32081

E

NATIONS UNIES

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

Distr.: LIMITEE

FSSDD/ICPD/FC.3/98/5
20 janvier 1999

FRANCAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

MISE EN OEUVRE DE LA DECLARATION DE DAKAR/NGOR ET DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT: EVALUATION DE L'EXPERIENCE AFRICAINE

AVANT-PROPOS

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

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

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

4. Les bonnes pratiques elles-mêmes évoluent en se nourrissant des expériences passées et des besoins nouveaux. Elles doivent donc être adaptées avant d'être adoptées. Si la mise en oeuvre d'une mesure spécifique telle que la diffusion aux décideurs des conclusions d'un travail de recherche ou la révision d'une loi peut constituer un pas dans la bonne direction, cela ne signifie pas qu'un objectif essentiel ait été atteint. Il est en outre probable que dans des domaines d'importance cruciale tels que les soins de santé en matière de procréation, les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la gestion des données, les besoins évoluent au fil du temps. De même,

---

[1] Singh, J.S., Creating a New Consensus on Population (Earthscan Publications Ltd. London, 1998)

l'évaluation des résultats obtenus depuis l'adoption du Programme d'action de la CIPD doit nécessairement faire ressortir de façon distincte les programmes et les politiques mis en oeuvre, d'une part, et l'évolution de la situation sociale, économique et démographique. Dans un même pays, la mise en oeuvre de nouvelles politiques et de nouveaux programmes peut donner des résultats plus ou moins concluants selon le cas.

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

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

7. La première partie comporte des informations de caractère général sur la dynamique démographique, les dimensions socio-économiques, les relations d'interdépendance entre population et développement et les politiques et programmes mis en oeuvre dans la région. La deuxième partie se divise en deux chapitres: le premier présente le rapport de la troisième réunion du Comité de suivi (FUC.3) qui s'est tenue du 23 au 25 septembre 1998 à Addis-Abeba (Ethiopie) en vue d'évaluer les résultats obtenus, les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en oeuvre des recommandations de la DDN et du Programme d'action de la CIPD. Le deuxième chapitre présente les principales recommandations de FUC.3. La troisième partie contient le rapport d'exécution des recommandations dans les domaines d'action suivants[2]: la santé et les droits en matière de procréation; la famille, les jeunes et les adolescents; l'égalité entre les sexes, l'équité, la démarginalisation des femmes et la participation de l'homme; le rôle des ONG et du secteur privé dans l'évaluation et la coordination des programmes; la stratégie de développement en matière de population, la politique et les mécanismes institutionnels de mise en oeuvre, de suivi, d'évaluation et de coordination et les stratégies pour les activités de plaidoyer et d'information, d'éducation et de communication (IEC).

---

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

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS

PREMIERE PARTIE : HISTORIQUE

- Préambule
- Dynamique de la population
- Dimensions socio-économiques
- Population et développement
- Politiques et programmes

DEUXIEME PARTIE : ACTES DE LA TROISIEME REUNION DU COMITE DE SUIVI

- Rapport de la troisième réunion du Comité de suivi.
  Participation et organisation des travaux
  Compte rendu des travaux
  Allocution de bienvenue et remarques liminaires
  Procédure et modalités pour la CIPD+5 et évaluation de la DND et du PA-CIPD
  Présentation générale du rapport sur l'expérience africaine dans la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD
  Présentation thématique et discussion du rapport sur l'expérience africaine dans la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD

- Principales recommandations adoptées par la troisième réunion du Comité de suivi :
- Annexe I : Ordre du jour
- Annexe II : Liste des documents
- Annexe III : Liste des participants

TROISIEME PARTIE : EXPERIENCES AFRICAINES DANS LA MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS DE LA DND et du PA-CIPD

Introduction
Santé en matière de procréation et droits en matière de reproduction
La famille, les jeunes et les adolescents
L'égalité des sexes, l'équité, la responsabilisation des femmes et la participation des hommes
Rôle des ONG dans le secteur privé dans la mise en oeuvre du programme
Politique démographique et stratégies de développement/mécanismes institutionnels/institutions sous-régionales
Activités de sensibilisation et stratégies en matière d'IEC

QUELQUES SIGLES

AMREF	Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique
APC3	Troisième Conférence africaine sur la population
BAD	Banque africaine de développement
BOFWA	Association botswanaise pour la promotion familiale
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CNP	Conseils nationaux sur la population
DIU	Dispositif intra-utérin
DND	Déclaration de Dakar/Ngor
EAP	Equipe d'appui au pays
ECA	Commission économique pour l'Afrique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IEC	Information, Education et Communication
IPPF	Fédération internationale de planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
MGF	Mutilation génitale féminine
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PA-CIPD	Programme d'action adoptée à la CIPD
PAK	Programme d'action de Kilimandjaro
PF	Planification familiale
PNP	Programmes nationaux sur la population
SIG	Systèmes d'informatique de gestion
SMI/PF	Soins maternels et infantiles/planification familiale
POP/FLE	Education sur la population/à la vie familiale
MST	Maladies sexuellement transmissibles
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TSF	Taux synthétique de fécondité
TUC	Taux d'utilisation des contraceptifs
UE	Union européenne
UNAIDS	Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WFS	Enquête mondiale sur la fécondité

PREMIERE PARTIE: LE CONTEXTE PREVALANT LORS DE L'EVALUATION

PREAMBULE

1. La situation du développement humain en Afrique fait ressortir, selon les différents indicateurs de mesure utilisés, la faiblesse du niveau de vie des populations de la région. Selon l'Indicateur du développement humain (IDH) du PNUD, sur 48 pays classés "à faible développement humain", 37 sont des pays africains[3]; et 54 % de la population africaine vit dans la pauvreté absolue. En outre, la faiblesse des revenus, le sous-emploi, l'analphabétisme, la malnutrition, le mauvais état de santé des populations, la précarité de la condition de la femme et la dégradation de l'environnement coexistent en Afrique avec des niveaux élevés de fécondité, de mortalité et de morbidité.

2. Dans le présent chapitre, seront présentés une vue d'ensemble de la dynamique démographique, des dimensions socio-économiques, de la situation en matière de population et développement ainsi que les politiques et programmes arrêtés.

LA DYNAMIQUE DE LA POPULATION

Importance numérique et accroissement de la population

3. La population africaine est passée de 320 millions en 1965 à 778 millions en 1998, ce qui représente un accroissement annuel de 13,9 millions de personnes. Environ 634 millions de personnes devraient s'ajouter à la population de la région au cours de la période 2000-2025. Le pourcentage de la population africaine par rapport à la population mondiale devrait passer de 13,1 % en 1998 à environ 18,1 % en 2025 (soit une croissance de 5 %) alors que les deux autres principales régions en développement ne devraient connaître que de faibles changements: l'Amérique latine passant de 8,4 % à 8,6 % (soit une croissance de 0,2 % seulement) et l'Asie de 60,5 % à 59,5 % (soit une baisse de 0,5 %).

4. Selon les variantes moyennes établies dans les projections de l'ONU, le taux d'accroissement annuel de la population en Afrique devrait baisser de 2,6 % pendant la période 1995-2000 à 1,98 % pendant la période 2000-2025. Au taux actuel d'accroissement de la population, l'Afrique doublerait sa population de 1998 en l'an 2025. L'Afrique est donc la seule région qui devrait plus que doubler sa population actuelle en 2050 avec, à cette date, un total de 2,05 milliards d'habitants[4].

5. Au niveau sous-régional, il ressort que les taux d'accroissement de la population auront baissé de façon significative en 2025, notamment en Afrique du Nord et en Afrique australe avec des chiffres inférieurs à 1,5 % Au niveau des pays, ils ne sont que sept à enregistrer des taux modérés d'accroissement de la population se situant entre 1 et 2 % pour la période 1995-2000. Seize pays connaissent des taux élevés se situant entre 2 et 2,5 % et 38 pays des taux très élevés dépassant 2,5 %[5].

---

[3] PNUD, Rapport sur le développement humain, 1997, New York, 1997.

[4] United Nations, World Population Prospects: the 1996 Revision (United Nations: New York, 1998).

[5] Ibid.

La fécondité

6. L'Afrique enregistre également l'Indice synthétique de fécondité (ISF) le plus élevé au monde. Celui-ci est estimé à 5,31 enfants par femme (1995-2000). Ce niveau de fécondité qui, au début des années 70, était communément enregistré en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes, s'explique par les mariages précoces et quasi universels (encore que l'âge moyen au mariage en Afrique soit de plus en plus retardé). Les autres causes tiennent à la durée de la fécondité des femmes et à la faiblesse des taux d'utilisation des contraceptifs. Dans 36 % des cas, la fécondité est soit précoce (12 % entre 15 et 20 ans), soit tardive (24 % entre 35 et 50 ans). La fécondité des adolescentes est élevée en Afrique centrale (206 naissances pour 1000 femmes), en Afrique de l'Ouest (158 naissances pour 1000 femmes) et en Afrique de l'Est (145 naissances pour 1000 femmes). Au niveau des pays, la Guinée (241 naissances pour 1000 femmes), l'Angola (236 naissances pour 1000 femmes) et le Libéria (230 naissances pour 1000 femmes) ont enregistré les taux de fécondité des adolescentes les plus élevés pendant la période 1990-1995. Les taux de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer est inférieur à 15 % dans la plupart des pays bien que certains pays des sous-régions de l'Afrique du Nord et de l'Afrique australe enregistrent dans ce domaine des taux relativement élevés[6].

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

---

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

La mortalité

8. En Afrique, les taux de mortalité, bien qu'en baisse, demeurent élevés comparativement aux autres régions en développement. Le taux brut de mortalité a été estimé à 12,9 p. 1000 pendant la période 1995-2000 alors qu'il n'est que de 8,5 p. 1000 dans les autres régions en développement. L'Afrique enregistre également le taux le plus élevé de mortalité infantile (TMI). Celui-ci s'établit à 86 décès p. 1OOO naissances vivantes en 1995-2000 avec cependant de grandes différences selon les sous-régions: l'Afrique de l'Est connaît le TMI le plus élevé (99 p. 1000) alors qu'en Afrique australe, celui-ci est de 50 p. 1000 (c'est-à-dire deux fois moins). L'Afrique est, en outre, la région où l'on enregistre le taux le plus élevé de mortalité post-infantile (145 décès p. 1000 naissances vivantes au cours des cinq premières années). La mortalité post-infantile est variable: 164 en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest et 86 et 87 respectivement en Afrique du Nord et en Afrique australe.

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

L'urbanisation

10. Les deux caractéristiques distinctives de l'urbanisation en Afrique sont la faible proportion de la population urbaine et le taux élevé d'accroissement de celle-ci. La population urbaine était de 18 % en 1960 (34 % dans le monde). Elle a atteint 30 % en 1985 (41 % dans le monde)[8]. En l'an 2000, la proportion devrait être de 38 % en Afrique et de 47 % dans le monde. Pendant la période 1960-1965, le taux moyen annuel d'accroissement de la population urbaine en Afrique s'établissait à 4,9 % contre 3,1 % dans le monde, 3,7 % en Asie et 4,4 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Le taux d'accroissement de la population urbaine en Afrique a été estimé à 4,2 % pendant la période 1995-2000 contre 2,3 % dans le monde, 3,0 % en Asie et 2,1 % en Amérique latine et aux Caraïbes. L'Afrique conserve ainsi son rang de région enregistrant le plus fort taux d'accroissement de la population urbaine dans le monde.

---

[7] OMS, 1997, Ibid.

[8] United Nations, World Urbanization Prospects: The 1996 Revision, New York, 1998.

LES DIMENSIONS SOCIO-ECONOMIQUES

L'économie

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

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

13. La dette extérieure et les obligations de remboursement du service de la dette continuent de peser lourdement sur les économies africaines et de menacer la reprise économique. Selon des rapports de la Banque mondiale et d'après des sources nationales diverses, l'encours de la dette extérieure africaine a atteint 322 milliards de dollars en 1995, soit un accroissement de 4 % par rapport aux 310 milliards enregistrés en 1994, ce qui représente 70 % du PIB de la région et 250 % des exportations. La part de la dette multilatérale dans la dette à long terme des pays de l'Afrique susaharienne est passée de 13 % en 1980 à 24 % en 1990, puis à 31 % en 1995. La capacité de ces pays à honorer le service de la dette ne s'est pas améliorée malgré les efforts entrepris. La part de l'Afrique dans les échanges mondiaux cumulés continue de baisser régulièrement. Elle est passée de

---

[9] Burkina Faso (6%), Côte d'Ivoire (6,6%), Ghana (6,9%), Kenya (6,1%), Malawi (6,2%), Mali (6,0%) et Togo (6,7%).

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

[11] FAO, Food Requirements and Population Growth, Rome, 1996.

5 % en 1980 à 3,1 % en 1990, puis à 2,3 % en 1995. Les apports nets d'aide publique au développement (APD) en direction de l'Afrique ont également chuté, passant de 25 milliards de dollars en 1992 à 21,5 milliards en 1993 avant de se redresser légèrement en 1994 à 23,5 milliards de dollars.

L'éducation

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

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

La santé

16. La grande majorité de la population demeure à l'écart des services de santé, notamment dans les zones rurales où la couverture sanitaire est particulièrement faible. D'un autre côté, il ressort des données de la Banque mondiale que presque la totalité de la population égyptienne, mauricienne et tunisienne et environ les deux-tiers des Nigérians et des Marocains ont accès aux soins de santé[14]. Dans les pays où l'accès aux services de santé, à l'eau potable et aux systèmes sanitaires est aisé, les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont baissé.

17. La rapide urbanisation, le développement des bidonvilles et la prolifération de colonies de squatters dans nombre de villes obligent des millions de citadins à vivre dans des milieux surpeuplés et dans des conditions peu hygiéniques. Ces établissements humains sont des foyers de maladies infectieuses, respiratoires et contagieuses car ils manquent d'eau potable et d'installations sanitaires

---

[12] UNSCO, Annuaire statistique 1995 (UNESCO: Paris, 1996).

[13] UNESCO, 1995, Ibid.

[14] World Bank, Development in Practice, a New Agenda for Women's Health and Nutrition, Washington, D.C., 1997.

appropriées. Le manque d'eau potable et d'installations sanitaires sont les deux principales causes de mortalité et de morbidité dans les bidonvilles et les taudis en milieu rural et urbain où vivent des millions de pauvres des pays en développement[15]. Outre le manque d'eau potable et d'installations sanitaires, la croissance démographique rapide entraîne une grave pénurie d'aliments, d'énergie, de logement et d'espace proprement dit en milieu urbain. La concentration en milieu urbain de populations démunies a des effets négatifs sur les zones de l'arrière-pays d'où ils tirent leurs moyens d'existence, en accélérant, par exemple, le déboisement du fait de la demande insoutenable de bois de chauffage.

Emploi

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

19. Le taux de chômage est élevé dans les pays africains. Il ressort des études disponibles qu'au début des années 90, le taux de chômage dans la région était d'environ 15 p. 100 et que ce dernier était beaucoup plus élevé dans les zones urbaines, 23 p. 100[17]. En outre, ces études indiquent que le nombre de chômeurs dans les zones urbaines augmente d'environ 10 p. 100 par an. Le flux de main-d'oeuvre excédentaire qui se déplace des zones rurales vers les zones urbaines pour échapper à la pauvreté a aggravé le chômage en milieu urbain. L'essentiel de cette main-d'oeuvre se retrouve finalement sous-employée dans des activités peu productives dans le secteur informel ou simplement au chômage.

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

---

[15] OMS, Water supply and sanitation, collaborative council; UNICEF, Water supply and sanitation sector monitoring report 1996: sector status as of 31 December 1994, Genève, 1996

[16] 16, BIT, African Employment Report 1995, Genève, 1995

[17] ILO/JASPA, Africa Employment Report, 1990 Addis-Abeba, 1990

POPULATION ET DEVELOPPEMENT

Population et sécurité alimentaire

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

22. L'indice de la production vivrière par habitant a également baissé, passant de 112 en 1970 à 101 en 1980, 98,4 en 1990 et 95,2 en 1995. Environ 40 p. 100 du total de la population africaine, soit quelque 250 millions d'habitants, pour l'essentiel des femmes et des enfants, sont de plus en plus victimes de la pauvreté et de la malnutrition. Contrairement à l'Asie et à l'Amérique latine, l'Afrique n'a pas su améliorer le taux de couverture de ses besoins énergétiques par ses disponibilités alimentaires[19]. Les initiatives que les pays ont prises individuellement et collectivement pour lutter contre la famine et la malnutrition à court, moyen et long terme ont, généralement, échoué. La pression que la population exerce sur les terres est également très forte en particulier dans les zones où la densité démographique a augmenté de 66 % sur une période de 20 ans; en conséquence, la superficie cultivée par habitant a sensiblement diminué.

Population et environnement

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

---

[18] IFPRI, Global Food Projections to 2020: Implications for Investment, 1995.

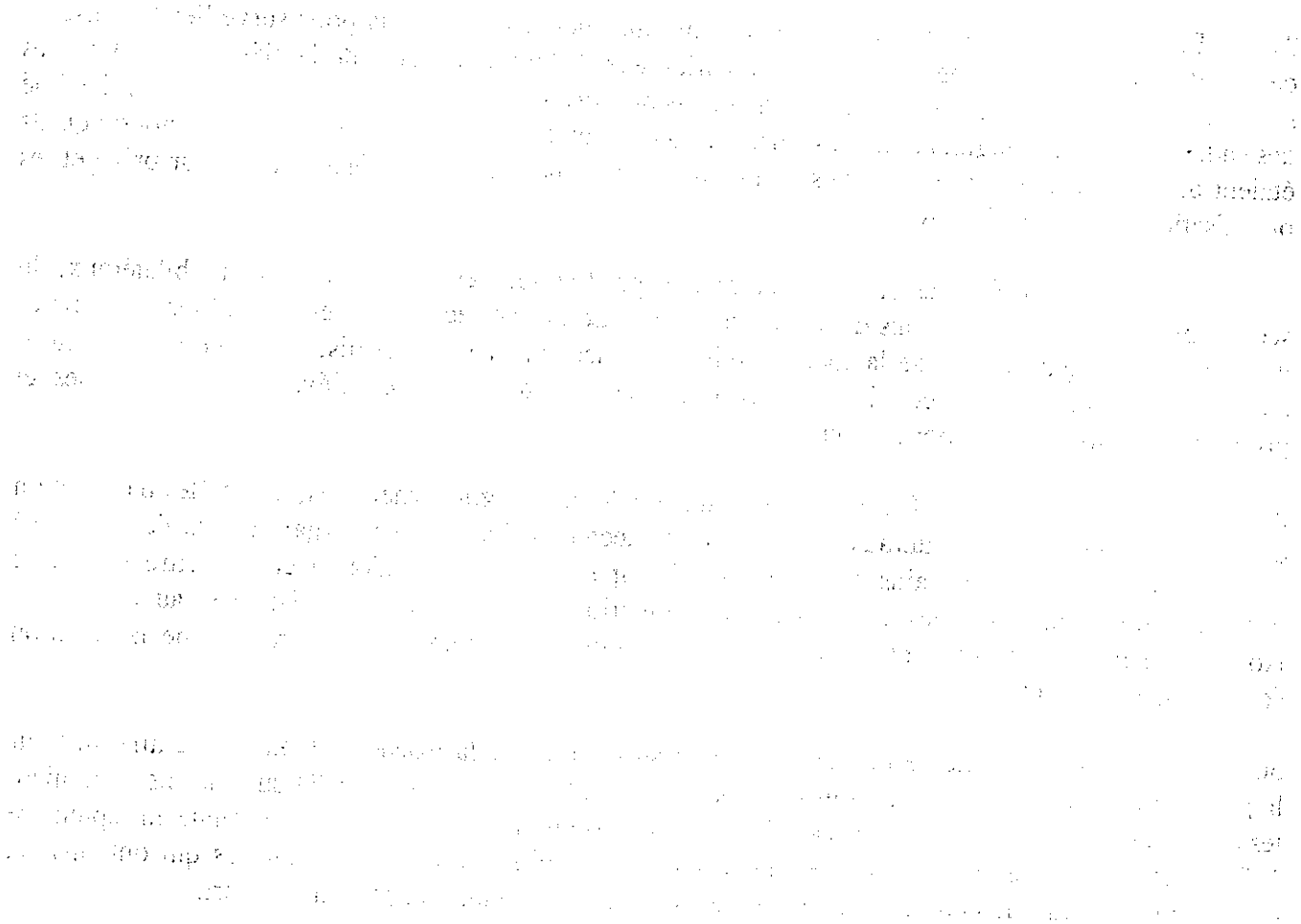
[19] FAO, Food Requirements and Population Growth, Rome, 1996.

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

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

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

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



DEUXIEME PARTIE : COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA TROISIEME REUNION DU COMITE DE SUIVI

23 – 25 septembre 1998, Addis-Abeba (Ethiopie)

RAPPORT DE LA TROISIEME REUNION DU COMITE DE SUIVI

A. PARTICIPATION ET ORGANISATION DES TRAVAUX

1. La troisième réunion du Comité de suivi de la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA-CIPD) s'est tenue au siège de la CEA à Addis-Abeba, Ethiopie du 23 au 25 septembre 1998. Elle a été ouverte par M. K. Y. Amoako, Secrétaire exécutif de la Commission économique pour l'Afrique et Secrétaire général adjoint de l'ONU. Des représentants du FNUAP, de l'OUA, de la BAD ainsi que la présidente de la Commission africaine de la population (APC) et la présidente du Comité de suivi de la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD ont fait des déclarations liminaires.

2. Ont assisté à la réunion des représentants des Etats africains suivants : Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Ethiopie, Ghana, Guinée, Maurice, Nigéria, Ouganda, République d'Afrique du Sud, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Tunisie et Zimbabwe.

3. Ont également assisté à la réunion des représentants de l'Organisation de l'unité africaine (OUA), de la Banque africaine de développement (BAD) et du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), organisations chargées de travailler avec la CEA pour l'exécution des activités du Comité.

4. Les représentants des organisations et institutions suivantes ont également participé à la réunion : Centres de développement sous-régionaux de la CEA (Afrique de l'Est, Afrique du Nord, Afrique australe et Afrique de l'Ouest), Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Regional Institute for Population Studies (RIPS), Population et mise en valeur des ressources humaines en Afrique/Institut africain de développement économique et de planification (PHRDA /IDEP), Centre d'études et de recherches sur la population pour le développement (CERPOD), Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), Coopération Sud-Sud, Forum des parlementaires africains et arabes sur la population et le développement (FAAPPD) et Center for African Family Studies.

5. Le Bureau était composé comme suit :

Président	:	Sénégal
Premier Vice-Président	:	Egypte
Deuxième Vice-Président	:	Kenya
Premier Rapporteur	:	Rwanda
Deuxième Rapporteur	:	Namibie

B. COMPTE RENDU DES TRAVAUX

Allocution d'ouverture et remarques liminaires

6. M. K. Y. Amoako, Secrétaire général de l'ONU et Secrétaire exécutif de la Commission économique pour l'Afrique (CEA), a souhaité aux participants, la bienvenue à Addis-Abeba, à la CEA et à la troisième réunion du Comité de suivi de la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA-CIPD). Il a rappelé l'importance du suivi, soulignée depuis 1992, à l'occasion de plusieurs grandes réunions, et de la création, en 1993, du Comité de suivi et salué le partenariat entre la CEA, l'OUA, la BAD, le FNUAP, y compris les EAP, basées en Afrique et les instituts régionaux s'occupant de population et développement. Il a également fait allusion aux nombreuses réunions importantes qui ont été organisées, ces dernières années, sur les réalisations et les contraintes notées.

7. Au nombre des réalisations enregistrées en matière de population en Afrique, le Secrétaire exécutif a ajouté que de nombreux pays disposaient de la politique et du cadre institutionnel relatifs aux activités de population. Ces instruments ont contribué aux progrès réalisés dans les domaines, par exemple, de la population et du développement, de la santé en matière de procréation, des droits en matière de reproduction et d'IEC. Mais il a indiqué que des efforts supplémentaires s'imposaient dans plusieurs domaines, comme ceux de la sensibilisation et de la participation de la société civile et du secteur privé. Par ailleurs, certains facteurs sociaux et économiques, notamment la réduction des dépenses consacrées au secteur social, entravent la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD ; il s'ensuit une paupérisation accrue et un accès moindre à la santé et à l'éducation. Les gouvernements africains ont la lourde tâche de faire baisser les taux élevés de fécondité, de mortalité infantile et maternelle, mais également de paludisme et de VIH/SIDA.

8. Évoquant ensuite le processus CIPD+5 qui doit conduire à l'Assemblée générale de juin-juillet 1999, M. Amoako a souligné que plusieurs activités avaient déjà été entreprises, entre autres l'analyse des questionnaires envoyés à tous les pays africains et les missions effectuées dans certains pays africains pour identifier les pratiques les meilleures et les contraintes. Il a insisté sur le rôle clé de la présente réunion, s'agissant d'examiner les succès enregistrés et les défis à relever, de consolider l'expérience africaine en un rapport, et d'identifier les mesures essentielles à prendre pour accélérer les progrès.

9. Mme Virginia Ofosu-Amaah, Directrice de la Division Afrique au siège du FNUAP, a souhaité la bienvenue aux participants et exprimé le plaisir qu'éprouve le FNUAP à travailler en partenariat avec la CEA, l'OUA et la BAD. Elle a rappelé au Comité à quel point les gouvernements africains étaient préoccupés, en 1992, par les problèmes de population dans leur pays; comment ils avaient décidé de prendre la responsabilité cruciale d'améliorer la qualité de vie des populations; et comment ils avaient fixé des objectifs à réaliser d'ici l'an 2000 et 2010. Elle a également évoqué le processus CIPD+5 menant à l'Assemblée générale, qui donnera aux gouvernements et à leurs partenaires l'occasion de réitérer leur engagement à mettre en oeuvre le PA-CIPD. Des tables rondes, des réunions techniques et un symposium seront organisés sur diverses questions liées à la population, avant le Forum international sur la mise en oeuvre de la CIPD, qui doit se tenir en février 1999 à La Haye.

10. La Directrice a ensuite abordé certaines des grandes questions découlant de l'analyse menée jusqu'ici par le FNUAP. Au nombre des réalisations, elle a mentionné le nombre croissant de pays disposant d'une politique en matière de population, le développement du partenariat entre les gouvernements, les ONG, les groupements de femmes et de jeunes et les collectivités locales, dans le

domaine des activités en matière de population. Mais elle a également évoqué la persistance de valeurs traditionnelles tenaces qui constituent un obstacle de taille à l'égalité entre les sexes et au renforcement du pouvoir d'action des femmes. Bien que des progrès importants aient été réalisés dans la plupart des pays, s'agissant de l'accès aux services de santé en matière de reproduction et de la qualité de ces derniers, plus d'efforts s'imposent pour résoudre les besoins des groupes défavorisés et le FNUAP s'y consacre davantage maintenant.

11. A titre d'exemple, les réfugiés et les personnes déplacées devraient également avoir un meilleur accès aux services de santé en matière de reproduction. A cet égard et suite à la crise du Rwanda, le FNUAP a reçu pour instruction, de son Conseil d'administration, de se pencher sur la santé en matière de reproduction et l'hygiène sexuelle des réfugiés ; ce qu'il fait actuellement, en collaboration avec l'UNICEF, le HCR et les ONG. Mais des contraintes demeurent : accès insuffisant à des services réellement intégrés, pénurie de personnel qualifié, ressources financières insuffisantes, stratégies de sensibilisation inopérantes, etc. Mme Ofosu-Amaah a insisté sur les faibles progrès réalisés en matière de prévention du VIH/SIDA en Afrique et a appelé à redoubler d'efforts dans ce domaine, afin que les réalisations enregistrées dans les secteurs économique, social et sanitaire ne soient pas compromises. La violence à l'égard des femmes, y compris la mutilation génitale, fait partie intégrante du PA-CIPD, et Mme Ofosu-Amaah a rappelé au Comité, l'Initiative africaine concernant la violence fondée sur la disparité entre les sexes, qui a été lancée lors du 40e anniversaire de la CEA.

12. Mme Ofosu-Amoah a noté que le FNUAP accorde de plus en plus d'attention et d'aide financière à l'Afrique. Mais la mobilisation de ressources suffisantes reste difficile, l'appui financier d'un certain nombre de grands donateurs ayant stagné ou baissé. Tous les pays doivent donc mener des campagnes de sensibilisation sur la nécessité d'octroyer des fonds supplémentaires pour les activités en matière de population et exploiter les ressources du secteur privé. Enfin, elle a évoqué les besoins précis des adolescents et des hommes, besoins qui doivent être considérés comme prioritaires.

13. Le lieutenant-colonel Chris Ugokwe, président de la Commission africaine de la population a tout d'abord exprimé ses remerciements au secrétariat conjoint CEA/OUA/BAD et au FNUAP pour les efforts déployés en vue de tenir cette réunion. Il a ensuite rappelé que la Commission avait participé au Conseil des ministres et à l'Assemblée des chefs d'Etat en 1994 à Tunis, qui avait alors adopté la Déclaration de Tunis sur la population et le développement. Il a également rappelé au Comité le rôle qu'avait joué la Commission dans l'élaboration de la position africaine à l'occasion de la CIPD et de la préparation du document africain présenté à la Conférence mondiale sur les femmes de 1995. Le Comité était devant une lourde tâche, a-t-il ajouté en faisant référence à l'ordre du jour de la réunion, du fait que celui-ci constituait l'outil technique de la CAP et que les délibérations seraient portées à l'attention du Conseil des ministres et des chefs d'Etat.

14. Le Président de la Commission africaine de la population a ensuite mis en lumière certaines des activités menées au cours des dernières années par la Commission ainsi que les progrès réalisés et les résultats de ses travaux. La Commission avait ainsi récemment établi des relations de collaboration et de partenariat avec d'autres institutions africaines importantes travaillant dans le domaine de la population, participé à plusieurs conférences internationales et organisé des visites dans sept pays africains. Il a, à cet égard, rappelé les principales conclusions tirées de ces visites sur le terrain.

15. Le lieutenant-colonel Ugokwe a informé le Comité des difficultés financières rencontrées à l'occasion de la mise en oeuvre du plan de travail 1997-1999 de la Commission, qui avait été adopté en 1997. Il a ajouté que la BAD s'était engagée à être plus présente dans les activités de la Commission et qu'elle allait soutenir celles-ci et précisé que le gouvernement nigérian avait pour sa part octroyé 60 000 dollars à la Commission.

16. An nom de la direction du Groupe de la Banque africaine de développement, Mme. Almaz Amine, représentante de la BAD s'est jointe au Secrétaire exécutif de la CEA et au représentant du FNUAP pour souhaiter la bienvenue aux participants. Elle a ensuite souligné que les questions de population figuraient en très bonne place dans les activités de la BAD. C'est ainsi que le Groupe de la Banque avait adopté en 1993 une politique en matière de population qui constituait un cadre d'action pour l'élargissement de ses activités dans ce secteur. Ceci avait permis de promouvoir le dialogue avec les Etats membres, de renforcer la coopération entre les institutions spécialisées et de donner aux Etats membres des orientations dans les efforts qu'ils déployaient pour l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques et des programmes en matière de population.

17. Parlant des importantes activités menées par le Groupe de la BAD dans ce domaine, elle a souligné que celui-ci avait collaboré avec l'OUA et la CEA à l'occasion de la création, en mai 1994, de la Commission africaine de la population et organisé des ateliers et d'autres manifestations visant à promouvoir et développer les activités liées à la population dans les Etats membres. En outre, la BAD avait tenu les 17 et 18 septembre 1998 une réunion très fructueuse avec la Commission, qui avait été consacrée à la définition des domaines de collaboration entre la Banque et la Commission.

18. La représentante de la BAD a déclaré que le Groupe de la Banque s'efforçait d'aider certains Etats membres à mettre en oeuvre les recommandations de la DDN et le PA-CIPD à travers le financement de projets et de programmes dans les domaines de la réduction de la pauvreté, de la santé, de l'éducation, de la femme et de la population.

19. En conclusion, elle a souligné que la BAD accordait une très grande importance à la troisième réunion du Comité de suivi et qu'elle souhaitait que cette réunion soit l'occasion d'examiner en profondeur l'expérience de l'Afrique dans la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD.

20. Tout comme les autres intervenants, le représentant de l'OUA, M. Hassan, a souhaité la bienvenue aux participants. Il a ensuite souligné que le Comité de suivi et le secrétariat conjoint CEA/OUA/BAD avaient évalué et suivi les progrès réalisés par certains Etats membres dans la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD.

21. L'intérêt particulier que l'OUA attachait aux activités menées en matière de population et de développement dans la région, était illustré par la contribution de celle-ci à la création de la Commission africaine de la population, à l'évaluation de la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD faite par le Comité de suivi et par les activités menées en matière de sensibilisation et de promotion. De plus, il y avait lieu de noter que le Traité instituant la Communauté économique africaine approuvé par l'OUA avait accordé une large place aux facteurs de population et de développement.

22. Malgré les progrès accomplis par les Etats membres dans la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD, beaucoup restait à faire pour endiguer une pauvreté croissante exacerbée par un accroissement rapide de la population et pour promouvoir le développement socio-économique sur des bases durables. L'intervenant a ensuite présenté certains indicateurs socio-démographiques pour situer l'importance des défis à relever. Il a souligné que les progrès accomplis par les Etats membres en vue de réaliser la transition démographique étaient dans une large mesure à mettre au crédit des pays qui avaient oeuvré à

alléger la pauvreté, à accroître leur PIB, à améliorer la situation dans le domaine de la santé en matière de procréation et des services de planification familiale, à réduire les niveaux de mortalité et à développer l'alphabétisation et les soins de santé. Les autres pays étaient donc appelés à en tirer d'utiles leçons.

23. En conclusion, le représentant de l'OUA a souligné les enjeux qui s'attachaient à la tenue de cette réunion et invité les Etats membres à mettre résolument en oeuvre la DDN et le PA-CIPD en y consacrant davantage de ressources. Il a également engagé les bailleurs de fonds à accorder une assistance financière aux pays africains pour leur permettre de tenir les engagements pris en ce qui concerne la DDN et le PA-CIPD.

24. La présidente du Comité de suivi, Mme. Rokhaya Sène, a, elle également, remercié le secrétariat conjoint CEA/OUA/BAD et le FNUAP pour la tenue de la réunion et pour l'appui apporté aux activités menées en Afrique en matière de population. Cette réunion était importante en ce sens qu'elle était consacrée à l'examen au niveau régional de la mise en oeuvre du PA-CIPD 5 ans après et qu'elle donnerait des indications utiles et des informations à soumettre à l'attention des ministres et des chefs d'Etat. Elle a rappelé que depuis Kilimandjaro, l'Afrique avait choisi d'adopter une approche globale et intégrée des actions à mener en matière de population et de développement et que depuis Bucarest (1974), le principe d'interdépendance entre les variables démographiques et socio-économiques était admis. L'Afrique demeurait cependant une région marquée par de forts taux d'accroissement de la population et de fécondité qui contribuaient à ralentir le rythme de développement et qu'il fallait donc les réduire. Il était, à cet égard, nécessaire de repenser les stratégies mises en oeuvre et d'accorder l'importance due à l'amélioration des conditions socio-économiques des individus dans un contexte marqué par une pauvreté croissante.

25. Mme Sène a appelé l'attention sur certains domaines prioritaires : la mortalité élevée aggravée par la pandémie du VIH/SIDA ; la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques des adolescents ; le développement inégal des différentes régions d'un pays donné ; la compréhension des facteurs culturels, économiques et sociaux liés aux comportements en matière de démographie ; l'insuffisance des ressources financières et enfin, la faible détermination des pays africains à examiner les questions de population.

Processus et modalités pour l'examen et l'évaluation à mi-parcours de la DDN et du PA-CIPD

26. En présentant ce point de l'ordre du jour (Doc. FSSDD/ICPD/FC.3/98/4), un fonctionnaire du secrétariat a informé la réunion que l'examen et l'évaluation à mi-parcours avaient donné l'occasion de rassembler et d'analyser les expériences au niveau national en vue d'identifier les meilleures pratiques et les obstacles à la réalisation des objectifs du PA-CIPD ainsi que les actions principales à mener pour surmonter ces obstacles et répondre aux besoins des Etats membres de la CEA.

27. Il a informé le Comité que le Rapport du Forum international prévu en février 1999 à la Haye constituerait, par l'intermédiaire du Conseil économique et social, une contribution au rapport du Secrétaire général devant être présenté à la 54ème session extraordinaire de l'Assemblée générale prévue du 30 juin au 2 juillet 1999 et chargée d'évaluer le Programme d'action. Au niveau régional, d'autres réunions et manifestations prévues dans le cadre de l'examen et de l'évaluation du PA-CIPD avaient été programmées par plusieurs organismes des Nations Unies, notamment les commissions régionales.

28. Le représentant du secrétariat a ensuite passé en revue les activités menées par le secrétariat conjoint CEA/OUA/BAD, en collaboration avec le FNUAP en vue de l'élaboration de la contribution régionale à CIPD+5. A cet égard, un questionnaire par pays pour évaluer la mise en oeuvre, au niveau national, de la DDN et du PA-CIPD, avait été envoyé à tous les pays africains et deux consultants avaient été recrutés pour effectuer des missions dans 12 pays africains afin d'identifier les réalisations, les meilleures pratiques et les obstacles rencontrés. Le rapport relatif à l'expérience africaine sur la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD serait modifié après la réunion en cours et présenté à la première session de la réunion de la Commission du développement durable que la CEA prévoit d'organiser en janvier 1999. Un résumé du rapport serait disponible lors du Forum de la Haye en février 1999 et une déclaration sur l'expérience africaine serait également élaborée et soumise à l'approbation de la Conférence au Sommet des chefs d'Etat de l'OUA en juin-juillet 1999.

29. Enfin, le représentant du secrétariat a informé les participants d'autres activités du secrétariat conjoint CEA/OUA/BAD, notamment l'organisation des réunions suivantes : Séminaire sur la politique en matière de population (Nairobi, mars 1998) ; première réunion du Groupe de travail du Comité de suivi (Dakar, mai 1998) ; et troisième Assemblée générale de la Commission africaine de la population (Abuja, avril 1999).

Présentation générale du rapport sur l'expérience africaine en matière de mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD

30. En présentant ce point (FSSDD/ICPD/FC.3/1998/3), un représentant du secrétariat a informé la réunion que le rapport a été établi dans le cadre du cinquième examen et évaluation annuels de la mise en oeuvre du PA-CIPD. Il a en outre informé la réunion que le rapport présentait les principales réalisations et contraintes ainsi que les pratiques les plus performantes comme il ressort des expériences nationales dans la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD.

31. Le représentant du secrétariat a ensuite souligné que le PA-CIPD marquait un tournant dans l'élaboration de la politique en matière de population en tant que partie intégrante des plans nationaux de développement des pays membres de la CEA. De grands changements sont apportés à la formulation des politiques, en particulier il est possible de reformuler et/ou de réorienter des politiques qui, jusque là, ne tenaient pas compte du développement durable. Dans un grand nombre de cas, on se rend compte maintenant beaucoup plus, en particulier chez les principaux décideurs, de l'importance du lien entre population et développement et on reconnaît de plus en plus la complexité des rapports existant entre population, développement, égalité des sexes et environnement. Toutefois, pour mettre en oeuvre les recommandations du PA-CIPD, il faudra que, dans chaque Etat membre, un consensus national se dégage sur les implications de ces concepts aux plans politique, juridique et institutionnel ainsi que sur les mesures à prendre pour les mettre en pratique.

32. En présentant l'évolution de la situation dans le cadre de la nouvelle politique en matière de population, le représentant du secrétariat a informé la réunion des principales réalisations des Etats membres, ainsi que des contraintes en ce qui concerne la stratégie en matière de population et de développement; la santé et les droits en matière de procréation; la famille; les jeunes et les adolescents; l'égalité des sexes, l'équité et la responsabilisation des femmes, les ONG et le secteur privé; les mécanismes institutionnels en vue de la mise en oeuvre, du suivi, de l'évaluation et de la coordination. Il a ajouté que le rapport évalue la mesure dans laquelle les Etats membres ont eu recours aux recommandations du PA-CIPD pour formuler et mettre en oeuvre leur programme national de population.

33. Il a noté que, pour ce faire, en raison du manque d'infrastructures et de personnel qualifié et d'une grave pénurie de ressources, un certain nombre d'Etats ont mobilisé des ressources internes et lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle montre qu'elle est bien résolue à les aider à lever ces contraintes. La pleine participation du secteur des ONG, notamment des groupements féminins, au dialogue sur les politiques et aux consultations à tous les niveaux ainsi que l'accroissement de leur participation aux projets comportant des activités de sensibilisation, d'information et de prestation de services, est non seulement souhaitable mais nécessaire.

34. En conclusion, le représentant du secrétariat a invité le Comité à centrer son attention sur les recommandations qui permettront de tirer parti des réalisations et des pratiques les plus performantes et à se pencher simultanément sur les contraintes en vue de tracer le chemin à suivre pour améliorer l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes nationaux en matière de population dans la région.

35. Lors des débats, les participants ont félicité le secrétariat pour son rapport. Ils ont ensuite formulé un certain nombre d'observations. Ils se sont demandé si les questionnaires avaient été envoyés à la bonne adresse. Le secrétariat a expliqué que les CDSR, les bureaux nationaux du FNUAP et les services responsables identifiés dans les Etats membres avaient été tous mobilisés pour suivre le retrait des questionnaires. En raison de diverses contraintes, 36 questionnaires seulement ont été reçus à la fin du mois d'août et ont servi à élaborer le rapport.

36. Dans leurs observations sur la structure du rapport, les participants ont indiqué qu'on avait accordé une trop large place à la santé et aux droits en matière de reproduction et peu insisté sur les questions de santé générale et de l'épanouissement des adolescents, telles que l'éducation, la génération de revenus et l'emploi. Ils ont aussi fait remarquer l'importance que revêtaient la réduction de la mortalité infantile et maternelle, la lutte contre le VIH/sida et les MST et l'augmentation de l'espérance de vie. Ils ont également suggéré que lors de la révision du rapport, on mentionne des réalisations telles que le travail en réseau régional des jeunes, par exemple le Forum des jeunes tenu à la CEA à Addis-Abeba en 1997 qui avait débouché sur l'adoption d'une résolution de l'OUA sur la santé en matière de procréation des adolescents, ainsi que les forums sous-régionaux organisés par la suite au Sénégal et en Côte d'Ivoire.

37. En outre, les participants se sont inquiétés du fait qu'on n'avait pas abordé comme il convenait les questions liées à la famille et aux réfugiés dans le rapport. Ils ont fait observer que conformément au PA-CIPD, le rôle de la famille en tant que cellule de base dans l'amélioration de la qualité de la vie des personnes, devrait être clairement reconnu. Il convenait également d'insister sur le rôle des personnes âgées dans la société en particulier en ce qui concerne son impact sur la population et le développement. Ils ont fait observer que l'instabilité politique et sociale qui avaient des incidences sur la situation des réfugiés et des personnes déplacées, devrait être placée dans son véritable contexte dans le rapport.

38. En raison du lien existant entre les rôles des ONG, du secteur privé et de la société civile, le Comité a fait observer qu'il importait de les différencier lorsqu'on examine les réalisations, contraintes et les actions à entreprendre pour la mise en oeuvre du PA-CIPD. Cela s'imposait compte tenu des différences entre les Etats membres de la CEA quant aux caractéristiques et résultats des ONG, du secteur privé et de la société civile.

39. S'agissant des stratégies en matière d'IEC et de sensibilisation, le Comité a fait remarquer que le rapport mettait l'accent plus sur le processus que sur l'impact. Par exemple, l'IEC et les activités de promotion ont eu un grand rôle dans la diminution de la fécondité et dans l'allocation des ressources. Il

conviendrait de le reconnaître. Le Comité a aussi noté que le rôle important joué par la société civile dans les activités de sensibilisation en utilisant les média traditionnels devrait aussi être reconnu. Il a en outre indiqué qu'il était essentiel de préciser, dans le rapport, comment la communication inter-personnelle a été utilisée pour élaborer des stratégies d'IEC et de sensibilisation.

40. Le Comité a également fait remarquer qu'il importerait d'examiner les progrès accomplis vers la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action. En réponse, le secrétariat a expliqué que le recours à des objectifs qualitatifs avait été envisagé mais le manque de temps n'avait pas permis d'effectuer cette analyse; en ce qui concerne les objectifs quantitatifs, il était plutôt un peu prématuré d'évaluer les résultats obtenus. Le Comité a alors proposé que lors des recensements de l'an 2000, les Etats membres rassemblent les informations qui serviront à évaluer les objectifs fixés dans la DND et le PA-CIPD. Etant donné que le questionnaire contient beaucoup de données que les institutions et chercheurs intéressés pourraient utiliser, le Comité a proposé que les informations servent éventuellement à créer une base de données.

Présentation générale et discussion du rapport sur l'expérience africaine en matière de mise en œuvre de la DDN et du PA-CIPD

41. En présentant ce point de l'ordre du jour, le secrétariat a mis en lumière les objectifs du PA-CIPD dans les domaines de la santé en matière de procréation et des droits en matière de reproduction; la famille, les jeunes et les adolescents; l'équité entre les sexes, l'égalité, la responsabilisation des femmes et la participation des hommes; le rôle des ONG et du secteur privé dans la mise en oeuvre du programme; la politique en matière de population et les stratégies de développement; les mécanismes institutionnels pour la mise en oeuvre, le suivi, l'évaluation et la coordination des politiques et programmes en matière de population; les institutions sous-régionales, les activités de sensibilisation et les stratégies d'IEC.

42. Les participants ont ensuite créé des groupes de travail pour examiner les questions dans ces domaines. Sur la base des discussions, les réalisations, pratiques les plus performantes et contraintes indiquées ci-après, ont été identifiées. Les recommandations concernant les actions futures à entreprendre pour une mise en oeuvre plus poussée de la DND et du PA-CIPD dans chacun des domaines sont présentées dans la deuxième partie de cette section.

Santé en matière de reproduction et droits en matière de reproduction

Réalisations et meilleures pratiques

43. Grâce à la campagne de sensibilisation des décideurs menée depuis la Conférence du Caire, le concept de RH est mieux compris et la mise en place de services de RH intégrés a commencé dans certains Etats membres. Des mesures ont été prises dans 80% des 39 Etats membres qui ont répondu au questionnaire des pays, afin que les hommes et les femmes connaissent leurs droits en matière de reproduction (tableau 4). Certains Etats membres ont adopté des mesures spécifiques pour mettre fin à la mutilation génitale des femmes (MGF) et environ 85% d'entre eux ont des législations fixant l'âge minimum du mariage entre 18 et 21 ans. Les lois interdisant la publicité en faveur de la contraception dans certains Etats africains francophones ont été abrogées.

44. Les Etats membres ont appliqué certains éléments de SP, ce qui a permis un meilleur accès aux services. Par exemple, il y a un meilleur accès aux méthodes de planification familiale s'appuyant sur des programmes communautaires de distribution des moyens contraceptifs, le secteur privé, les

pharmacies et la distribution subventionnée etc. L'utilisation d'une approche globale commune de la distribution de contraceptifs (pour accroître la disponibilité et l'acceptabilité des contraceptifs) a été proposée en Côte d'Ivoire, au Ghana et en République-Unie de Tanzanie.

45. Les besoins en information et services en matière de SP des groupes spéciaux tels que les adolescents et les réfugiés ont été reconnus et des mesures sont prises dans nombre d'Etats membres. Il y a une plus grande prise de conscience de l'ampleur de la violence domestique et sexuelle. Les spécialistes des questions féminines et les ONG accordent une attention particulière à ce problème.

46. D'importants efforts sont déployés pour juguler le VIH/SIDA avec toutefois un impact limité dans la plupart des Etats membres. En Ouganda, une commission du SIDA a été mise en place au Cabinet présidentiel ainsi qu'une cellule de soins d'urgence en obstétrique et FGM; ceci pour montrer les mesures que prennent les gouvernements.

47. Le système de distribution des médicaments a été amélioré.

48. Une baisse de la fécondité a été récemment enregistrée dans certains Etats membres (Cap-Vert, Kenya, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe).

49. Des mécanismes de participation aux frais tels que le projet de fonds de dotation au Ghana ont été mis en place et, dans certains Etats membres, les pouvoirs publics apportent un soutien financier aux ONG.

Contraintes

50. Les services de planification familiale, lorsqu'ils existent, ont tendance à privilégier surtout les femmes au détriment des hommes. On note également des problèmes de stockage et les moyens dans le domaine chirurgical sont limités.

51. La concentration des services et des infrastructures de SP dans les centres urbains a entraîné une marginalisation des besoins des populations rurales.

52. On rencontre des difficultés politiques et techniques dans l'établissement des priorités concernant le VIH/SIDA; la mortalité maternelle; et les cancers du système de reproduction.

53. Des contraintes en matière de ressources financières et humaines existent ainsi que des obstacles d'ordre culturel qui entravent la fourniture de services de SP compte tenu, en particulier, de la gamme des qualifications et attitudes nouvelles requises pour une planification décentralisée, de la nécessité accrue de former de nouveaux agents et de mettre en place le matériel et les fournitures.

54. Le contrôle de la qualité des médicaments importés par les circuits formels et informels s'est avéré difficile.

55. Les soins obstétriques d'urgence ne sont assurés que dans peu d'endroits et à titre expérimental.

56. Des problèmes se posent à propos des lois et règlements qui régissent le statut des travailleurs de la santé, notamment les infirmières, sages-femmes et agents de l'assistance médicale.

57. Les lois relatives à l'avortement sont restrictives et les centres de santé ne sont pas bien préparés pour faire face aux complications liées aux avortements.

58. Il y a toujours un compartimentage des divers éléments de la SP, en particulier la formation dispensée aux agents dans les divers domaines.

59. Les services de maternité sans risque se limitent aux soins prénatals, à l'accouchement normal et aux soins postnatals. Les sages-femmes ne sont pas habilitées à prescrire des médicaments; elles ne peuvent faire des piqûres; utiliser le forceps ou le matériel d'aspiration ni faire des sutures.

60. Il n'existe pas de système d'orientation fonctionnel du fait de contraintes financières.

61. Les besoins des personnes handicapées sont très souvent négligés ou non satisfaits.

62. En dépit du rôle essentiel des hommes dans la prise de décisions sur la SP, dans la plupart des programmes peu d'efforts sont faits pour sensibiliser les hommes à l'importance de la SP afin de recueillir leur soutien total.

63. Les troubles sociaux et les guerres civiles sur le continent africain constituent un obstacle de taille à la planification, à l'organisation et à l'exécution d'activités visant à satisfaire les besoins dans le domaine de la santé en matière de reproduction dans nombre de pays du continent.

64. Avec au moins 30% des réfugiés du monde et plus de 50% des personnes déplacées dans les Etats membres de la CEA, il existe un grand nombre de besoins non satisfaits dans le domaine de la santé en matière de reproduction au sein de ces populations spéciales où les femmes et les enfants représentent entre 50 et 75% de l'ensemble de la population

Famille, jeunes et adolescents

Réalisations et meilleures pratiques

65. Alors que dans le cadre des activités en matière de population dans la plupart des Etats membres on n'avait pas accordé une attention particulière à la famille, les mesures prises en vue d'améliorer la qualité de la vie dans le contexte desdites activités ont pu avoir une incidence positive sur la famille.

66. Alors que 84% des Etats membres ont pris des mesures pour promouvoir l'égalité des chances et la protection juridique de la jeune fille, environ 79% ont signalé avoir promulgué des lois et formulé des politiques/stratégies favorables à la santé en matière de reproduction de l'adolescente, notamment la législation sur l'âge minimum du mariage, la prévention des mutilations génitales (MGF) etc.

67. Un bon dosage des diverses approches visant à toucher les jeunes et les adolescents et à gagner leur confiance a été réalisé, notamment la promotion de l'accès des filles à l'éducation; la mise à disposition d'informations sur leur menstruation et les questions liées à la sexualité et à la SP ainsi que sur la santé et d'autres services sociaux de base.

68. Environ 85% des Etats membres ont adopté des mesures pour relever l'âge du consentement aux relations sexuelles à 16 ans et l'âge minimum du mariage à 18 ans pour certains pays et à 21 ans pour d'autres.

69. Pratiquement tous les Etats membres ont formulé des stratégies d'IEC relatives aux enfants, aux jeunes et aux adolescents dans leurs programmes sectoriels.

Contraintes

70. La plupart des familles sont de plus en plus menacées par la pauvreté absolue et sont de moins en moins en mesure de faire face aux besoins sociaux de base; cela réduit considérablement les possibilités de planifier leurs conditions d'existence et la dimension de leurs familles.

71. Les troubles sociaux dans nombre de pays de la région de la CEA (avec environ 30% de l'ensemble des réfugiés du monde et plus de 50% des personnes déplacées) favorisent l'instabilité dans les familles et l'érosion du filet de sécurité sociale, rendant ainsi les familles plus vulnérables.

72. Les difficultés de communication entre époux et entre parents et enfants créent un environnement peu propice à la négociation et à l'établissement de relations permettant l'égalité des chances et le respect des droits des femmes et des enfants.

73. La menace de troubles sociaux et le respect du concept de stabilité familiale font qu'il est difficile de reconnaître ce qui est nécessaire pour promouvoir la stabilité de la famille et améliorer la qualité de la vie de tous les membres.

74. L'évolution du mode d'habitation a entraîné la séparation entre les parents âgés et les enfants; une approche systématique de la manière de s'occuper des personnes âgées n'a pas encore vu le jour.

75. Beaucoup de personnes âgées sans ressources ou n'ayant plus la vigueur physique leur permettant de gagner leur vie, sont abandonnées avec des orphelins du SIDA, sans aucun moyen de subsistance.

76. Même lorsqu'on a promulgué une législation et formulé des politiques et programmes (par exemple sur l'âge minimum du mariage ou le consentement aux relations sexuelles), dans certains Etats la législation ainsi que les politiques et programmes ne sont mis en oeuvre que de façon limitée ou même ne le sont pas du tout.

77. Il est difficile de réaliser des activités de recherche sur les besoins des adolescents et d'évaluer dans quelle mesure ces besoins ont été satisfaits à cause des tabous et des pratiques traditionnelles fortement ancrées dont certaines sont nuisibles.

78. Il y a des contraintes financières et sociales à l'exécution des programmes même si ceux-ci ont été élaborés et que la bonne volonté et l'intention existent.

79. Certains Etats membres ont ouvertement combattu les mesures visant à introduire l'éducation à la vie familiale dans les écoles.

80. Les jeunes et les adolescents n'étant pas pleinement associés à la formulation des politiques et des programmes les concernant, cela aboutit à une «mauvaise planification », ce qui est pire que l'absence de planification.

81. Les familles monoparentales, surtout celles dirigées par des femmes, constituent des catégories particulières dans la société. Avec l'accroissement du nombre d'enfants dans ces familles, ce sont de plus en plus d'enfants qui deviennent des victimes.

82. La préférence pour les garçons dans la plupart des sociétés traditionnelles crée un environnement dans lequel les filles ont peu d'opportunités. Cela aggrave le sentiment de dévalorisation des femmes et favorise les traditions de préférence pour les garçons « parce qu'ils réussissent». Très peu d'études socio-culturelles ont été réalisées pour comprendre ce cercle vicieux et sur les moyens de le briser.

Egalité entre les sexes, équité, responsabilisation des femmes et participation des hommes

Réalisations et meilleures pratiques

83. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (La Convention) a été ratifiée et est actuellement mise en oeuvre par la plupart des Etats membres.

84. Des mécanismes visant à promouvoir les possibilités d'emploi des femmes sur le marché du travail organisé et à améliorer l'accès des femmes aux ressources (prêts, crédit) ont été mis en place dans nombre d'Etats membres.

85. Des lois visant à mettre fin à la discrimination sexuelle, aux inégalités et aux pratiques nuisibles ont, soit été promulguées, soit sont en cours de modification dans la plupart des Etats membres.

86. Des mécanismes institutionnels visant à faire face aux questions liées aux différences entre les sexes (par exemple les commissions, conseils, associations, coopératives de femmes), ont été créés dans nombre d'Etats membres.

87. Des progrès considérables ont été enregistrés dans la plupart des Etats concernant la participation des femmes sur un pied d'égalité à la prise de décisions, aux travaux des parlements, des conseils, des collectivités locales et des commissions administratives.

88. Dans le domaine de la formation, les Etats membres ont entrepris i) de créer des centres destinés aux femmes tels que le Centre international de formation sur la disparité entre les sexes en Tunisie; et ii) d'assurer la formation professionnelle des femmes.

89. Le rôle et le leadership des Premières Dames dans le domaine des préoccupations des femmes sont devenus très importants dans nombre d' Etats membres.

90. Quelques Etats membres ont mis en oeuvre des politiques qui reconnaissent la contribution économique du travail des femmes (Tunisie).

91. Quelques Etats membres ont créé des banques ciblant précisément les femmes afin de promouvoir leur capacité de revenus et leur autonomie.

92. Des programmes visant à améliorer l'éducation des filles ont été mis en oeuvre dans certains Etats membres (Egypte, Ouganda, Sénégal).

93. La collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données relatives aux deux sexes ont été organisées dans plusieurs Etats membres (Tanzanie, Algérie, Tunisie).

94. Dans certains pays, les femmes se sont organisées en coalitions ou groupes (Cameroun, Sénégal, Afrique du Sud, Ouganda).

95. Des systèmes de quotas réservés aux femmes dans les parlements ont été introduits en Erythrée, au Mali, en Tanzanie et en Ouganda.

96. Des centres de promotion de la femme ont été mis en place (Burundi).

97. Des politiques et des plans d'action sur la responsabilisation des femmes ont été élaborés (République centrafricaine, Ethiopie, Erythrée, Mauritanie, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe).

98. Des mécanismes de coordination chargés des questions féminines ont été mis en place dans les ministères compétents (Ethiopie, Rwanda, Zimbabwe).

99. Des crédits pour des activités productrices de recettes et des conseils techniques aux femmes entrepreneurs ont été fournis (Ghana, Kenya, Nigéria, Namibie, Maurice).

100. La participation des femmes à la main-d'oeuvre a été encouragée dans certains pays (Afrique du Sud, Erythrée, Zambie, Ouganda, Zimbabwe, Botswana, Ghana, Namibie).

Contraintes

101. Contrairement aux attentes, certaines institutions qui ont été créées pour améliorer les conditions sociales et économiques des femmes dans les Etats membres ont plutôt perpétué les stéréotypes traditionnels pour justifier la division actuelle du travail.

102. Les programmes en vigueur sur les préoccupations des femmes ont été élaborés en fonction des circonstances, il n'existe donc pas de plan à long terme visant à intégrer les préoccupations des femmes dans tous les secteurs du développement.

103. Les barrières socio-culturelles tenaces ne facilitent pas le changement d'attitudes et de comportements face aux questions liées aux différences entre les sexes.

104. L'absence d'égalité entre les sexes dans le domaine de l'éducation dans certains Etats membres a favorisé un analphabétisme élevé chez les femmes.

105. L'absence de formateurs spécialisés dans le domaine des questions des disparités entre les sexes entrave la compréhension de ce concept.

106. Il n'existe pas de stratégie nationale efficace en matière d'IEC et de sensibilisation axée sur les droits des femmes.

107. Il n'y a pas de directives claires sur la programmation et l'intégration des préoccupations des femmes dans les politiques et programmes nationaux en matière de population.

108. Il n'y a pas assez de personnes qualifiées s'occupant des préoccupations des femmes dans les départements et ministères concernés.

Rôle des ONG et du secteur privé dans la mise en oeuvre du programme

Réalisations et meilleures pratiques

109. Les ONG ont eu à faire face à des problèmes difficiles et délicats notamment ceux relatifs à l'activité sexuelle des adolescents et aux complications résultant des avortements. Dans beaucoup de cas, elles ont introduit des méthodes novatrices et efficaces et ont pu lancer des programmes et les appliquer rapidement.

110. Le rôle important du secteur privé dans la formulation et la mise en oeuvre de politiques et de programmes en matière de population est maintenant mieux compris et plus largement reconnu. Diverses modalités de participation du secteur privé dans les activités en matière de population sont apparues, notamment les programmes de distribution subventionnée des médicaments et un plus grand recours aux médecins privés.

111. Des liens plus diversifiés se développent entre les pouvoirs publics et le secteur privé dans nombre d'Etats membres et il y a une plus grande prise de conscience des divers rôles du secteur privé dans le domaine de la population. Par exemple, la nécessité de faire participer les diverses composantes de la société civile aux discussions et à la prise de décisions en matière de population est davantage reconnue. De même, les avantages à faire participer la société civile sont plus largement reconnus.

112. L'interaction entre les structures officielles (aux niveaux national, régional, local) et dans des secteurs spécifiques (santé, droits, recherche) et des éléments de la société civile s'est renforcée. Les gouvernements sont de plus en plus disposés à agir lorsque les préoccupations sont exprimées par des éléments de la société civile.

Contraintes

113. Certaines ONG n'ont pas les capacités techniques et de gestion nécessaires; ne sont pas vraiment déterminées à réaliser les objectifs nationaux et n'ont pas fixé de délai pour la mise en place des capacités nationales et assurer la durabilité.

114. Il n'existe ni une stratégie ni un plan national qui définisse clairement les rôles complémentaires du gouvernement et des ONG du fait que les avantages comparatifs de chacune des parties n'ont pas été ni identifiés, ni reconnus.

115. Il y a une expansion limitée des rôles et des activités du secteur privé, en raison de cadres juridique, fiscal et réglementaires incertains, complexes et opaques.

116. Dans un certain nombre d'Etats la qualité et l'efficacité des services fournis par les praticiens et entreprises privés sont sujettes à caution.

117. Du fait de la diversité et de la complexité de la société civile, il est difficile de mettre en place des mécanismes appropriés pour assurer la pleine participation de la société civile à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques et programmes en matière de population. La contribution du secteur privé à l'élaboration et à l'exécution d'activités en matière de population est limitée par le manque relatif du savoir-faire technique requis et d'expérience pratique.

118. Les groupes s'occupant essentiellement de questions et de programmes en matière de population n'ont pas formé de coalitions efficaces dans les domaines liés que sont l'allégement de la pauvreté, la protection de l'environnement et la condition de la femme.

Stratégies, politiques et mécanismes institutionnels en matière de population et développement

Réalisations et meilleures pratiques

119. On constate des changements majeurs dans la façon d'élaborer et de mettre en oeuvre les politiques en matière de population. Un certain nombre d'Etats membres ont reformulé leurs politiques ou sont en voie d'élaborer ces politiques sur la base du PA-CIPD.

120. Dans les politiques récentes, il est également reconnu qu'il est nécessaire d'impliquer davantage les hommes, à la fois pour surmonter la résistance à la planification familiale et amener les hommes à participer plus activement à la planification et à l'exécution des activités en matière de population.

121. Il y a eu une forte participation des individus et groupes concernés aussi bien à l'élaboration qu'à la mise en oeuvre des politiques en matière de population (par exemple Ouganda, Kenya et Tanzanie).

122. L'accent est de plus en plus mis sur les rapports entre les volets démographique, social et sanitaire du bien-être et la mise en oeuvre des activités en matière de population, spécialement en ce qui concerne l'information, la prestation de services et les droits relatifs à la SP.

123. Le personnel nécessaire a été formé en plus grand nombre et la formation est maintenant dispensée dans les bureaux centraux de statistiques, les services de planification de la population et les services de planification des ministères sectoriels.

124. De nombreux Etats membres ont établi ou désigné des CNP et/ou des organes interdépartementaux et/ou interministériels pour superviser ou suivre la mise en oeuvre du PA-CIPD.

125. Compte tenu des nouvelles orientations de la CIPD, les instituts de recherche et de formation régionaux (IRFR) ont revu leurs programmes de formation et de recherche en vue de les adapter aux nouveaux besoins des Etats membres qu'ils desservent. En outre, les instituts ont organisé dans les pays, des programmes de formation à la demande et peu coûteux à l'intention de fonctionnaires, d'ONG et d'organisations de la société civile sur des questions de population et de développement. Ils ont également fourni des services de consultance et de recherche aux Etats membres. Il y a eu également une formation du personnel aux nouveaux modèles thématiques et certains ont bénéficié de cours de perfectionnement.

Contraintes

126. Les politiques ont été élaborées sans des consultations suffisantes avec toutes les personnes concernées, notamment la population des communautés de base.

127. Bien que de nombreux Etats membres aient adopté des politiques en matière de population, un bon nombre de ces dernières ne contiennent pas de stratégies clairement définies et sont de ce fait difficiles à bien mettre en oeuvre.

128. Les variables de population ne sont toujours pas convenablement intégrées dans la planification du développement, faute des connaissances et compétences requises. Il y a aussi une insuffisance des données démographiques ainsi que d'autres indicateurs socio-économiques.

129. Un certain nombre d'Etats membres ne reconnaissent pas encore pleinement l'intérêt du nouveau cadre de planification qui met l'accent sur les structures décentralisées d'une telle intégration. D'autres facteurs inhibiteurs sont notamment l'instabilité politique (qui influe sur tous les aspects du développement) ; la persistance de la crise socio-économique; l'exécution de programmes d'ajustement; l'abandon de la planification à moyen et long termes du fait des programmes d'ajustement structurel et la difficulté à mobiliser des ressources extérieures et intérieures.

130. Concernant les mécanismes pour la coordination des politiques et programmes en matière de population, l'efficacité des structures actuelles est entravée par les pénuries de ressources humaines et le financement insuffisant des Etats membres. Bien que certains pays aient établi des bureaux nationaux de la population ou des institutions similaires, il n'existe toujours pas dans un certain nombre d'Etats membres une institution puissante pour coordonner l'ensemble des activités en matière de population et être le chef de file. Les groupes de planification de la population (GPP) n'ont pas l'autorité administrative nécessaire du fait qu'ils sont situés à un échelon inférieur dans les ministères d'exécution.

131. D'autres facteurs qui entravent le bon fonctionnement des mécanismes institutionnels sont : la faiblesse de la capacité technique dans les domaines des ressources humaines et matérielles; l'insuffisance de l'appui financier fourni aux institutions qui ont été créées; le manque de qualifications nécessaires pour l'évaluation; la sous-utilisation des capacités des institutions nationales; le peu de considération accordée à l'institution dans les structures administratives nationales et la faible marge de manoeuvre dont elle dispose et le fait que les principales contraintes au bon fonctionnement des mécanismes ne sont pas clairement identifiées. En raison de la lourde dépendance à l'égard du financement extérieur pour l'exécution des activités en matière de population et de développement, les activités sont souvent interrompues lorsque les fonds extérieurs viennent à manquer.

132. Le programme des IFR est toujours rigide quant à son contenu. Il doit par exemple être examiné par plusieurs comités académiques. Il y a aussi des problèmes en ce qui concerne le personnel et des rigidités quant à la spécialisation.

133. L'incertitude qui place sur l'appui futur du FNUAP aux instituts de formation régionaux et les problèmes de financement (les gouvernements autres que celui des pays hôtes ne prennent pas d'engagement en matière de financement) font que l'appui aux IFR est irrégulier et instable.

Stratégies en matière de sensibilisation et d'IEC

Réalisations et meilleures pratiques

134. La plupart des Etats membres ont reconnu la nécessité d'élaborer et d'exécuter des activités de sensibilisation dans le cadre des programmes sectoriels grâce en partie à la création de coalitions multisectorielles, d'alliances, de réseaux et de consortia ainsi que d'une structure institutionnelle pour la conception, l'exécution et la coordination des programmes de sensibilisation et d'IEC (Tanzanie, Ouganda et Zambie). Si certains d'entre-deux ont élaboré des stratégies d'IEC et de sensibilisation et en ont fait un seul élément, d'autres ont élaboré des stratégies pour les deux. Les Etats qui n'ont

élaboré aucune stratégie sont en voie d'exécuter des activités de sensibilisation grâce à des coalitions, des alliances et des consortiums. Par exemple des stratégies de sensibilisation et d'IEC ont permis de changer la législation et les politiques. Au Ghana des stratégies traditionnelles de sensibilisation et d'IEC ont été utilisées efficacement pour éliminer la pratique consistant à sacrifier des filles esclaves à des sanctuaires religieux comme moyen de laver les péchés des ancêtres.

135. Dans certains Etats membres, les stratégies de sensibilisation et d'IEC ont été largement utilisées, spécialement par les ONG nationales pour i) mobiliser la volonté politique et obtenir des ressources pour les questions de population et de développement; ii) solliciter un appui pour encourager des pratiques qui garantissent la protection des femmes et des hommes contre les abus; pour établir des programmes de prévention et de traitement des MST, notamment le VIH/SIDA ainsi que des programmes de lutte contre les pratiques traditionnelles dangereuses et iii) sensibiliser au type d'activités à entreprendre sur des questions telles que les adolescents et les jeunes, la protection de l'environnement, la lutte contre la pauvreté, l'égalité et l'équité entre les sexes, la population et le développement.

136. Les stratégies d'IEC ont été très utilisées pour i) générer une demande de services en matière de SP; ii) informer les hommes et les femmes sur leurs droits en matière de reproduction et sur la procréation responsable; iii) promouvoir des comportements sexuels sans risque et iv) mobiliser les hommes pour qu'ils participent aux programmes relatifs aux droits en matière de reproduction (DR).

137. Les faits montrent qu'il y a une collaboration à un certain degré entre les ministères (Education, Santé, Information et Communication, Jeunesse et Culture) et les chefs religieux pour l'élaboration et la diffusion de l'information sur les questions de population et de développement.

138. On note aussi l'apparition d'ONG, d'associations professionnelles et dans les collectivités de base, de groupes de pression et d'organes d'information indépendants, du fait de la libéralisation du cadre socio-politique et du développement du pluralisme politique.

139. L'utilisation de la contraception dans certains Etats a presque doublé en raison de campagnes d'information efficaces menées par, par exemple, les comités de développement de district au Kenya, des Maisons régionales des Chefs au Ghana et des Royaumes régionaux en Ouganda. D'autres facteurs à cet égard sont l'utilisation de moyens de sensibilisation tels que les vidéo-cassettes, les affiches et de slogans tels que ceux utilisés dans la campagne « We Care Family Planning Campaign» au Ghana.

140. Les ONG travaillant en coalitions ont persuadé les gouvernements d'élaborer une législation contre les MGF (Burkina Faso, Ghana), en faveur de l'avortement (République d'Afrique du Sud), contre les sévices sexuels, la succession des femmes (Tanzanie, Ouganda), l'éducation avec l'appui des zones d'échanges préférentiels (ZEP) comme en Côte d'Ivoire en Guinée, ainsi que sur les sacrifices de jeunes filles esclaves (Ghana).

141. Des profils de la population faciles à comprendre et des projections sur la base des ressources et du développement ont été utilisées au Sénégal et au Ghana pour sensibiliser les décideurs et les personnalités influentes aux niveaux national et régional.
L'utilisation des stratégies de sensibilisation et d'IEC a permis d'introduire la communication interpersonnelle et les services de conseils dans le programme de formation des prestataires de services et dans les centres de prestation de services comme moyen d'assurer des soins de meilleure qualité dans les Etats membres. C'est ainsi qu'on a pu réduire le nombre des MGF dans le district de Kapchorwa en Ouganda.

142. La réticence des acteurs clés à participer à la conception de stratégies nationales d'IEC/de sensibilisation.

Contraintes

143. L'incapacité à définir les mécanismes institutionnels et de coordination.

144. La non-participation des bénéficiaires visés à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de l'impact des programmes d'IEC/de sensibilisation.

145. Le coût prohibitif de la production par les média et partant, la dépendance à l'égard des donateurs et la non-durabilité des programmes.

146. La participation insuffisante des organisations privées à l'élaboration des messages et des matériels.

147. La diffusion insuffisante des matériels aux personnes concernées, en raison d'une pénurie de personnel qualifié, l'absence d'une langue véhiculaire, de banques de données fonctionnelles et d'autres ressources.

148. L'absence d'une information qui est fondée sur des travaux de recherche socio-culturels ainsi que d'une recherche opérationnelle axée sur des couches de population déterminées et portant sur les attitudes et les comportements.

RECOMMANDATIONS POUR LES ACTIONS A ENTREPRENDRE SUR LES QUESTIONS DE POPULATION ET DE DEVELOPPEMENT EN AFRIQUE DURANT LE 21ème SIECLE

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

Santé et droits en matière de reproduction

Le PA-CIPD vise à faire en sorte que les recommandations portant sur la santé et les droits en matière de reproduction soient considérées comme s'inscrivant dans l'objectif plus large, qui est la nécessité de fournir des services de santé de base et satisfaire les besoins de toute la population sur le plan du développement socio-économique global. A cet égard, le PA-CIPD appelle tous les Etats Membres de l'ONU à assurer un accès universel à une gamme complète de services [22] de grande qualité concernant les droits en matière de reproduction, par le biais de leur système [23] de soins de santé primaires au plus tard en l'an 2015. Dans le PA-CIPD, les droits en matière de reproduction (DR) n'existent que si l'on reconnaît le droit de tous les couples et individus à décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et de la naissance de leurs enfants, d'accéder à l'information sur les moyens de réaliser cet objectif et de bénéficier de services de grande qualité en matière de sexualité et de DR. Cela inclut leur droit de prendre des décisions en matière de reproduction sans aucune discrimination, sans être forcés et sans violence.

1. Une action de sensibilisation plus vigoureuse des gouvernements et du secteur privé doit être menée dans le but de mobiliser davantage de ressources en faveur de la santé en matière de reproduction. Le recouvrement des coûts pourrait être une solution partielle et il a été noté que la majorité de la population dans la plupart des pays avait un pouvoir d'achat limité, il a également été estimé que le paiement de redevances ne devrait pas empêcher la population pauvre de bénéficier des services.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Famille, jeunesse et adolescents

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

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

En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, la DND et le PA-CIPD ont appelé l'attention sur les besoins particuliers des enfants, des adolescents et des jeunes, notamment en matière sociale, familial et communautaire et d'accès à l'éducation, aux services de santé et d'orientation ainsi qu'à des soins de haute qualité en matière de reproduction et de sexualité. C'est pourquoi, ils demandent aux Etats de promulguer et de faire faire respecter strictement des lois interdisant l'exploitation économique, les sévices mentaux et physiques ou l'abandon des enfants, de créer un environnement socio-économique

favorable à l'élimination de tous les mariages d'enfants. En ce qui concerne les grossesses non désirées, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions et les MST, ils exhortent les Etats membres à veiller à ce que les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin. Ils soulignent que ces services doivent protéger le droit des adolescents au respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité, celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses et les droits et devoirs des parents. En conséquence, la réunion a recommandé ce qui suit :

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

11. Créer des bases de données permettant de classer les différents besoins des enfants, des jeunes et des adolescents et de concevoir les recherches appropriées afin de combler les lacunes ;

12. Elargir les recherches afin de déterminer les besoins des parents, les sources d'information des jeunes et les valeurs culturelles positives ;

13. Les parents, ceux qui exécutent les programmes, les enseignants et les jeunes devraient être ciblés dans les programmes de formation portant sur les questions des disparités entre les sexes de façon à assurer une réelle égalité et l'équité entre les hommes et les femmes ;

14. Les messages d'IEC devraient être formulés dans le cadre des questions de santé et de développement compte tenu des valeurs socio-culturelles positives ;

15. Les programmes d'IEC de sensibilisation devraient être liés à des systèmes de prestation de services accessibles et répondant aux besoins des adolescents.

16. Concevoir et dispenser une formation sur les aptitudes à la communication entre les générations afin que les parents puissent aborder les besoins des adolescents ;

17. L'éducation sur le VIH/SID et l'éducation sur la fécondité et la planification familiale devraient être effectivement liées.

18. Intégrer la préparation à la vie d'adulte dans les programmes d'IEC afin d'induire un changement de comportement positif chez les jeunes ;

19. Les programmes de SP en faveur des adolescents devraient être liés aux programmes de génération de revenus et d'emplois ;

20. Créer dans les pays un organe/forum chargé des problèmes personnels des adolescents. En outre, il faudrait concevoir et appliquer sérieusement des programmes consacrés à la situation des adolescents après crise ;

21. Créer dans les pays des mécanismes garantissant l'application des diverses politiques ayant trait à l'adolescence ;

22. Promouvoir une stabilité familiale qui améliore l'existence et offre à tous les membres de la famille (enfants, personnes âgées et handicapés) des chances dans la vie ;

23. Aborder les problèmes des personnes âgées, s'agissant de pauvreté, et voir comment ces personnes sont affectées par le VIH/SIDA lorsqu'elles assument le rôle des membres de la famille décédés;

24. Mesurer l'impact de l'instabilité politique sur la famille, c'est-à-dire la situation des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur du pays.

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

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

Egalite entre les sexes, promotion des femmes et participation des hommes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le rôle des ONG et du secteur privé dans la mise en oeuvre du Programme d'action

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

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

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

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

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

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

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

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

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

44. Il faudrait que la transparence s'applique non seulement aux finances mais également aux programmes. La transparence devrait être perçue comme une affaire de coût-efficacité;

45. Il faudrait permettre aux communautés de participer au suivi des programmes des ONG afin de promouvoir la transparence et la responsabilité;

46. Il faudrait, dans le renforcement des capacités nationales tenir compte des ONG et du secteur privé;

47. Il faudrait tenir compte de la viabilité des programmes gérés par les ONG. C'est pourquoi il conviendra toujours de rechercher des homologues avant le commencement de ces programmes; notamment ceux exécutés par des ONG internationales ;

48. Il est nécessaire que les gouvernements et les principaux éléments de la société civile se consultent régulièrement et non seulement lors d'occasions exceptionnelles.

49. Il faut que les gouvernements d'une part et les éléments de la société civile d'autre part échangent des informations et des points de vue sur les politiques et programmes de population;

50. Il faudrait encourager les contacts entre les gouvernements et les divers éléments de la société civile. Ces contacts devraient se tenir à différents niveaux du gouvernement, et impliquer différentes spécialités et prendre différentes formes;

51. Il ne faudrait pas limiter la participation de la société civile aux questions de population à des discussions sur des principes généraux mais s'assurer qu'elle participe à l'examen des politiques et programmes de population;

Politique de population et stratégies de développement/mécanismes institutionnels/institutions sous-régionales

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

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

et à l'évaluation des NPP ; et vi) invité la communauté internationale à aider les gouvernements à organiser le suivi au niveau national, y compris le renforcement des capacités pour la formulation des projets et la gestion des programmes et à renforcer les mécanismes de coordination et d'évaluation. En conséquence, la réunion a recommandé ce qui suit :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stratégies en matière de sensibilisation et d'IEC

Par définition, une campagne de sensibilisation vise à modifier le statut d'une politique, d'une stratégie ou d'un programme alors qu'une intervention d'IEC cherche à modifier la base des connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les comportements ou les normes qui caractérisent des individus[24] ou des groupes d'individus. Le PA-CIPD stipule que la réalisation

[24] La sensibilisation suppose que l'on mène des recherches afin de clarifier des questions et des orientations stratégiques; que l'on donne à toutes les parties concernées l'information et la formation appropriées et en quantité

de ses buts et objectifs passe obligatoirement par une meilleure connaissance, une meilleure compréhension et un meilleur engagement du public, aussi l'un des objectifs prioritaires est-il de renforcer cette connaissance, cette compréhension et cet engagement. En effet, le Programme d'action i) souligne qu'au niveau national, le pouvoir législatif peut jouer un grand rôle notamment en promulguant les lois qui favorisent la mise en oeuvre des programmes nationaux de population, en allouant les ressources financières nécessaires, en assurant la transparence des dépenses et en sensibilisant davantage le public aux questions de population; ii) note qu'encourager la participation active des représentants élus du peuple, en particulier des parlementaires, et des groupes et individus concernés, constitue un objectif majeur; et iii) recommande la participation conjointe du gouvernment, des ONG, du secteur privé et de toute la communauté, non seulement à la diffusion de l'information mais également au développement des stratégies d'IEC et des campagnes de sensibilisation. En conséquence, le Comité a recommandé ce qui suit :

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

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

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

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

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

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

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

---

suffisante; et que l'on mobilise les partenaires qui s'intéressent à la question faisant l'objet de la campagne de sensibilisation; que l'on dialogue et négocie avec les individus et les organisations qui ont d'autres points de vue et positions; et que l'on collabore avec des groupes ayant la même sensibilité ailleurs, afin de tirer parti de leurs expériences. Les interventions d'IEC visent à modifier les connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les comportements ou les normes qui caractérisent des individus ou des groupes d'individus. Voir les leçons tirées par le FNUAP/EATAA, 1993-1996, février 1997.

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

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

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

ANNEXES

ANNEXE I :

La réunion a adopté l'ordre du jour suivant :

i) Allocution d'ouverture et déclarations liminaires ;
ii) Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail ;
iii) Processus et modalités pour l'examen à mi-parcours et l'évaluation de la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD ;
iv) Présentation générale du rapport sur l'expérience africaine en matière de mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD ;
v) Présentation et discussion selon les thèmes du rapport sur les résultats et les problèmes rencontrés par les pays africains durant la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD ;

- Santé en matière de reproduction et droits en matière de procréation
- La famille, les jeunes et les adolescents
- Les questions de genre, l'égalité, l'équité, la responsabilisation des femmes et la participation des hommes
- Rôle des ONG et du secteur privé dans la mise en oeuvre du programme
- Stratégie en matière de population et développement/mécanismes institutionnels/institutions sous-régionales
- Activités de sensibilisation et stratégie en matière d'IEC

vi) Recommandations pour les activités futures
vii) Examen et adoption du rapport et des principales recommandations de la réunion du Comité de suivi
viii) Clôture de la réunion.

ANNEX II: LISTE DES DOCUMENTS

1.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/1	Ordre du jour provisoire
2.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/Add.1	Ordre du jour provisoire annoté
3.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/Inf.1	Programme de travail
4.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/Inf.2	Liste des documents
5.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/Inf.3	Liste des membres du Comité
6.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/Inf.4	Mise en oeuvre des politiques, programmes et de la législation relatifs à la SP et aux DR dans certains pays africains
7.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/Inf.5	Contraintes, pratiques les meilleurs et changements institutionnels, notamment le partenariat avec la société civile, dans la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD en Afrique
8.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/2	Procédure et modalités pour l'examen et l'évaluation à mi-parcours de la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD
9.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/3	Mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du PA-CIPD: Expérience africaine
10.	FSSDD/ICPD/FC.3/98/4	Projet de rapport

ANNEXE III

LISTE DES PARTICIPANTS

ANNEXE III
LISTE DES PARTICIPANTS

ETATS MEMBRES

ALGERIE

Mrs. Benkhelil Rachida
Directeur de la Population
Ministère de la Santé
Alger, Algerie
Fax: (213-2) 27-91-94 or 27-96-41

Mr. Boukkrif Hamid
Counselor
Algeria Embassy
Addis Ababa

BOTSWANA

Mr. Gabolekwe L. Tlogelang
Director for Economic Affairs
P.O. Box Private Bag 008
Ministry of Finance and Development Planning
Gaborone, Botswana
Fax: (267) 30-45-25
Tel: (267) 35-03-89
E-mail: gtlogelang@gov.bw

BURKINA FASO

Mr. Toure Mahamadou
Directeur Régional de l'Economie et de la
Planification de Koudougou
Ouagadougou (Burkina Faso)
Fax: (226) 31-27-15

Mr. Kini B. Dieudonné
Chargé d'Etudes à la Direction de l'Orientation
Economique et de la Prospective
Ouagadougou (Burkina Faso)
Fax: (226) 31-27-15

Mr. Dakuyo Louis Marie
Coordonnateur de Programme au sein du Secrétariat
Permanent du CONAPO
Ouagadougou (Burkina Faso)
Fax: (226) 30-86-59 / 31-27-15

Mr. Simpore Léonard
Counselor
Embassy of Burkina Faso
Addis Ababa
Fax: 61-20-94
Tel: 61-58-63/4/5

Mr. Samate Kloritan A. Karim
Attaché
Embassy of Burkina Faso
Addis Ababa
Fax: 61-20-94
Tel: 61-58-63/4/5

Mr. Nana Benjamin
Third Secretary
Embassy of Burkina Faso
Addis Ababa
Fax: 61-20-94
Tel: 61-58-63/4/5

BURUNDI

Monsieur Ernest Nzitonda
Conseiller chargé de la Planification des Ressources Humaines et de la Population
B.P. 224
Bujumbura (Burundi)
Fax: (257) 22-41-93
Tel: (257) 22-47-69
E-mail: arthur@cbinf.com

CÔTE D'IVOIRE

Mr. Gnebehi Boua Arsene Laurent
Chef du Département des Opérations
et de la Coopération
Bureau National de population
01 BP 6344 Abidjan 01
Fax: (225) 21-20-64
Tel: (225) 21-20-69

DJIBOUTI

Mr. Mohamed Youssouf Arreiteh
Directeur du Bureau Central de Recensement
B.P. 2382
Djibouti (Djibouti)
Fax: (253) 35-48-62
Tel: (253) 35-17-32

EGYPTE

Dr. Mahmoud Abdel Rahman
Secretary General, Technical Secretariat
National Population Council
Cairo, Egypt
Fax: (202) 52-40-506 or (202) 52-40410
Tel: (202) 52-40-289

Mr. Moustafa Wahba
Director of Population section and Man power
Ministry of Planning
Cairo, Egypt

Mr. Ashraf Mohieldin Elmoafi
Counselor of the Embassy of Egypt
Embassy of Egypt
P.O. Box 1611
Addis Ababa

ETHIOPIE

Dr. Negussie Teffera
Head, National Office of Population
P.O. Box 2619
Addis Ababa
Fax: (251-1) 554066
Tel: (251-1) 552800

Ato Hailu Belachew
Head, Training and Research Department,
National Office of Population
P.O. Box 2619
Addis Ababa
Fax: (251-1) 554066
Tel: (251-1) 128974

Ato Sisay Worku
Head, Population and Development
Planning Unit, MEDaC
P.O. Box 2619
Addis Ababa
Fax: (251-1) 554066
Tel: (251-1) 552800

GHANA	Dr. Richard B. Turkson Executive Director National Population Council P.O. Box M.76 Accra, Ghana **Fax/Tel: (233-21) 662249** **E-mail: npcsect@ghna. com**
GUINEE	Monsieur Moussa Sidibe Secrétaire Exécutif du Secrétariat Permanent de la Commission Nationale de la Population et des Ressources Humaines BP: 221 Conakry (République de Guinée) **Tel: (224) 45-26-93** **Fax: (224) 41-30-59**
KENYA	Mrs. Nyandonu Margaret Commercial Attaché Embassy of Kenya Addis Ababa
MADAGASCAR	Mme Victorine Rahelivololona Juliette Directeur responsable du Programme National de Population (PNP) Direction de la Population Ministère de la Population de la Condition Féminine et de l'Enfance Antananarivo (Madagascar) C/o UNFPA Madagascar **Fax: (261-20) 22-35-742** **Tel: (261-20) 22-23-532**
MAURICE	Mr. Sunkur Jumoondar Principal Demographer Ministry of Health Port-Louis, Mauritius **Fax: (208) 7222** **Tel: (208) 1895**
NIGERIA	Lt. Col Chris Ugokwe Chairman of the African Population Commission

National Population Commission of Nigeria
Abuja, Nigeria
Tel: 09-523-0773/09-523-0775
Fax: 09-523-1024

Dr. A.A. Kadejo
Director-General
National Population Commission of Nigeria
Abuja, Nigeria
Tel: 09-523-0773/09-523-0775
Fax: 09-523-1024

Mr. H.H. Pai
National Population Commission of Nigeria
Abuja, Nigeria
Tel: 09-523-0773/09-523-0775
Fax: 09-523-1024

Mrs. Ugokwe Chinwe
National Population Commission of Nigeria
Abuja, Nigeria
Tel: 09-523-0773/09-523-0775
Fax: 09-523-1024

Mr. Eyo Francis
Embassy of Nigeria
Addis Ababa

RWANDA

Dr. Bucagu Maurice
Directeur de l'Office National de la Population (ONAPO)
B.P. 914
Kigali (Rwanda)
Tel: (250) 74267
Fax: (250) 78041

SENEGAL

Madame Rokhaya Sene
Géographe/Administrateur civil, Directeur de la Planification des Ressources Humaines
Ministère de l'Economie des Femmes et du Plan

Dakar, Senegal
Fax: (221) 821-91-72
Tel: (221) 821-30-84

Mr. Sene Bassirou
Deuxième Conseiller
Ambassade du Sénégal
Addis Ababa
Tel: 61-13-76/6139-96

AFRIQUE DU SUD

Ms. Moleboheng Lehutso-Phooko
Director
Population Policy Development and Planning
Department of Welfare and Population Development
Johannesburg, South Africa
Fax: (0027-12) 3223702
E-mail: pret46 welspret. pwv. gov. za

Mr. Wesley Malebo
Deputy Director
Population Policy International Liaison Desk
Department of Welfare and Population Development
Johannesburg, South Africa
Fax: (0027-12) 3223702
E-mail: pret46 welspret. pwv. gov. za

Dr. Shaw J.A.
Minister at South African Embassy
Addis Ababa

TANZANIE

Mr. S. B. Buberwa
Director of Population
Dar-Es-Salaam, Tanzania
Fax: 115519
Tel: 112681-3

TUNISIE

Monsieur Salah Harsi
Directeur de la Coopération Internationale ONFP
Tunis, Tunisie
Fax: 354.507/354519
Tel: 341088

Mr. Zaouche Hamid
Ambassador of the Embassy of Tunisia
Addis Ababa
Fax: (251-1) 65-31-24 / 65-02-33
Tel: (251-1) 65-38-18

Mr. Ben Abid Mohamed Ali
First Secretary of the Embassy of Tunisia
Addis Ababa
Fax: (251-1) 65-31-24 / 65-02-33
Tel: (251-1) 65-38-18

OUGANDA

Mr. Charles Zirarema
Kampala, Uganda
C/o UNFPA Uganda
Fax: (256-41) 23-66-45

Mr. John Ssek Amatte
Makerere University
Kampala, Uganda
Fax: (256-41) 530756

Mrs. Onek Joyce
First Secretary
Embassy of Uganda
Addis Ababa

ZAMBIE

Mr. Boldwin Wjouv
Embassy of Zambia
Addis Ababa

ZIMBABWE

Mr. O. E. M. Hove
Director
National Economic Planning
Harare, Zimbabwe
Fax: (263-4) 795987
Tel: (263-4) 796191-4

INSTITUTIONS

CENTRE FOR AFRICAN FAMILY STUDIES

Dr. Pape Syr Diagne
P.O. Box 60054
Nairobi, Kenya
Fax: 2542-448621
Tel: 2542-448618

CERPOD	Dr. Baba Traoré Director CERPOD B.P. 1530 Bamako, Mali **Fax: (223) 22-78-31** Tel: (223) 22-80-86
COOPERATION SUD-SUD	Dr.0 Nabiha Gueddana Présidente du Conseil d'Administration du Partenariat Sud-Sud 42, Avenue de Madrid, 1002 Tunis Tunis, Tunisie **Fax: (216-1) 354507**
FORUM DES PARLEMENTAIRES AFRICAINS ET ARABES SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT	Mr. Badara Diop Assemblée Nationale du Sénégal (F.A.A.P.P.D.) B.P. 86, Dakar, Sénégal **Fax: (221) 823-38-30** **Tel: (221) 823-38.30**
IFORD	Mr. Lamlenn Bongsuiri Samson Enseignant/Chercheur IFORD Yaounde, Cameroon **Fax: (237) 226793** **Tel: (237) 222471**
INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION	Dr. Timothy Gatara Manager for Earmarked Funds and Population Specialist P.O. Box 30234 Nairobi, Kenya **Fax: 726596**
PHRDA/IDEP	Prof. Aderanti Adepoju UNFPA Training Coordinator, PHRDA/IDEP B.P. 3186 Dakar (Sénégal) **Fax: (221-8) 23-64-41** **Tel: (221-8) 21-50-33**
RIPS	Dr. E.O. Tawiah, OIC

RIPS, University of Ghana
P.O. Box 96
Legon, Ghana
Fax: (233-21) 500273
Tel: (233-21) 501070

FNUAP

Ms. Virginia Ofosu-Amaah
Director, Africa Division
UNFPA New York
220 East 42nd Street
New York, N.Y. 10017
Fax: 212-297-4951
Tel: 212-297-5151

Mr. Jyoti Shankar Singh
Special Advisor to the Executive Director
UNFPA, New York
220 East 42nd Street
New York, N.Y. 10017
Fax: (212) 297-5250
Tel: (212) 297-5244

Mr. Philippe Delanne
UNFPA New York
220 East 42nd Street
New York, N.Y. 10017
Fax: 212-297-4951

Mrs. Bintou Sanogoh
Director
UNFPA/CST Dakar
B.P. 21090
Dakar, Senegal
Fax: (221-8) 22-83-82

Dr. Miriam K. Were
Director
UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia

Dr. Alan Keller
Director
UNFPA/CST
Harare, Zimbabwe

Ms. Linda Demers
UNFPA Representative in Ethiopia

P.O. Box 5580
Addis Ababa, Ethiopia
Fax: (251-1) 515311
Tel: (251-1) 511980, 517156, 513778

Mr. Owusu Sarfo Duah
UNFPA Deputy Representative in Ethiopia
P.O. Box 5580
Addis Ababa, Ethiopia
Fax: (251-1) 515311
Tel: (251-1) 511980, 517156, 513778

Mr. Mukasa Moses E.M.
UNFPA Representative
UNFPA Accra, Ghana
Fax: (233-21) 77-28-29

Dr. Georges M. Georgi
UNFPA Representative
P.O. Box 4595
Maputo, Mozambique
Fax: (258-1) 49-35-77
Tel: (258-1) 49-06-86

Mr. Younès Zoughlami
Représentant du FNUAP
B.P. 222
Conakry (Guinée)
Fax: (224) 45-10-58
Tel: (224) 41-43-50

Dr. John Herzog
UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia
Dr. Davics Charles
UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia

Mr. Onsembe Jason
UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia

Mr. Yisa Barnabas
UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia

Mr. Amana Adjoa

UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia

Dr. Mere Kisekka
UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia

Margaret Thuo
UNFPA/CST
Addis Ababa, Ethiopia

BAD

Ms. Almaz Amine
Principal Demographer
Central Operations Department
ADB
Abidjan (Côte d'Ivoire)
Fax: (225) 20-42-20
Tel: (225) 20-54-87

Dr. Prosper Poukouta
African Development Bank (ADB)
OESU, 01 BP 1387
Abidjan 01 (Côte d'Ivoire)
Fax: (225) 20 50 33
Tel: (225) 20 42 33

OUA

Mr. Hassan W. Elhassan
Officer-in-Charge of Research, Planning
and Population Division
OAU
Addis Ababa, Ethiopia
Fax: (251-1) 51-26-22
Tel: (251-1) 51-27-03

Mr. Abdellatif Ben. H.
OAU
Addis Ababa, Ethiopia

Ms. Zubeida Abdullahi
IEC Officer
Population and Development Section
OAU
Addis Ababa, Ethiopia
Tel: 517700 ext. 237

SECRETARIAT DE LA CEA

Ms. Paulina-Makinwa Adebusoye
Chief, FSSDD

Mr. I.I. Ekanem
Population Affairs Officer
FSSDD

Mr. A. Lamine Gueye
Population Affairs Officer
FSSDD

Mr. Daniel M. Sala-Diakanda
TSS Specialist and Population Coordinator
FSSDD

Ms. J. Sendi
Economic Affairs Officer
FSSDD

Mr. Assefa Belai
Demographer
FSSDD

Mr. George Abalu
Regional Advisor
FSSDD

Mr. S.M. K. Donkor
Regional Advisor
FSSDD

Mr. D. Oben
Economic Affairs Officer
FSSDD

Mr. Kodjo Abassa
Economic Affairs Officer
FSSDD

Mr. J. L. Hamel
Scientific Affairs Officer
FSSDD

Mr. Han Chol O.
Associate Expert
FSSDD

Mr. Georges Reniers
Expert Associé
FSSDD

Ms. A. Andrianasolo
Economic Affairs Officer
SRDC North Africa
P.O. Box 316
Tangier, Morocco
Fax: (212-9) 34-03-57
Tel: (212-9) 322345/322346/322347
E-Mail: srdc@cybermania.net.ma

Mr. Toma J. Makannah
Population Affairs Officer
SRDC Western Africa
B.P 744
Niamey, Niger
Fax: (227) 722894
Tel: (227) 722961/722788
E-mail: tmakannah@yahoo. **com**

Mr. Z.W. Kazeze
Population Affairs Officer
SRDC Southern Africa
P.O. Box 30647
Lusaka, Zambia
Fax: (260-1) 236949
Tel: (260-1) 228502/5

Mr. K. Banda
Economic Affairs Officer
SRDC Eastern Africa
P.O. Box 3001
Addis Ababa, Ethiopia
Fax: (251-1) 51-44-16
Tel: (251-1) 51-72-00

TROISIEME PARTIE : RAPPORT SUR LES EXPERIENCES DES PAYS AFRICAINS DANS LA MISE EN OEUVRE DE LA DND ET DU PA-CIPD

INTRODUCTION

1. Le Comité de suivi s'est réuni en 1994 et 1997 pour réfléchir sur les divers aspects de la mise en oeuvre des recommandations de la DND et du PA-CIPD par les Etats membres de la CEA [25]. En mars 1998 et sous les auspices de la Commission africaine sur la population, un séminaire sur les politiques en matière de population organisé, à l'intention des cadres supérieurs des commissions nationales de la population, entre autres, a également passé en revue les progrès accomplis dans les activités en matière de population dans la région. Deux autres évaluations avaient été faites antérieurement. Dans la première [26], un questionnaire sur les pays a été élaboré pour évaluer les efforts faits par les Etats membres de la CEA pour mettre en oeuvre les recommandations du PAK [27] ; la deuxième[28] a utilisé les données obtenues grâce à la correspondance adressée directement aux fonctionnaires concernés.

2. En évaluant les possibilités de réaliser les objectifs qualitatifs et quantitatifs du PA-CIPD, l'évaluation de 1995 a fait observer que i) que si certains des objectifs pourraient être atteints pour la région dans son ensemble ou par les Etats membres pris individuellement, la plupart des objectifs seraient difficiles à atteindre aux dates fixées [29] et ii) les conditions requises pour atteindre les objectifs fixés sont plutôt difficiles à remplir du fait des incertitudes planant sur la situation économique et sociale future de la plupart des Etats ainsi que du manque de données chronologiques adéquates et fiables pour une analyse conjoncturelle.

3. L'évaluation de 1996 était plus positive ; elle indiquait que les Etats répondaient de façon explicite à des dispositions spécifiques des deux cadres de développement. Concernant les effets, elle notait que l'attitude de certains des Etats quant à l'adoption de politiques de population évoluait et que divers programmes nationaux de population (PNP) étaient élaborés sur la base des recommandations du PA-CIPD.

4. Les facteurs qui favorisent ou entravent la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD tels qu'identifiés à partir des évaluations antérieures, ont été examinés avec les Etats membres aussi bien durant les réunions indiquées que dans les rapports publiés et diffusés à l'issue des réunions. Il reste à vérifier si ces facteurs, recommandations et directives sont utilisés pour réaliser le

---

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

[26] Pour plus de détails, voir le Rapport des experts et l'Atelier des ONG sur la mise en oeuvre de la DND et du PA-CIPD, Abidjan, 6-9 juin 1955 (CEA) : Addis-Abeba, 1995.

[27] Le Programme d'action de Kilimandjaro (PAK) a été adopté à la deuxième Conférence africaine sur la population (APC-2 : Arusha, 1984)

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

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

développement durable et améliorer la qualité de la vie de la population dans son ensemble. Il est reconnu qu'un engagement à long terme et une action concertée sont nécessaires, et pour cette raison, la présente évaluation, comme celles qui l'ont précédée, a pour objet d'identifier les réalisations, meilleures pratiques et contraintes.

SANTE ET DROITS EN MATIERE DE REPRODUCTION

5. Le PA-CIPD vise à faire en sorte que les recommandations portant sur la santé et les droits en matière de reproduction soient considérées comme s'inscrivant dans l'objectif plus large, qui est la nécessité de fournir des services de santé de base et satisfaire les besoins de toute la population sur le plan du développement socio-économique global. A cet égard, le PA-CIPD appelle tous les Etats Membres de l'ONU à ssurer un accès universel à une gamme complète de services [30] de grande qualité concernant les droits en matière de reproduction, par le biais de leur système [31] de soins de santé primaires au plus tard en l'an 2015. Dans le PA-CIPD, les droits en matière de reproduction (DR) n'existent que si l'on reconnaît le droit de tous les couples et individus à décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et de la naissance de leurs enfants, d'accéder à l'information sur les moyens de réaliser cet objectif et de bénéficier de services de grande qualité en matière de sexualité et de DR. Cela inclut leur droit de prendre des décisions en matière de reproduction sans aucune discrimination, sans être forcés et sans violence.

Réalisations et pratiques les meilleures

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

7. Afin d'élaborer et mettre en oeuvre leur stratégie en matière de programmes dans le domaine de la SP, les pays suivants : Burkina Faso, Burundi, Cote d'Ivoire, Guinée, Niger, Sao Tome-et-Principe,

---

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

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

Sénégal, Tanzanie et Togo ont intégré la planification familiale et la maternité sans risque dans leur système de SSP. D'autres actions connexes sont notamment l'approche par équipe dans la collaboration intra et intersectorielle ; la prévention des MST et du VIH/SIDA ; l'intégration de la SP dans le PNP (Algérie, Botswana, Cap-Vert et Lesotho) ; la formation des prestataires de services (y compris l'intégration des questions de santé familiale) sur les manières de fournir des services intégrés (Ethiopie, Lesotho, Kenya, Malawi) et l'introduction de la SP dans « l'ensemble minimal d'activités » ayant pour objet d'améliorer les services de santé dans les zones rurales (Mali, Rwanda).

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

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

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

11. Les stratégies/mesures récentes prises pour un traitement adéquat de l'infécondité et/de la sous-fécondité dans la plupart des cas, sont, entre autres, la fourniture de services en matière de SP ; la création des cliniques pour le traitement de l'infécondité et le rattachement des cliniques de PF (Ghana)

aux universités (Algérie et République centrafricaine). Des campagnes d'éducation sur la santé ont été lancées et/ou exécutées pour lutter contre les MST ou les pratiques traditionnelles néfastes (République centrafricaine, Ethiopie, Kenya, Niger et Togo).

12. Les stratégies/mesures prises pour que les hommes jouent un plus grand rôle dans la santé en matière de procréation ont consisté à organiser des campagnes ayant pour objet de sensibiliser les hommes pour les impliquer dans les services de PF et les amener à avoir une meilleure attitude à l'égard des questions de SP ; à s'adresser aux hommes pour les services de SP (Botswana, Cap-Vert, République centrafricaine, Ethiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Namibie, Ouganda, Sénégal), et à organiser des séances de motivation des hommes (Algérie, Malawi, Mali) ; à intégrer la santé des hommes dans l'ensemble minimal d'activités (Bénin). Les stratégies/mesures adoptées pour fournir des services en matière de SP aux réfugiés et personnes déplacées ont consisté à leur fournir ces services dans les campements, généralement avec l'assistance d'organismes des Nations Unies (Algérie, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Mali, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie et Zambie).

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

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

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

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

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

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

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

Contraintes

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

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

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

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

24. Bien que la plupart des individus aient accès à la planification familiale, celle-ci reste essentiellement axée sur les femmes et sur l'offre à court terme, les pilules et les injections étant le plus souvent l'affaire des femmes; la contraception est surtout pratiquée pour l'espacement des naissances. Les hommes et les femmes ont très peu recours à la stérilisation chirurgicale. Le préservatif féminin est disponible dans certains Etats dans le cadre de programmes de ventes subventionnées et dans quelques rares magasins. Dans certains Etats, ces programmes offrent également des pilules, des comprimés effervescents vaginaux et des contraceptifs jetables.

25. Malgré leur caractère prioritaire, les services de maternité sans risque et d'obstétrique d'urgence ne sont offerts que par quelques rares projets pilotes. Les services de maternité sans risque offerts dans le cadre des soins de santé primaires se limitent aux soins prénatals, à l'accouchement normal et aux soins

postnatals. Les agents des centres de santé, y compris les sages-femmes ne peuvent ni utiliser les forceps ni du matériel d'aspiration ni administrer de l'ocytocine ou injecter un quelconque liquide par voie intraveineuse. Bien que le mécanisme d'orientation soit la clé de l'accès à la maternité sans risque et de la rentabilité de celle-ci, la norme dans la plupart des Etats est plutôt le non-fonctionnement de ce mécanisme, l'absence de personnel qualifié et la pénurie de matériel médical. Le principal obstacle à la mise en oeuvre de ce mécanisme est l'insuffisance de fonds.[32]

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

27. La région de la CEA abrite environ 30 p.100 des réfugiés du monde et plus de 50 p.100 des personnes déplacées dans leur propre pays[33]. Dans un **Mémorandum d'accord** signé entre le Haut Commissaire du HCR et le Directeur exécutif du FNUAP en 1995, les deux organismes ont convenu de travailler ensemble pour aider les pays membres à répondre aux besoins des deux groupes en matière de santé de la reproduction. Toutefois, la mise en oeuvre des aspects pratiques de l'accord dépend de la sensibilisation des Etats membres et de leur appui. Ce qui importe le plus, c'est que les Etats membres se penchent sur les causes profondes du déplacement des populations à l'intérieur de leur propre pays et des causes du problème des réfugiés. L'Afrique compte un nombre important de personnes handicapées du fait des maladies, des accidents et surtout des guerres et des conflits civils. La plupart des handicapés sont pauvres et ne comptent que sur une assistance minimale de leur famille ou de leur communauté, si tant est qu'il y en ait. Leurs besoins spécifiques ne sont guère pris en considération lors de la conception des projets. Ils sont constamment l'objet de discrimination du point de vue de l'accès aux services sociaux et à l'emploi et très peu d'ONG ont la formation nécessaire pour s'occuper spécifiquement de leurs problèmes.

FAMILLE, JEUNESSE ET ADOLESCENTS

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

29. Le PA-CIPD traite des rôles, des droits, de la composition et de la structure de la famille (chapitre V). C'est pourquoi, les objectifs du PA-CIPD consistent à mettre au point des politiques et des lois qui apportent un meilleur appui à la famille, contribuent à sa stabilité et tiennent compte de son

[32] Le mécanisme de la maternité sans risque et des soins obstériques d'urgence comprend trois éléments clés: communication et transport du domicile de la patience jusqu'au centre de santé; sites de prestation de services convenablement équipés; et personnel médical compétent.

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

caractère polymorphe, en particulier du nombre croissant des familles monoparentales; à prendre des mesures de sécurité sociale qui s'attaquent aux facteurs sociaux, culturels et économiques responsables du fait qu'il en coûte sans cesse d'élever des enfants; et à promouvoir l'égalité des possibilités offertes à tous les membres de la famille, notamment les droits des femmes et des enfants.

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

Acquis et meilleures pratiques

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

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

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

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

36. Certains Etats ont pris des mesures d'ordre législatif et politique pour autoriser les jeunes filles à reprendre leurs études après leur accouchement. Un pays, au moins, a créé un programme spécial d'enseignement à l'intention des jeunes filles qui ont quitté l'école pour cause de grossesse ou de mariage. Trois pays ont ratifié et mis en oeuvre la Convention relative aux droits des enfants. En ce qui concerne la jeune fille, la plupart des Etats ont adopté des mesures visant à accroître les possibilités d'accès des jeunes filles à l'enseignement et à promouvoir la santé en matière de reproduction et les droits en matière de procréation. L'Erythrée, le Ghana et la Mauritanie ont encouragé l'éducation des filles en menant des campagnes de sensibilisation et en mettant en place des programmes d'enseignement, des structures, en formulant des politiques et en prenant des mesures incitatives. En Côte d'Ivoire, on a fourni du matériel scolaire aux filles des écoles primaires dans les régions situées au nord, où les taux de scolarisation sont plutôt faibles. Au Ghana, on accorde des exonérations sur les droits d'inscription, on organise des cours de rattrapage en sciences et des cours à mi-temps. Au Cameroun, des bourses sont spécialement accordées aux filles qui étudient les sciences à l'université.

Contraintes

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

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

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

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

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

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

EGALITE ENTRE LES SEXES, PROMOTION DES FEMMES ET ARTICIPATION DES HOMMES

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

Acquis et meilleures pratiques

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

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

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

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

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

49. De même, compte tenu des conclusions des travaux de recherche, les Etats membres ont élaboré des stratégies pour relever l'âge au mariage. Les mesures prises à cet égard consistent, notamment, à informer et à former les responsables communautaires, les parents et le public en général des inconvénients du mariage précoce; à encourager les filles à aller à l'école et à y rester au moins jusqu'à la fin de leurs études secondaires; et à adopter et appliquer des législations concernant l'âge minimal au mariage (Cap-Vert, République centrafricaine, Ethiopie, Gambie, Ghana, Maurice, Nigéria).

50. La plupart des pays membres prennent des mesures pour atténuer la discrimination à l'égard des femmes. Un nombre important d'entre eux ont respectivement ratifié et mis en oeuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes[34]. Une partie importante d'entre eux ont également adopté des mesures visant à promouvoir la participation des femmes au processus décisionnel. Ces dernières mesures comprennent la création de ministères de la femme, l'accroissement du nombre de femmes ministres et parlementaires et le recours au système des quotas pour promouvoir la participation des femmes. Un certain nombre de pays membres, notamment le Mozambique et l'Ouganda, ont adopté des lois et des politiques pour promouvoir la partipation sur un pied d'égalité des hommes et des femmes au processus décisionnel à tous les niveaux.

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

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

53. Le Ghana a ratifié le traité international sur les droits de l'enfant (1994); multiplié les activités de plaidoyer et de sensibilisation aux niveaux politique et local sur la nécessité et les avantages de l'éducation des jeunes filles; augmenté le nombre de filles dans les établissements d'enseignement supérieur; et adopté des mesures pour encourager davantage de filles et de femmes à opter pour les sciences et les mathématiques à l'école. En outre, en collaboration avec les ONG, le gouvernement a formulé un plan national d'action qui a identifié les domaines prioritaires, fixé des délais pour le suivi et l'évaluation ainsi que l'allocation des ressources nécessaires à la mise en oeuvre. Pour 1997-1998, les domaines prioritaires qui seront examinés sont la lutte contre la pauvreté et l'accès au micro-crédit; l'éducation des filles; la prise de décision et la vie publique des femmes.

---

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

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

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

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

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

58. Dans certains pays, on reconnaît que les hommes peuvent jouer un rôle crucial dans la réalisation de l'égalité et de l'équité entre les sexes ainsi que dans la promotion des femmes. Les stratégies qui sont utilisées pour encourager la participation des hommes comprennent la réalisation de programmes et

d'activités IEC ainsi que la prestation de services et la création d'un environnement favorable grâce à l'application de législations et de politiques appropriées. Par exemple, le BIT a exécuté une douzaine de projets relatifs à l'éducation en matière de population et de protection familiale à l'intention de la main-d'oeuvre dans un certain nombre de pays africains anglophones. En Tanzanie, un de ces projets a permis de faire passer le taux d'utilisation des contraceptifs de 14 à 36 %.

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

60. Il ressort des données du Tableau 5 qu'un nombre important de pays prennent des mesures pour assurer l'égalité et l'équité entre les sexes ainsi que la promotion des femmes. Seuls quelques rares pays n'ont pas encore encouragé les femmes à participer à la prise de décision (8 p.100); ni adapté les services de vulgarisation et les services techniques aux besoins des productrices (13 p.100); ni amélioré la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données ventilées par sexe dans l'éducation et la santé (3 p.100).

Contraintes

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

62. Dans nombre de cas, les attitudes et pratiques défavorables à l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes demeurent profondément ancrés et empêchent tout progrès qui pourrait découler de la modification des politiques et des lois. Bien que l'importance que revêt la participation des hommes à la

santé en matière de reproduction et à la promotion des femmes ait fait l'objet d'un large débat, la plupart des Etats membres continuent d'élaborer des méthodes et des mécanismes pour favoriser cette participation et améliorer l'exécution des programmes de population.

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

64. Il ressort des données du Tableau 5 que, sur les pays qui ont répondu à l'enquête, 10 p.100 n'ont pas encore mis en place les mécanismes institutionnels nécessaires pour se pencher sur les préoccupations des femmes; environ 10 p.100 d'entre eux n'ont pas encore ratifié la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et que 20 p.100 d'entre eux n'ont pas effectivement pris les mesures nécessaires à cet effet. En outre, 38 p.100 d'entre eux ne disposent pas d'informations sur les pratiques et connaissances traditionnelles, 51 p.100 n'ont toujours pas pris de mesures pour relever l'âge au mariage et 29 p.100 n'ont pas encore recentré les activités de recherche sur la division du travail des femmes, l'accès aux ressources, l'autorité au sein du ménage et les facteurs socio-culturels ayant une incidence sur l'égalité entre les sexes.

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

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

Acquis et meilleures pratiques

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

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

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

69. Les gouvernements de la quasi-totalité des Etats membres ont encouragé la formation d'ONG regroupant plusieurs ONG ou d'organismes de coordination. En fonction de l'Etat membre, cette ONG pourrait s'appeler Conseil national des ONG, Forum national des ONG; Coalition nationale des ONG, Association nationale des ONG, Réseau des ONG ou Fédération des ONG. Dans certains Etats, l'organisme de coordination est un ministère ou un département (Algérie, Burundi, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Gabon, Ouganda, Madagascar, Niger, Rwanda, Togo).

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

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

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

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

74. Le développement rapide de la vente à des prix subventionnés de contraceptifs pourrait bien constituer une révolution en ce qui concerne le rôle du secteur privé dans la satisfaction des besoins d'information et de services dans le domaine de la santé de la reproduction. Ces ventes subventionnées

répondent bien à l'appel lancé, dans le PA-CIPD, au secteur privé, à but lucratif, pour qu'il joue un rôle important dans la production et la fourniture de services de soins et de produits dans la santé en matière de reproduction.

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

Contraintes

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

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

78. En ce qui concerne la mise en oeuvre des programmes de planification familiale (Tableau 6). La proportion d'ONG participant à ces activités de recherche se situe entre 22 p.100 des Etats membres pour les ONG participant à des activités de coopération à 65 p.100 pour celles qui travaillent avec des groupements locaux de femmes. En ce qui concerne la conception des programmes de planification familiale, la proportion se situe entre 32 et 75 p.100; pour celles qui participent au suivi, elle se situe entre 35 et 75 p.100; et pour celles qui participent aux activités d'évaluation, elles se situent entre 21 et 69 p.100. Les pourcentages sont beaucoup plus faibles en ce qui concerne les programmes de santé de la reproduction (Tableau 7) et se situent entre 9 et 58 p.100 pour les ONG s'occupant d'activités de recherche sur la santé de la reproduction; et pour la conception de programmes, entre 21 et 76 p.100 et pour le suivi, entre 17 et 67 p.100 et pour l'évaluation, entre 17 et 60 p.100. Compte tenu de la gravité de la pandémie du VIH/sida, on peut comprendre pourquoi les pourcentages correspondants du Tableau 8 sont légèrement plus élevés.

79. Le PA-CIPD préconise l'élaboration de politiques en matière de population qui i) assureront l'égalité et l'équité entre hommes et femmes et permettront à ces dernières de réaliser toutes leurs potentialités ; ii) feront participer pleinement les femmes à la prise de décisions et assureront leur éducation; iii) tiendront compte de la famille et la soutiendront; iv) protégeront les groupes vulnérables de la population ; permettront un accès efficace à l'information et aux services sanitaires, en particulier

pour les groupes marginalisés et vulnérables; v) favoriseront une répartition géographique de la population plus équilibrée; vi) développeront l'enseignement; vii) renforceront la gestion des programmes et mobiliseront des ressources aux fins d'investissement dans les secteurs sociaux ; et viii) intégreront les ONG, les organisations féminines et les collectivités locales dans le processus de prise de décisions.

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

Réalisations et meilleures pratiques

81. On note des changements importants dans la manière dont les politiques sont formulées. Dans nombre d'Etats, le processus de formulation des politiques permet à un large éventail de particuliers et de groupes (les parties prenantes et leurs représentants) de prendre part aux discussions, aux échanges d'informations, aux débats et même aux décisions relatives aux politiques nationales et provinciales.

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

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

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

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

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

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

88. Les données figurant au tableau 11 indiquent que 77% des Etats membres ont augmenté leurs dépenses pour les services de RH et PF, les soins de santé primaire (64%). Dans la plupart des Etats membres des activités de recherche ont été lancées et/ou menées à terme dans des domaines tels que les besoins RH ; les tendances en matière de fécondité et de mortalité et leurs causes et conséquences; la pauvreté, les tendances démographiques et la condition de la femme ; la corrélation entre les attitudes

et comportements en matière de fécondité et les structures et valeurs familiales ; les facteurs qui facilitent et entravent l'intégration des services de RH dans les soins de santé primaire ; les pratiques traditionnelles nuisibles, notamment la circoncision féminine ; l'accès à l'information et aux services de RH ; les facteurs qui déterminent l'impact du programme ; le cadre général concernant les politiques.

Contraintes

89. A un niveau général, il existe un facteur contextuel dominant qui limite les progrès dans les stratégies en matière de population et développement. Il s'agit de la crise qui frappe l'environnement macro et micro-économique et qui de ce fait réduit de manière drastique les ressources consacrées à la mise en oeuvre des programmes nationaux en matière de population. Le deuxième facteur limitatif a trait aux déperditions répétées de personnels qualifiés attirés ailleurs par des salaires plus avantageux et au SIDA. L'insuffisance de personnel qualifié est un problème qui prend de plus en plus d'ampleur depuis la Conférence du Caire, la plupart des pays s'attachant à décentraliser les fonctions de planification des activités relatives à la population et au développement qui étaient auparavant concentrées dans les capitales où on compte relativement plus de personnel qualifié. Il serait bon de savoir si dans les pays qui ont entamé l'opération de décentralisation, les résultats seront au rendez-vous malgré ce type de contraintes.

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

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

92. De surcroît, l'instabilité politique associée à une forte mobilité du personnel (58%) constitue un obstacle important à la mise en oeuvre des programmes. Les changements fréquents dans les structures gouvernementales et les institutions d'exécution de nombre d'Etats nont entraîné une mobilité importante du personnel essentiel et rompu la continuité dans les structures interministérielles/sectorielles. Certains Etats se sont lancés dans la décentralisation sans disposer des

ressources humaines et matérielles nécessaires et faute d'une coordination centrale efficace. En outre, des contraintes économiques et financières pèsent sur l'exécution des politiques et programmes en matière de population (voir tableau 12). Le facteur économique dominant est, à cet égard, la mise en oeuvre des programmes d'ajustement (78%), suivi de la persistance de la crise économique (76%); et de l'abandon de la planification à moyen et à long termes face aux programmes d'ajustement structurel (51%). Les contraintes financières sont liées à la difficulté de mobiliser des ressources internes pour l'exécution des programmes relatifs à la population (81%) ; à l'insuffisance des ressources financières externes (55%) ; à l'insuffisance des financements destinés aux activités menées en matière de population (55%) ; et à la non-inscription des activités relatives à la population dans le budget national (39%).

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

94. Il est aujourd'hui difficile d'évaluer les ressources mobilisées sur le plan interne pour l'exécution des activités liées à la population[35]. Cette situation s'explique en grande partie par i) l'exécution des activités relatives à la population par le biais de financements inscrits sous différents chapitres budgétaires tels que «soins de santé primaires», « formation des enseignants », « statistiques » et « planification économique » ; ii) la mobilisation des ressources à différents niveaux de l'administration par de multiples intervenants ; iii) les systèmes de comptabilité utilisés rendent très difficile l'imputation de la valeur des locaux administratifs, de l'équipement et/ou des services communs.

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

96. Cette tendance est plutôt apparue de façon soudaine et affecte malheureusement la disponibilité de données nécessaires à la formulation de politiques et de programmes et à leurs suivi et évaluation. Dans la plupart des Etats, les données des recensements et des enquêtes sont devenues périmées et doivent être mises à jour afin de fournir des données suffisamment ventilées par sexe ; aucune banque

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

de données fonctionnelle n'a été encore créée pour permettre de rassembler toutes les données essentielles relatives à la population, la documentation et d'autres informations. De fait, des enquêtes représentatives au plan national telle que l'Enquête mondiale sur la fécondité et l'enquête sur la démographie et la santé ont permis de mettre à jour les données et de mettre l'accent sur la fécondité, la morbidité et d'autres facteurs relatifs au comportement mais elles ne vont pas au-delà d'un certain niveau de ventilation géographique.

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

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

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

100. Les données figurant au tableau 9 montrent que près de la moitié des Etats ne disposent pas de capacités techniques permettant d'établir une corrélation entre population et développement. Il s'est donc avéré difficile pour ces Etats de formuler et d'adopter des stratégies clairement définies pour la mise en oeuvre du programme. La coordination des programmes devient difficile faute de stratégies clairement définies puisque chaque acteur a tendance à agir indépendamment des autres. Nombre de directeurs de programmes n'ont pas les qualifications pour promouvoir les programmes. La non-diversification de l'expertise locale constitue une autre contrainte.

101. Les données du tableau 10 soulignent l'importance des facteurs qui entravent sérieusement la mise en oeuvre des recommandations du PA-CIPD. Parmi ceux-ci la faiblesse de la coopération entre les pouvoirs publics et les ONG (63% des Etats membres) ; la faible participation des femmes à la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation du programme ainsi que des ONG (56-68%) ; la

faiblesse de la coopération avec les organisations internationales (63%) ; et l'absence de coopération entre les ministères compétents (56%). Dans nombre d'Etats il n'existe pas de coopération entre les départements ministériels concernés en raison surtout de la lutte pour la suprématie et une part plus importante des ressources affectées aux projets de population et développement. Le tableau 10 montre également que la coordination est une contrainte de taille à l'exécution du programme dans la région. L'incapacité à coordonner les activités des partenaires étrangers a également été identifiée par 69% des Etats comme un obstacle à la mise en oeuvre du programme.

CAMPAGNES DE SENSIBILISATION ET STRATEGIES D'IEC

102. Par définition, une campagne de sensibilisation vise à modifier le statut d'une politique, d'une stratégie ou d'un programme alors qu'une intervention d'IEC cherche à modifier la base des connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les comportements ou les normes qui caractérisent des individus[36] ou des groupes d'individus. Le PA-CIPD stipule que la réalisation de ses buts et objectifs passe obligatoirement par une meilleure connaissance, une meilleure compréhension et un meilleur engagement du public, aussi l'un des objectifs prioritaires est-il de renforcer cette connaissance, cette compréhension et cet engagement. En effet, le Programme d'action i) souligne qu'au niveau national, le pouvoir législatif peut jouer un grand rôle notamment en promulguant les lois qui favorisent la mise en oeuvre des programmes nationaux de population, en allouant les ressources financières nécessaires, en assurant la transparence des dépenses et en sensibilisant davantage le public aux questions de population; ii) note qu'encourager la participation active des représentants élus du peuple, en particulier des parlementaires, et des groupes et individus concernés, constitue un objectif majeur; et iii) recommande la participation conjointe du gouvernment, des ONG, du secteur privé et de toute la communauté, non seulement à la diffusion de l'information mais également au développement des stratégies d'IEC et des campagnes de sensibilisation.

Réalisations et meilleures pratiques

103. La plupart des Etats membres de la CEA ont non seulement reconnu la nécessité de concevoir et d'exécuter des activités de sensibilisation, mais réellement pris l'initiative de telles activités. Dans bien des cas, ils ont entrepris de définir des campagnes de sensibilisation, souvent à l'occasion de l'élaboration des stratégies d'IEC. Ils ont également pris des mesures pour l'exécution des activités de sensibilisation[37].

104. Les données disponibles montrent que les campagnes de sensibilisation et les stratégies d'IEC ont été largement utilisées par les ONG nationales pour : obtenir l'engagement politique requis et, partant, l'allocation de ressources permettant de résoudre des questions de développement et de population; rechercher un appui pour la promotion des pratiques qui garantissent la protection des femmes et des hommes contre tout abus, pour les programmes de prévention et de traitement des MST, y compris le VIH/SIDA, ainsi que pour les programmes d'élimination des pratiques traditionnelles

---

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

[37] Bien que "sensibilisation" et "IEC" diffèrent nettement par leurs objectifs, leurs méthodes sont assez semblables.

nuisibles; et mener des campagnes de sensiblisation au type d'activité à entreprendre sur ces questions à différents niveaux de l'administration. En particulier, les stratégies d'IEC ont été abondamment utilisées pour : susciter la demande de services de santé en matière de reproduction; éclairer les hommes et les femmes sur les droits liés à la procréation et sur la parenté responsable; promouvoir des comportements sexuels sans risque; et mobiliser les hommes afin qu'ils participent aux programmes de santé en matière de reproduction.

105. Les diverses stratégies adoptées par les Etats membres pour disséminer l'information sur les questions de population et de développement sont présentées au tableau 14. Les données montrent que les médias (journaux, radio et télévision), les séminaires, les ateliers et les réunions (formelles et informelles) sont les moyens les plus couramment utilisés pour ce faire. Dans 62% des Etats, on a procédé, au parlement, à des présentations officielles des questions de population et de développement. Le tableau 15 montre le pourcentage d'Etats où les campagnes de sensibilisation et les stratégies d'IEC ont été élaborées dans le cadre de programmes sectoriels. Pratiquement tous les Etats ont défini des campagnes de sensibilisation et des stratégies d'IEC sur des questions ayant trait aux adolescents et aux jeunes, au renforcement du pouvoir d'action des femmes, à la planification familiale et à la santé en matière de reproduction. De nombreux Etats ont également élaboré des stratégies d'IEC et mené des campagnes de sensibilisation dans le cadre d'autres programmes sectoriels : protection de l'envionnement; égalité entre les sexes et équité (85%); population et développement (81%); et lutte contre la pauvreté (72%).

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

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

108. La promotion du pluralisme politique et des libertés civiles a créé un environnement favorable à la création d'ONG, d'associations locales et professionnelles, de groupes de pression et autres réseaux pour organiser des discussions et des activités de sensibilisation. Une fois qu'on dispose des informations nécessaires, on peut choisir diverses méthodes pour faire passer son idée de façon à influer sur les politiques. La plupart des Etats procèdent à ces enquêtes par sondage comme l'enquête sur la population et la santé, les enquêtes sur la consommation des ménages, les enquêtes sur les

niveaux de vie, etc. pendant les périodes situées entre les recensements. Ces enquêtes ont permis d'actualiser et de compléter les données du recensement sur lesquelles se fondent les messages d'IEC/activités de sensibilisation.

109. Certains pays, comme le Sénégal et le Ghana travaillent étroitement avec le projet RAPID pour élaborer des descriptifs et des projections démographiques en ce qui concerne diverses ressources et le développement en général afin de sensibiliser les décideurs et les personnalités influentes aux niveaux national et régional. On a constaté que le recours à ces modèles qui requièrent des données et des hypothèses essentielles et les différents scénarios affichés sur les écrans, les cartes et les graphiques avaient sur les pouvoirs publics et les autorités traditionnelles un impact plus important que plusieurs pages de données et de documentation.

Contraintes

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

111. Le personnel qualifié pour la mise en oeuvre du programme IEC ne suffit pas pour assurer l'assistance technique nécessaire à la gestion, à l'élaboration des messages, de la stratégie, au suivi et à l'évaluation de l'impact des programmes IEC et des activités de sensibilisation, ce qui laisse place à l'amateurisme et risque d'avoir des incidences négatives sur les programmes. La plupart des pays n'ont pas encore élaboré de stratégies nationales complètes d'IEC ni désigné d'institution qui serait particulièrement chargée de coordonner les activités IEC et de sensibilisation. C'est pourquoi, plusieurs programmes IEC actuels, véhiculent des messages contradictoires et mal adaptés aux mêmes populations cibles, ce qui crée de la confusion et de la suspicion chez la population et peut même compromettre l'objet pour lequel ces messages ont été conçus. En outre, il n'existe pratiquement pas d'information basée sur des recherches socio-culturelles ni de programme de recherche en vue d'une évaluation et d'une interprétation approfondies des comportements et des attitudes et du ciblage de publics spécifiques. La plupart des matériels IEC/activités de sensibilisation ont à peine été testés au préalable et il n'est pas prévu de recherche opérationnelle pour évaluer leur impact.

112. Les matériels IEC/activités de sensibilisation ne sont pas variés ni spécifiques et présentent des insuffisances aux plans qualitatif et quantitatif. En outre, ils ne peuvent pas être largement distribués du fait des problèmes de logistique. Aucune banque de données fonctionnelles n'a encore été créée pour rassembler toutes les données démographiques, la documentation et les autres informations qui permettraient d'élaborer des messages ciblés pour les programmes IEC et les activités de sensibilisation. Les résultats de la plupart des travaux de recherche ne sont publiés que bien après et ne

sont guère largement diffusés; les dossiers contenant les données brutes ne sont jamais facilement accessibles. Dans la plupart des cas, les données du recensement sont dépassées. Au Lesotho, on attend avec impatience la publication des résultats du recensement de 1996 pour élaborer une stratégie cohérente de programme IEC et d'activités de sensibilisation.

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

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

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

116. Outre la diffusion, plus du quart (28%) des Etats membres n'ont pas encore élaboré de stratégie nationale d'IEC/activités de sensibilisation en matière de population visant à réduire la pauvreté et environ le cinquième n'ont pas encore élaboré une telle stratégie pour le secteur population et développement (tableau 15). Bien entendu, les pourcentages correspondants sont beaucoup plus bas dans les cas d'autres secteurs comme la préservation de l'environnement (22%); l'égalité et l'équité entre les sexes (15%); la santé en matière de reproduction (8%); et la planification familiale (7%). Toutefois, le message et ses implications sont clairs du point de vue des incidences sur l'exécution d'activités liées à la population et au développement dans ces pays.

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

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

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

Source: Question 127, Questionnaire

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

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

Source: Question 123, Questionnaire

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

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

Source: Question 126, Questionnaire

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

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

Source: Question 126, Questionnaire

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

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

Source: Questions 111 et 122, Questionnaire

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

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

Source: Voir Question 130, Questionnaire

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

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

Source: Voir Questions 130 et 131, Questionnaire

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

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

Source: Voir Questions 132 et 133, Questionnaire

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

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

Source: voir Question 52, Questionnaire

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

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

Source: Voir Question 153, Questionnaire

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

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

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

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

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

Source: Voir Question 151, Questionnaire

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

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

Source: Voir Question 154, Questionnaire

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

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

Source: Voir Question 138, Questionnaire

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

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

Source: Voir Question 139, Questionnaire

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

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

Source: Question 140, Questionnaire

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

Composante IEC/Plaidoyer	% de pays ayant des mécanismes de coordination des activités	Nombre total de réponses
1. Développement de stratégies d'IEC	76.9	39
2. Développement de messages et matériels	69.2	39
3. Diffusion de messages	71.8	39
4. Recherche et évaluation	68.4	38
5. Formation	64.1	39
6. Echange d'informations	65.8	38

Source: Voir Question. 141, Questionnaire