressources à l'intérieur	14,0 (6)	20,9 (9)	11,6 (5)	30,2 (13)	11,6 (5)	7,0 (3)	4,7 (2)	100	88,4 (38)
Insuffisance des ressources financières extérieures	9,3 (4)	23,3 (10)	11,6 (5)	23,3 (9)	11,6 (5)	16,3 (7)	4,7 (2)	100	79,1 (34)
Autres	0,0 (0)	0,0 (0)	2,3 (1)	9,3 (4)	0,0 (0)	88,4 (38)	0,0 (0)	100	11,6 (5)

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 3. Pourcentage de la répartition des pays par type de contraintes institutionnelles et techniques qui ont gêné la mise en œuvre des recommandations de la DDN/CIPD et des actions clefs de la CIPD+5**

Type de contraintes	Sous-région						Aucune contrainte	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Manque de capacités techniques nationales	2,3 (1)	14,0 (6)	14,0 (6)	14,0 (6)	7,0 (3)		37,2 (16)	11,6 (5)	100	51,2 (22)
Manque de stratégies clairement définies	4,7 (2)	18,6 (8)	7,0 (3)	14,0 (6)	2,3 (1)		51,2 (22)	2,3 (1)	100	46,5 (20)
Manque de compétences	4,7 (2)	18,6 (8)	9,3 (4)	7,0 (3)	7,0 (3)		44,2 (19)	9,3 (4)	100	46,5 (20)
Faible intégration des variables de la population dans la planification du développement	4,7 (2)	18,6 (8)	16,3 (7)	20,9 (9)	11,6 (5)		23,3 (10)	4,7 (2)	100	72,1 (31)
Forte mobilité du personnel	4,7 (2)	20,9 (9)	14,0 (6)	23,3 (10)	9,3 (4)		20,9 (9)	7,0 (3)	100	72,1 (31)
Autres	2,3 (1)	0,0 (0)	2,3 (1)	4,7 (2)	2,3 (1)		88,4 (38)	0,0 (0)	100	11,6 (5)

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 4. Pourcentage de la répartition des pays par type de contraintes liées à une mauvaise coordination qui ont gêné la mise en oeuvre des recommandations de la DDN/CIPD et des actions clefs de la CIPD+5**

Type de contraintes	Sous-région						Aucune contrainte	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Faible niveau de participation des femmes dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes	4,7 (2)	18,6 (8)	4,7 (2)	18,6 (8)	4,7 (2)	4,7 (2)	46,5 (20)	2,3 (1)	100	51,2 (22)
Faible niveau de participation des ONG dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes	7,0 (3)	9,3 (4)	4,7 (2)	14,0 (6)	4,7 (2)	4,7 (2)	55,8 (24)	4,7 (2)	100	39,5 (17)
Faible collaboration entre les gouvernements et les ONG dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes	7,0 (3)	18,6 (8)	4,7 (2)	18,6 (8)	11,6 (5)	11,6 (5)	32,6 (14)	7,0 (3)	100	60,5 (26)
Insuffisance de la coopération et de la coordination avec les organisations internationales et les donateurs	7,0 (3)	4,7 (2)	7,0 (3)	16,3 (7)	11,6 (5)	11,6 (5)	46,5 (20)	7,0 (3)	100	46,5 (20)
Autres	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,3 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	97,7 (42)	0,0 (0)	100	2,3 (1)

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 5. Pourcentage de la répartition des pays par type de contraintes juridiques/politiques sur les facteurs qui ont gêné la mise en oeuvre des recommandations de la DDN/CIPD et des actions clefs de la CIPD+5**

Type de contraintes	Sous-région							Aucune contrainte	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre						
Le mariage et la famille	0,0 (0)	4,7 (2)	7,0 (3)	14,0 (6)	7,0 (3)	53,5 (23)	14,0 (6)	100	32,6 (14)		
Age minimal pour le mariage	0,0 (0)	9,3 (4)	2,3 (1)	9,3 (4)	7,0 (3)	62,8 (27)	9,3 (4)	100	27,9 (12)		
Enregistrement des naissances, des décès et des mariages	2,3 (1)	14,0 (6)	9,3 (4)	18,6 (8)	7,0 (3)	41,9 (18)	7,0 (3)	100	51,2 (22)		
La production, la vente et la distribution des contraceptifs	2,3 (1)	2,3 (1)	4,7 (2)	11,6 (5)	4,7 (2)	62,8 (27)	11,6 (5)	100	25,6 (11)		
Accroissement de la gamme des contraceptifs disponibles pour les individus et les couples	0,0 (0)	2,3 (1)	4,7 (2)	11,6 (5)	2,3 (1)	62,8 (27)	16,3 (7)	100	20,9 (9)		
Avortement	0,0 (0)	16,3 (7)	7,0 (3)	16,3 (7)	2,3 (1)	48,8 (21)	9,3 (4)	100	41,9 (18)		
Stérilisation	0,0 (0)	2,3 (1)	7,0 (3)	16,3 (7)	2,3 (1)	58,1 (25)	14,0 (6)	100	27,9 (12)		
Droits en matière de reproduction	2,3 (1)	9,3 (4)	4,7 (2)	16,3 (7)	2,3 (1)	55,8 (24)	9,3 (4)	100	34,9 (15)		
VIH/sida	0,0 (0)	4,7 (2)	4,7 (2)	9,3 (4)	0,0 (0)	69,8 (30)	11,9 (5)	100	18,6 (8)		
Santé en matière de reproduction des adolescents	4,7 (2)	11,6 (5)	4,7 (2)	14,0 (6)	2,3 (1)	53,5 (23)	9,3 (4)	100	37,2 (16)		
Normes sur l'hygiène environnementale	2,3 (1)	9,3 (4)	7,0 (3)	14,0 (6)	7,0 (3)	48,8 (21)	11,6 (5)	100	39,5 (17)		
Pollution et gestion des déchets	4,7 (2)	7,0 (3)	4,7 (2)	16,3 (7)	7,0 (3)	46,5 (20)	14,0 (6)	100	39,5 (17)		
Accès au logement	0,0 (0)	9,3 (4)	7,0 (3)	16,3 (7)	9,3 (4)	44,2 (19)	14,0 (6)	100	41,9 (18)		
Autres	14,0 (6)	23,3 (10)	19,0 (8)	30,2 (13)	14,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	100	100 (43)		

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses



**Tableau 6. Pays qui ont répondu au questionnaire de la CEA pour la CIPD+10\***

1.	Algérie	23.	Madagascar
2.	Angola	24.	Malawi
3.	Bénin	25.	Mali
4.	Botswana	26.	Ile Maurice
5.	Burkina Faso	27.	Maroc
6.	Burundi	28.	Niger
7.	Cameroun	29.	Nigéria
8.	Cap Vert	30.	Rwanda
9.	République centrafricaine	31.	Sao Tomé et Príncipe
10.	Comores	32.	Sénégal
11.	Congo	33.	Seychelles
12.	Côte d'Ivoire	34.	Sierra Leone
13.	République démocratique du Congo	35.	Afrique du Sud
14.	Egypte	36.	Soudan
15.	Erythrée	37.	Tchad
16.	Ethiopie	38.	Gambie
17.	Gabon	39.	Togo
18.	Ghana	40.	Tunisie
19.	Guinée	41.	Ouganda
20.	Kenya	42.	Zambie
21.	Lesotho	43.	Zimbabwe
22.	Libye		

\*Les pays suivants n'ont pas répondu au questionnaire de la CEA: Djibouti, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Libéria, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Swaziland, Somalie et Tanzanie.

**Tableau 7. Taux de réponse par sous-région**

	Réponses	Nombre de pays	Taux de réponse (pourcentage)
Afrique	43	53	81
Afrique de l'Est	10	13	77
Afrique centrale	6	7	86
Afrique du Nord	6	7	86
Afrique australe	8	11	73
Afrique de l'Ouest	13	15	87

**Tableau 8. Pays qui ont soumis à la CEA le rapport national sur la CIPD+10**

1.	Algérie	17.	Maroc
2.	Angola	18.	Namibie
3.	Bénin	19.	Niger
4.	Botswana	20.	Rwanda
5.	Burkina Faso	21.	Sao Tomé-et-Principe
6.	Burundi	22.	Sénégal
7.	République centrafricaine	23.	Seychelles
8.	Côte d'Ivoire	24.	Sierra Leone
9.	République démocratique du Congo	25.	Afrique du Sud
10.	Erythrée	26.	Tanzanie
11.	Ethiopie	27.	Tchad
12.	Kenya	28.	Togo
13.	Lesotho	29.	Ouganda
14.	Liberia	30.	Zambie
15.	Mali	31.	Zimbabwe
16.	Madagascar		

**Tableau 9. Pourcentage de la répartition des pays par type de modifications apportées à leurs politiques nationales de la population**

Domaines où les changements ont été apportés	Sous-région						Aucun changement	Pas indiqué	Pourcentage total (N=20)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Population, pauvreté, environnement et développement durable	15,0 (3)	10,0 (2)	15,0 (3)	30,0 (6)	10,0 (2)	20,0 (4)	0,0 (0)	100	80,0 (16)	
Egalité entre les sexes et autonomisation des femmes	15,0 (3)	15,0 (3)	20,0 (4)	35,0 (7)	10,0 (2)	5,0 (1)	0,0 (0)	100	95,0 (19)	
La famille, son rôle, ses droits, sa composition et sa structure	15,0 (3)	15,0 (3)	10,0 (2)	30,0 (6)	5,0 (1)	25,0 (5)	0,0 (0)	100	75,0 (15)	
Les enfants et les adolescents	15,0 (3)	15,0 (3)	20,0 (4)	30,0 (6)	10,0 (2)	10,0 (2)	0,0 (0)	100	90,0 (18)	
Droits et santé en matière de reproduction	15,0 (3)	15,0 (3)	20,0 (4)	35,0 (7)	10,0 (2)	5,0 (1)	0,0 (0)	100	95,0 (19)	
VIH/sida	15,0 (3)	15,0 (3)	20,0 (4)	35,0 (7)	10,0 (2)	5,0 (1)	0,0 (0)	100	95,0 (19)	
Répartition de la population, urbanisation et migration	20,0 (4)	10,0 (2)	10,0 (2)	30,0 (6)	10,0 (2)	20,0 (4)	0,0 (0)	100	80,0 (16)	
Situation de crise et ses conséquences sur les populations	15,0 (3)	5,0 (1)	5,0 (1)	20,0 (4)	5,0 (1)	45,0 (9)	5,0 (1)	100	50,0 (10)	
Autres	5,0 (1)	10,0 (2)	10,0 (2)	5,0 (1)	0,0 (0)	70,0 (14)	0,0 (0)	100	30,0 (6)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 10. Pourcentage de la répartition des pays par types de politiques, de stratégies et de mesures adoptées par les gouvernements pour intégrer les questions de population, de l'environnement et de l'agriculture**

Politiques/stratégies/mesures adoptées	Sous-région						Aucune	Pas indiqué	Pourcentage total (N=40)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Politique/plan de l'environnement	10,0 (4)	17,5 (7)	12,5 (5)	25,0 (10)	5,0 (2)	0,0 (0)	30,0 (12)	100	70,0 (28)	
Politique/plan de lutte contre la pauvreté	2,5 (1)	7,5 (3)	2,5 (1)	15,0 (6)	7,5 (3)	0,0 (0)	65,0 (26)	100	35,0 (14)	
Politique/plan de sécurité alimentaire	0,0 (0)	7,5 (3)	0,0 (0)	10,0 (4)	2,5 (1)	0,0 (0)	80,0 (32)	100	20,0 (8)	
Autres	2,5 (1)	10,0 (4)	5,0 (2)	10,0 (4)	5,0 (2)	0,0 (0)	67,5 (27)	100	32,5 (13)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Table 11. Pourcentage de la répartition des pays par thèmes inclus dans les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté**

Domaines où les changements ont été apportés	Sous-région						Aucun changement	Pas indiqué	Pourcentage total (N=37)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Population et emploi	8,1 (3)	18,9 (7)	16,2 (6)	27,0 (10)	13,5 (5)	5,4 (2)	10,8 (4)	100	83,8 (31)	
Population et éducation	8,1 (3)	21,6 (8)	16,2 (6)	29,7 (11)	13,5 (5)	2,7 (1)	8,1 (3)	100	89,2 (33)	
Population et logement	8,1 (3)	10,8 (4)	10,8 (4)	27,0 (10)	8,1 (3)	21,6 (8)	13,5 (5)	100	64,9 (24)	
Population et environnement	8,1 (3)	18,9 (7)	18,9 (7)	27,0 (10)	13,5 (5)	0,0 (0)	13,5 (5)	100	86,5 (32)	
Population et sécurité alimentaire	8,1 (3)	21,6 (8)	16,2 (6)	27,0 (10)	13,5 (5)	2,7 (1)	10,8 (4)	100	86,5 (32)	
Répartition de la population et migration	8,1 (3)	16,2 (6)	10,8 (4)	18,9 (7)	8,1 (3)	21,6 (8)	16,2 (6)	100	62,2 (23)	
Droits en matière de reproduction	8,1 (3)	13,5 (5)	10,8 (4)	24,3 (9)	10,8 (4)	18,9 (7)	13,5 (5)	100	67,6 (25)	
Santé en matière de reproduction	8,1 (3)	24,3 (9)	16,2 (6)	32,4 (12)	10,8 (4)	2,7 (1)	5,4 (2)	100	91,9 (34)	
VIH/sida	8,1 (3)	24,3 (9)	18,9 (7)	32,4 (12)	13,5 (5)	0,0 (0)	2,7 (1)	100	97,3 (36)	
Egalité, équité entre les sexes et autonomisation des femmes	8,1 (3)	18,9 (7)	16,2 (6)	29,7 (11)	13,5 (5)	2,7 (1)	10,8 (4)	100	86,5 (32)	
Répondre aux besoins des jeunes	8,1 (3)	16,2 (6)	18,9 (7)	24,3 (9)	10,8 (4)	5,4 (2)	16,2 (6)	100	78,4 (29)	
Éducation des filles	8,1 (3)	21,6 (8)	16,2 (6)	27,0 (10)	13,5 (5)	5,4 (2)	8,1 (3)	100	86,5 (32)	
Droits de l'homme	8,1 (3)	21,6 (8)	13,5 (5)	27,0 (10)	8,1 (3)	5,4 (2)	16,2 (6)	100	78,4 (29)	
Autres	5,4 (2)	10,8 (4)	2,7 (1)	5,4 (2)	8,1 (3)	0,0 (0)	67,6 (25)	100	32,4 (12)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 12, Pourcentage de la répartition par emplacement des mécanismes institutionnels mis en place pour la mise en oeuvre des recommandations de la DDN/CIPD et des principales actions CIPD+5 relatives aux questions de genre**

Politiques/stratégies/mesures adoptées	Sous-région					Aucune	Pas indiqué	Pourcentage total (N=41)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre				
Forum des femmes parlementaires	0,0 (0)	7,5 (3)	0,0 (0)	2,5 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	90,0	100	10,0 (4)
Conseil/bureau des affaires féminines	12,5 (5)	10,0 (4)	7,5 (3)	22,5 (9)	7,5 (3)	0,0 (0)	40,0	100	60,0 (24)
ONG/organisations religieuses /autres	5,0 (2)	10,0 (4)	0,0 (0)	12,5 (5)	5,0 (2)	0,0 (0)	66,5	100	32,5 (13)

Note : Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 13. Pourcentage de la répartition des pays selon les mesures prises par les gouvernements pour assurer l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes**

Domaines où les changements ont été apportés	Sous-région						Aucun changement	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
S'assurer que les institutions garantissent l'égalité d'accès aux femmes	14,0 (6)	16,3 (7)	18,6 (8)	23,3 (10)	14,0 (6)	4,7 (2)	9,3 (4)	100	86,0 (37)	
Protéger la petite fille contre des pratiques néfastes comme les MGF	11,6 (5)	14,0 (6)	11,6 (5)	23,3 (10)	14,0 (6)	14,0 (6)	11,6 (5)	100	74,4 (32)	
Adapter les services techniques et de vulgarisation aux besoins des femmes productrices	9,3 (4)	11,6 (5)	14,0 (6)	18,6 (8)	9,3 (4)	16,3 (7)	20,9 (9)	100	62,8 (27)	
Améliorer la collecte, la diffusion et l'utilisation des données désagrégées par sexe dans tous les secteurs	11,6 (5)	20,9 (9)	18,6 (8)	23,3 (10)	14,0 (6)	7,0 (3)	4,7 (2)	100	88,4 (38)	
Axer les efforts de recherche sur la répartition du travail et sur le contrôle et l'utilisation des ressources dans le ménage.	9,3 (4)	9,3 (4)	11,6 (5)	20,9 (9)	7,0 (3)	23,3 (10)	8,6 (8)	100	58,1 (25)	
Autres	7,0 (3)	11,6 (5)	7,0 (3)	9,3 (4)	2,3 (1)	62,8 (27)	0,0 (0)	100	37,2 (16)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 14. Pourcentage de la répartition des pays par politiques, mesures et programmes tenant compte des besoins de la famille qui ont été adoptés par les gouvernements dans différents domaines**

Domaines où les changements ont été apportés	Sous-région						Aucune politique adoptée	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Travail	11,6 (5)	9,3 (4)	11,6 (5)	18,6 (8)	4,7 (2)		37,2 (16)	7,0 (3)	100	55,8 (24)
Santé	14,0 (6)	18,6 (8)	16,3 (7)	25,6 (11)	9,3 (4)		14,0 (6)	2,3 (1)	100	83,7 (36)
Sécurité sociale	14,0 (6)	9,3 (4)	16,3 (7)	23,3 (10)	11,6 (5)		20,9 (9)	4,7 (2)	100	74,4 (32)
Education	14,0 (6)	16,3 (7)	14,0 (6)	30,2 (13)	11,6 (5)		9,3 (4)	4,7 (2)	100	86,0 (37)
Autres	4,7 (2)	9,3 (4)	0,0 (0)	4,7 (2)	2,3 (1)		79,1 (34)	0,0 (0)	100	20,9 (9)

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses



**Tableau 15. Pourcentage de la répartition des pays par mesures ou programmes spéciaux adoptés par le gouvernement pour répondre aux besoins des enfants et des adolescents**

Domaines où les changements ont été apportés	Sous-région						Aucune mesure adoptée	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Accès à l'éducation	14,0 (6)	23,3 (10)	18,6 (8)	30,2 (13)	14,0 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100 (43)	100 (43)
Education non formelle	14,0 (6)	18,6 (8)	14,0 (6)	27,9 (12)	11,6 (5)	4,7 (2)	4,7 (2)	9,3 (4)	100 (37)	86,0 (37)
Accès à la santé	14,0 (6)	23,3 (10)	16,3 (7)	27,9 (12)	9,3 (4)	7,0 (3)	7,0 (3)	2,3 (1)	100 (39)	90,7 (39)
Accès au logement	9,3 (4)	7,0 (3)	9,3 (4)	7,0 (3)	2,3 (1)	44,2 (19)	44,2 (19)	20,9 (9)	100 (15)	34,9 (15)
Possibilités d'emploi	11,6 (5)	7,0 (3)	14,0 (6)	23,3 (10)	2,3 (1)	25,6 (11)	25,6 (11)	16,3 (7)	100 (25)	58,1 (25)
Formation	14,0 (6)	16,3 (7)	16,3 (7)	30,2 (13)	11,6 (5)	7,0 (3)	7,0 (3)	4,7 (2)	100 (38)	88,4 (38)
Participation au processus politique	14,0 (6)	16,3 (7)	16,3 (7)	27,9 (12)	9,3 (4)	7,0 (3)	7,0 (3)	9,3 (4)	100 (36)	83,7 (36)
Préparation aux rôles de dirigeant	14,0 (6)	14,0 (6)	16,3 (7)	20,9 (9)	7,0 (3)	14,0 (6)	14,0 (6)	14,0 (6)	100 (31)	72,1 (31)
Autres	4,7 (2)	7,0 (3)	4,7 (2)	4,7 (2)	4,7 (2)	74,4 (32)	74,4 (32)	0,0 (0)	100 (11)	25,6 (11)

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 16. Pourcentage de la répartition des pays par stratégies ou mesures, y compris les modifications législatives, adoptées par le gouvernement pour répondre aux besoins des adolescents en santé en matière de sexualité et de reproduction**

Stratégies/mesures adoptées	Sous-région						Aucune mesure adoptée	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Accès à des services de santé en matière de reproduction confidentiels et à caractère privé	7,0 (3)	16,3 (7)	14,0 (6)	23,3 (10)	11,6 (5)	16,3 (7)	11,6 (5)	100	72,1 (31)	
Accès à des conseils et des services de santé en matière de reproduction de haute qualité	9,3 (4)	20,9 (9)	14,0 (6)	30,2 (13)	11,6 (5)	7,0 (3)	7,0 (3)	100	86,0 (37)	
Incorporation de la santé en matière de reproduction dans les programmes de formation formels, non formels et professionnels	9,3 (4)	18,6 (8)	14,0 (6)	25,6 (11)	9,3 (4)	14,0 (6)	9,3 (4)	100	76,7 (33)	
Éducation à la sexualité et aux questions de santé	9,3 (4)	23,3 (10)	16,3 (7)	27,9 (12)	11,6 (5)	4,7 (2)	7,0 (3)	100	88,4 (38)	
Programmes de prévention et de lutte contre le VIH/sida et autres IST chez les adolescents	14,0 (6)	23,3 (10)	16,3 (7)	30,2 (13)	14,0 (6)	0,0 (0)	2,3 (1)	100	97,7 (42)	
Autres	4,7 (2)	9,3 (4)	7,0 (3)	11,6 (5)	2,3 (1)	65,1 (28)	0,0 (0)	100	34,9 (15)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 17. Pourcentage de la répartition des pays par stratégies ou mesures, y compris les modifications législatives, adoptées par les gouvernements pour répondre aux questions de fécondité des adolescentes**

Stratégies/mesures adoptées	Sous-région						Aucune mesure adoptée	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Prévention des mariages précoces	11,6 (5)	20,9 (9)	14,0 (6)	23,3 (10)	9,3 (4)	9,3 (4)	11,6 (5)	100	79,1 (34)	
Prévention des maternités à hauts risques	11,6 (5)	18,6 (8)	16,3 (7)	27,9 (12)	11,6 (5)	7,0 (3)	7,0 (3)	100	86,0 (37)	
Réduction de la mortalité et de la morbidité associée à la maternité précoce	11,6 (5)	16,3 (7)	16,3 (7)	27,9 (12)	11,6 (5)	4,7 (2)	4,7 (2)	100	83,7 (36)	
Discrimination contre les jeunes femmes enceintes	9,3 (4)	11,6 (5)	16,3 (7)	23,3 (10)	11,6 (5)	16,3 (7)	11,6 (5)	100	72,1 (31)	
Programmes d'éducation pour l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle	11,6 (5)	18,6 (8)	16,3 (7)	27,9 (12)	11,6 (5)	4,7 (2)	9,3 (4)	100	86,0 (37)	
Autres	0,0 (0)	9,3 (4)	7,0 (3)	7,0 (3)	0,0 (0)	76,7 (33)	0,0 (0)	100	23,3 (10)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 18. Pourcentage de la répartition des pays selon l'intégration de la santé en matière de reproduction dans le système des soins de santé primaires à différents niveaux de la mise en oeuvre politique et législative**

Stratégies/mesures adoptées	Sous-région						Aucune mesure adoptée	Pas indiqué	Pourcentage total (N=42)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Existence de stratégies ou de programmes	14,3 (6)	23,8 (10)	19,0 (8)	31,0 (13)	11,9 (5)	0,0 (0)	0,0 (0)	100	100 (42)	
Lignes directrices et normes de prestation de services	14,3 (6)	21,4 (9)	19,0 (8)	28,6 (12)	9,5 (4)	4,8 (2)	2,4 (1)	100	92,9 (39)	
Existence d'un programme minimal intégré dans le système des soins de santé primaires	14,3 (6)	21,4 (9)	16,7 (7)	31,0 (13)	9,5 (4)	4,8 (2)	2,4 (1)	100	92,9 (39)	
Ressources humaines suffisantes	11,9 (5)	11,9 (5)	9,5 (4)	14,3 (6)	7,1 (3)	40,5 (17)	4,8 (2)	100	84,8 (23)	
Existence d'une réglementation législative appropriée	11,9 (5)	4,8 (2)	19,0 (8)	14,3 (6)	7,1 (3)	31,0 (13)	11,9 (5)	100	57,1 (24)	
Autres	7,1 (3)	4,8 (2)	4,8 (2)	7,1 (3)	2,4 (1)	73,8 (31)	0,0 (0)	100	26,2 (11)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 19. Pourcentage de la répartition des pays qui ont établi des partenariats dans les domaines de la population et de la santé en matière de reproduction**

Type de partenaire	Sous-région							Aucun partenaire	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord		Sud		Ouest		Centre				
	Est		Est		Ouest						
ONG internationales	11,6 (5)	23,3 (10)	18,6 (8)	27,9 (12)	9,3 (4)	4,7 (2)	100	4,7 (2)	90,7 (39)	90,7 (39)	
Société civile	11,6 (5)	23,3 (10)	18,6 (8)	27,9 (12)	9,3 (4)	2,3 (1)	100	7,0 (3)	90,7 (39)	90,7 (39)	
Secteur privé	11,6 (5)	23,3 (10)	18,6 (8)	25,6 (11)	7,0 (3)	9,3 (4)	100	4,7 (2)	86,0 (37)	86,0 (37)	
Autre	4,7 (2)	4,7 (2)	4,7 (2)	4,7 (2)	2,3 (1)	79,1 (34)	100	0,0 (0)	20,9 (9)	20,9 (9)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Table 20. Pourcentage de la répartition des pays selon position de l'organisme chargé des questions du VIH/sida dans la structure gouvernementale**

Niveau de prise de décision	Sous-région							Aucun organe chargé des questions de SIDA	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord		Sud		Ouest		Centre				
	Est		Est		Ouest						
Ministère	9,3 (4)	16,3 (7)	14,0 (6)	16,3 (7)	14,0 (6)	7,0 (3)	23,3 (10)	100	69,8 (30)	69,8 (30)	
Service	9,3 (4)	7,0 (3)	7,0 (3)	4,7 (2)	9,3 (4)	25,6 (11)	37,2 (16)	100	37,2 (16)	37,2 (16)	
Autre institution	2,3 (1)	7,0 (3)	9,3 (4)	7,0 (3)	4,7 (2)	25,6 (11)	44,2 (19)	100	30,2 (13)	30,2 (13)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 21. Pourcentage de la répartition des pays par stratégies ou mesures, y compris les modifications de la législation adoptées par les gouvernements dans le cadre des stratégies de prévention et de traitement du VIH/sida**

Stratégies/mesures adoptées	Sous-région						Aucun organe chargé des questions du SIDA	Pas indiqué	Pourcentage total (N=42)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre					
Disponibilité et utilisation de préservatifs	14,3 (6)	23,8 (10)	19,0 (8)	31,0 (13)	11,9 (5)	0,0 (0)	0,0 (0)	100	100 (42)	
Interventions ciblant les groupes les plus vulnérables	11,9 (5)	23,8 (10)	19,0 (8)	31,0 (13)	11,9 (5)	2,4 (1)	0,0 (0)	100	97,6 (41)	
Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	11,9 (5)	21,4 (9)	19,0 (8)	31,0 (13)	11,9 (5)	4,8 (2)	0,0 (0)	100	95,2 (40)	
Communication pour le changement de comportement	14,3 (6)	23,8 (10)	19,0 (8)	28,6 (12)	9,5 (4)	0,0 (0)	4,8 (2)	100	95,2 (40)	
Renforcement des capacités des prestataires de services	14,3 (6)	21,4 (9)	19,0 (8)	31,0 (13)	11,9 (5)	0,0 (0)	2,4 (1)	100	97,6 (41)	
Soins médicaux, psychologiques et sociaux aux victimes du VIH/sida	11,9 (5)	21,4 (9)	16,7 (7)	31,0 (13)	11,9 (5)	7,1 (3)	0,0 (0)	100	92,9 (39)	
Gestion des IST	14,3 (6)	23,8 (10)	16,7 (7)	31,0 (13)	11,9 (5)	0,0 (0)	2,4 (1)	100	97,6 (41)	
Abstinence	11,9 (5)	19,0 (8)	19,0 (8)	28,6 (12)	9,5 (4)	7,1 (3)	4,8 (2)	100	88,1 (37)	
Plaidoyer	9,5 (4)	23,8 (10)	16,7 (7)	31,0 (13)	11,9 (5)	2,4 (1)	4,8 (2)	100	92,9 (39)	
Soins à domicile	4,8 (2)	19,0 (8)	16,7 (7)	26,2 (11)	7,1 (3)	23,8 (10)	2,4 (1)	100	73,8 (31)	
Autre	4,8 (2)	9,5 (4)	4,8 (2)	16,7 (7)	4,8 (2)	59,5 (25)	0,0 (0)	100	40,5 (17)	

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 22. Pourcentage de la répartition des pays par politiques, stratégies et mesures explicites adoptées par les gouvernements pour modifier la répartition de la population**

Politiques/ stratégies/mesures adoptées	Sous-région					Aucun organe chargé des questions du SIDA	Pas indiqué	Pourcentage total (N=43)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre				
Stratégie explicite	9,3 (4)	7,0 (3)	7,0 (3)	20,9 (9)	2,3 (1)	48,8 (21)	4,7 (2)	100	46,5 (20)
Autres mesures	7,0 (3)	7,0 (3)	7,0 (3)	9,3 (4)	2,3 (1)	51,2 (22)	16,3 (7)	100	32,6 (14)

Note: Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses

**Tableau 23. Pourcentage de la répartition des pays par stratégies ou mesures, y compris les modifications législatives adoptées par les gouvernements pour promouvoir le développement rural dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de développement**

Stratégies/mesures adoptées	Sous-région					Aucun organe chargé des questions du SIDA	Pas indiqué	Pourcentage total (N=38)	Tous les pays
	Nord	Est	Sud	Ouest	Centre				
Formation des jeunes dans des emplois non agricoles	13,2 (5)	18,4 (7)	13,2 (5)	26,3 (10)	13,2 (5)	7,9 (3)	7,9 (3)	100	84,2 (32)
Amélioration des systèmes de transport et de communication et de services sociaux en milieu rural	15,8 (6)	18,4 (7)	15,8 (6)	23,7 (9)	7,9 (3)	5,3 (2)	13,2 (5)	100	81,6 (31)
Décentralisation des systèmes administratifs	15,8 (6)	21,1 (8)	15,8 (6)	31,6 (12)	7,9 (3)	5,3 (2)	2,6 (1)	100	92,1 (35)
Création de projets créateurs de revenus	13,2 (5)	18,4 (7)	15,8 (6)	31,6 (12)	13,2 (5)	0,0 (0)	7,9 (3)	100	92,1 (35)
Accès à la propriété et à l'exploitation de la terre	13,2 (5)	21,1 (8)	13,2 (5)	18,4 (7)	7,9 (3)	10,5 (4)	15,8 (6)	100	73,7 (28)
Accès des unités familiales aux ressources en eau	13,2 (5)	18,4 (7)	15,8 (6)	23,7 (9)	10,5 (4)	5,3 (2)	13,2 (5)	100	81,6 (31)
Facilitation des systèmes de crédit	10,5 (4)	21,1 (8)	15,8 (6)	28,9 (11)	10,5 (4)	5,3 (2)	7,9 (3)	100	86,8 (33)
Facilitation de la création des coopératives de production et de commercialisation	15,8 (6)	10,5 (4)	15,8 (6)	26,3 (10)	13,2 (5)	7,9 (3)	10,5 (4)	100	81,6 (31)
Autre	5,3 (2)	2,6 (1)	5,3 (2)	2,6 (1)	5,3 (2)	78,9 (30)	0,0 (0)	100	21,1 (8)

Note : Le nombre de pays est indiqué entre parenthèses



## **ANNEXE II: Actions clefs de la CIPD+5**

### **Éducation et alphabétisation**

«Les gouvernements et la société civile, avec l'aide de la communauté internationale, devraient le plus rapidement possible et dans tous les cas avant 2015, réaliser l'objectif de la conférence consistant à assurer l'accès de tous à l'enseignement primaire et secondaire en 2005 et veiller à ce que d'ici 2010, le taux net d'inscription à l'école primaire pour les enfants des deux sexes soit au moins de 90% par rapport aux estimations de 85% pour 2000.» [para 34]

«Les gouvernements, en particulier ceux des pays en développement, devraient, avec l'aide de la communauté internationale: ... réduire le taux d'analphabétisme des femmes et des hommes, de moitié au moins pour les femmes et les filles en 2005 par rapport aux taux de 1990.» [para 35 (c)]

### **Santé en matière de reproduction et besoins non satisfaits en matière de contraception**

« ... Les gouvernements devraient veiller à ce que d'ici 2015, toutes les infrastructures de soins de santé primaires et de planification familiale soient à même de fournir, directement ou à travers le système de référence, la plus large gamme possible de méthodes efficaces de planification familiale et de contraception; les soins essentiels de santé obstétrique, la prévention et le traitement des maladies infectieuses des organes génitaux, y compris les infections sexuellement transmissibles et les méthodes de protection (comme les préservatifs pour hommes et pour femmes et les microbicides s'ils sont disponibles) pour prévenir l'infection. En 2005, 60 % de ces infrastructures devraient être en mesure d'offrir tous ces services et en 2010, 80 % d'entre elles devraient pouvoir le faire.» [para 53]

«Là où il existe un fossé entre l'utilisation des contraceptifs et la proportion des personnes qui ont exprimé le désir d'espacer les naissances ou de limiter la taille de leur famille, les pays devraient essayer de combler ce fossé au moins de moitié en 2005, de 75% en 2010 et de 100% en 2015. Pour respecter ce seuil, les objectifs démographiques, tout en étant un objet légitime des stratégies de développement des gouvernements, ne devraient pas être imposés aux prestataires des services de planification familiale sous forme de cibles ou de quotas pour le recrutement des clients.» [Para 58]

### **Réduction de la mortalité maternelle**

«En 2005, là où le taux de mortalité maternelle est très élevé, au moins 40 % de tous les accouchements devraient être assistés par du personnel qualifié; en 2010, ce chiffre devrait être d'au moins 50% et d'au moins 60% en 2015. Tous les pays devraient poursuivre leurs efforts afin que dans l'ensemble, en 2005, 80% de toutes les naissances soient assistées par du personnel qualifié, 85% en 2010, et 90 % en 2015.» [Para 64"]

## **VIH/sida**

«Les gouvernements, avec l'aide de l'ONUSIDA et des donateurs, devraient faire en sorte que d'ici 2005, au moins 90%, et d'ici 2010, au moins 95% des jeunes hommes et jeunes femmes de 15 à 24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour acquérir les compétences fonctionnelles requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection du VIH. De même, les services devraient inclure l'accès aux méthodes préventives, notamment les préservatifs pour hommes et pour femmes, le dépistage volontaire, les conseils et le suivi. En guise de seuil de référence, les gouvernements devraient utiliser les taux d'infection au VIH/sida chez les personnes âgées de 15 à 24 ans pour que d'ici 2005, la prévalence dans ce groupe d'âge soit globalement réduite et qu'elle soit réduite de 25% dans les États les plus touchés et qu'en 2010, la prévalence dans ce groupe d'âge soit réduite globalement de 25%.» [Para 70].