

Actes du Colloque International

Droits des femmes, santé sexuelle et développement

Organisé par

MOUVEMENT FRANÇAIS POUR **Le PLANNING** FAMILIAL

14 et 15 avril 2005 au Sénat

AVANT PROPOS

Ce colloque, présidé par madame Michèle André vice-présidente du Sénat, a été organisé dans le cadre du dixième anniversaire de la Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement et de la campagne mondiale « Compte à rebours 2015 : santé et droits sexuels et reproductifs pour tous ». Lancée par trois Organisations non gouvernementales, dont la Fédération internationale pour la planification familiale, cette initiative a rassemblé un large éventail d'associations, de représentants d'agences de l'ONU, de parlementaires et de chercheurs de tous les continents et s'est déclinée par des actions au niveau mondial, régional et local pour marquer le 10^e anniversaire du Plan d'action du Caire. Cette campagne mondiale a reçu le soutien politique et financier de la Commission européenne.

Le Plan d'action du Caire, qui inscrit les droits sexuels et reproductifs en tant que droits humains fondamentaux, est au cœur des enjeux de développement et de lutte contre la pauvreté. La Conférence du Caire repose sur l'idée que les questions de population sont en liaison étroite avec les perspectives de développement et que les mesures prises dans ce domaine sont indissociables des mesures prises dans l'autre. Fondé sur les droits de la personne et l'égalité entre les sexes, l'accord du Caire a invité les pays à assurer à tous la santé et les droits sexuels et reproductifs en tant que contribution fondamentale au développement durable et à la lutte contre la pauvreté.

Dix ans après son adoption par 179 Etats, quels objectifs du Plan d'action du Caire ont pu être atteints, quels sont les points sur lesquels beaucoup reste à faire, quel type de recommandations pour réaliser ce qui n'a pas encore été atteint. En abordant ces questions, le colloque a souhaité contribuer à une meilleure prise en compte des droits des femmes et de la santé sexuelle et reproductive dans les politiques et programmes d'aide au développement de la France, particulièrement en Afrique.

A travers ce colloque, le Mouvement Français pour le Planning Familial a aussi souhaité faire connaître et partager sa pratique et celle de ses associations partenaires en Afrique engagées dans un projet qui vise à promouvoir une approche globale de la santé des femmes et une approche intégrée des questions de VIH/SIDA et de santé sexuelle et reproductive.

Nous tenons à remercier toutes les personnes, associations et institutions qui ont contribué à la réussite de colloque.

Nous remercions plus particulièrement :

Michèle André, vice-présidente du Sénat, qui a permis que ce colloque puisse avoir lieu au Sénat et qui nous a chaleureusement soutenu ;

La Commission européenne pour son soutien financier ;

L'Ambassade de France au Burkina Faso, qui a facilité la participation des représentantes de deux associations partenaires du MFPPF ;

L'Organisation internationale de la francophonie pour son soutien financier à l'édition des actes du colloque ;

Le Fonds des Nations Unies pour la Population pour son soutien financier à l'édition des actes du colloque ;

Le Sénat et son service technique ;

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF).

Ces Actes ont été réalisés à partir du compte rendu intégral du colloque. Ils n'en constituent cependant pas la retranscription exhaustive. Certains passages ont été supprimés ou résumés, le style d'intervention orale a été retravaillé et ce, afin de faciliter la lecture de ces Actes.

SOMMAIRE

Avant propos	1
Introduction du colloque.....	5
• Intervention de Françoise Laurant, présidente du Mouvement Français pour le Planning Familial.....	5
• Message de monsieur Abdou DIOUF, secrétaire général de l'Organisation Internationale de la Francophonie.	9
Première partie : Plan d'action du Caire, droits des femmes et développement	13
• Les enjeux du Plan d'action de la conférence du Caire : Arlette Gautier, Institut de Recherche sur le Développement ..	13
• Bilan global de la mise en œuvre du Plan d'action du Caire : Hedi JEMIAI, Fonds des Nations Unies pour la Population.....	21
• Impact du Plan d'action du Caire en Afrique : Ndiro NDIAYE, Organisation Internationale pour les Migrations	28
• La prise en compte du Plan d'action du Caire dans la politique française d'aide au développement : Bérangère Quincy, Ministère des affaires étrangères	35
• Extraits des contributions au débat	47
Deuxième partie : Droits des femmes, santé sexuelle et lutte contre le SIDA	61
• Santé globale des femmes et féminisation de l'épidémie de VIH/SIDA : Luc de BERNIS, Organisation Mondiale de la Santé	61
• Les facteurs spécifiques de vulnérabilité des femmes : Carine Favier, Mouvement Français pour le Planning Familial..	72
• Les droits des femmes, un enjeu clé au cœur de la lutte contre le VIH/SIDA : Marie Rose NGUINI EFFA, députée du Cameroun....	83

• Pour une intégration des politiques de lutte contre le VIH/SIDA et de santé sexuelle et reproductive : Steve SINDING, Fédération internationale pour la planification familiale (traduction)	89
• Extraits des contributions au débat	94

Troisième partie : la pratique du MFPP et de ses partenaires : l’approche globale du programme de réduction des risques sexuels..... 105

• Table ronde avec :	105
Aminata DIALLO, association MAIA du Burkina Faso	
Tene KONE, association ALAVI du Burkina Faso	
Josiane RANDRIAMANANTENA, association FISA de Madagascar	
Claire MINE NOGME, association Cercle d’initiative des filles et des femmes HEGBA du Cameroun	
Françoise Laurant, Mouvement Français pour le Planning Familial	
• Extraits des contributions au débat	105

Dernière partie : interventions de clôture..... 129

• L’impact des politiques de santé sexuelle et reproductive sur les rapports sociaux de sexes : Nathalie Bajos, INSERM. ...	129
• Intervention de Danielle Bousquet, députée.....	141
• Intervention de Françoise Laurant, présidente du Mouvement Français pour le Planning Familial.....	144

INTRODUCTION DU COLLOQUE

Intervention de Françoise Laurant, présidente du MFPF

Voici 11 ans, une conférence internationale très importante s'est tenue au Caire, suivie l'année d'après de la conférence de Pékin sur les droits des femmes. 179 Etats ont ratifié les conclusions de la Conférence du Caire, y compris des pays pour lesquels signer ces engagements revenait à s'engager à faire progresser de nombreuses choses. Pour les pays du Nord, il s'agissait plutôt de faire progresser les financements et l'aide aux pays du Sud. Mais pour d'autres pays, il s'agissait vraiment de mutations importantes à opérer chez eux.

Je voudrais dire quelques mots sur les recommandations du programme d'action de cette Conférence du Caire. En France, nous ne posons pas vraiment les yeux sur les textes internationaux – ou même européens –, sauf quand ils deviennent très dangereux, et nous n'avons peut-être pas, sauf les associations et les élus spécialisés, mesuré toute l'importance de ce texte du Caire. En particulier, ce texte remettait les femmes au centre des enjeux de développement. Le premier élément important est le constat renouvelé que, dès qu'il y avait des catastrophes, des conflits, une augmentation de la pauvreté, c'étaient les femmes qui en subissaient, encore plus que les hommes, les effets, ainsi que les enfants. Je ne veux pas dire que les femmes sont victimes, mais elles sont les plus atteintes. L'autre élément, c'est que pour réussir une politique de développement, il faut reconnaître les fonctions d'actrices nécessaires, utiles et incontournables des femmes. La reconnaissance du rôle des femmes inscrite dans la conférence du Caire entraînait – et c'est explicite dans les textes – que les droits en matière de sexualité et de santé reproductive sont une partie intégrante des droits fondamentaux de la personne humaine. La Conférence de Pékin a confirmé ce principe.

Depuis dix ans, nous avons observé de nombreux progrès. Mais nous avons aussi constaté que des Etats et de nombreuses forces conservatrices, voire complètement réactionnaires, s'organisaient et se coordonnaient pour essayer de bloquer toute avancée en matière de droits des femmes. C'était déjà à l'œuvre voici dix ans. Mais maintenant nous voyons bien comment, aidés par le gouvernement des Etats-Unis, des Etats ou disons groupes intégristes, très opposés à l'avancée des droits des femmes et à l'égalité hommes/femmes, sont en train de former une internationale « anti-femmes ». Face à cela, nous ne sommes pas suffisamment organisés en internationale « pro-droits des femmes ». A côté de cette internationale « anti-femmes », des pays sont favorables à tout ce qui s'est fait. Mais, comme cela allait de soi pour eux, ils n'ont pas pris à bras-le-corps la défense et la promotion des droits sexuels et reproductifs. En tout cas, nous, association dans le réseau de l'IPPF, nous souffrons de voir une sorte de lassitude ou de non-prise en compte de cette importance politique de la défense des droits sexuels et reproductifs et de la concrétisation réelle de l'égalité hommes/femmes et des droits des femmes dans le monde.

Le Planning familial n'a encore jamais organisé, depuis 50 ans - que nous fêterons l'année prochaine -, de colloque sur des enjeux internationaux. Nous tenions, à cette occasion, à faire le lien entre notre pratique et ces enjeux internationaux. Voici 50 ans - c'est l'image qui nous colle à la peau, mais nous ne la rejetons pas -, nous avons été connus pour notre lutte contre la loi de 1920, qui interdisait et condamnait toute information et pratique dans les domaines de la contraception et de l'avortement. Des progrès ont été réalisés depuis, avec l'adoption en 1967 de la loi Neuwirth sur le droit à la contraception ; en 1975, les grandes luttes féministes ont permis de faire passer la loi Veil qui autorisait dans un certain cadre le droit à l'avortement. Cependant, au delà de ces avancées - c'était un début -, nous continuons à travailler sur les thèmes de la contraception et de l'avortement ; c'est notre image principale et notre travail quotidien.

Avec l'apparition du SIDA, nous avons été reconnus au début comme une des seules organisations sachant parler de sexualité, avec les jeunes en particulier. Pour faire de la prévention auprès des jeunes, il faut parler de sexualité. Nous avons donc été fortement sollicités et en première ligne. Avec le temps,

d'autres organisations sont entrées en lice. En tout cas, nos 70 associations départementales sur le terrain français ont pris en compte depuis cette époque la question du SIDA en l'intégrant à nos activités, en particulier dans l'éducation à la sexualité. Plus récemment, quand la question de la contamination des femmes dans les relations hétérosexuelles a été mise en évidence comme étant liée aux discriminations hommes/femmes - le taux de contamination étant devenu plus élevé chez les femmes que chez les hommes -, on s'est retourné vers nous en disant : il faut que vous fassiez un programme de terrain pour développer une véritable prévention efficace en direction des femmes. Nous avons donc monté, à la demande des pouvoirs publics, un programme appelé « réduction des risques sexuels », qui est basé sur une approche globale des questions des femmes, donc sur leur parole, et s'adresse à des femmes en difficulté de prévention.

Dans nos diverses pratiques, nous sommes constamment confrontés à ce que les Espagnols appellent la « violence de genre ». Les violences à l'encontre des femmes, qui traduisent les rapports de domination du masculin sur le féminin, sont les premières raisons du blocage, de l'inefficacité ou de l'échec des politiques de prévention qui ne prennent pas en compte cette dimension. Il ne peut y avoir de politique de prévention efficace sans prise de conscience collective et sans une approche globale des femmes qui leur permette de se sentir légitimées à oser prendre des décisions sur elles-mêmes et à prendre des responsabilités pour faire avancer leur situation. Cette approche de genre est partout à la mode. Il existe de plus en plus de textes européens, et même français, disant : il faut une approche de genre. S'il est important d'avoir une analyse « genrée » des questions, il faudrait aussi avoir des méthodologies pour déconstruire ces inégalités entre hommes et femmes et cette violence de genre. Et cela est plus compliqué ; cela ne s'invente que sur le terrain. Nous aimerions pour cela avoir des partenaires plus nombreux, avec et à côté de nous.

Pour toutes ces raisons, nous nous sommes dit que la situation actuelle, à savoir le fait que les Etats-Unis, le Vatican, les pays islamistes et les autres intégristes, cherchent activement à remettre en cause les acquis de la Conférence du Caire était grave politiquement. Mais il est surtout grave que

des gouvernements ne se sentent pas obligés de se battre fermement contre ces tentatives de remise en question. Il est donc très important d'afficher cela, mais aussi de faire en sorte que les actions sur le terrain, qui traduisent cette approche globale dont je parlais plus tôt, soient financées et vécues comme des références. Il ne s'agit pas tant de construire des normes - nous sommes plutôt contre les normes, car lorsqu'on change d'endroit, elles doivent aussi différer. Il faut plutôt des références à ce type de démarche. Nous nous sommes dit que le bilan du « Caire + 10 » était une occasion rêvée de faire se rejoindre nos grandes inquiétudes internationales et le fait que nous ayons des éléments de pratique, avec nos amis des pays africains avec lesquels nous travaillons : Cameroun, Burkina et Madagascar. Nous voudrions que cela intéresse de nombreux acteurs.

Nous avons rencontré l'Organisation Internationale de la Francophonie pour évoquer tout cela. Nous remercions le Président Abdou DIOUF, secrétaire général de l'OIF, pour le message qu'il nous a transmis et qui sera lu tout à l'heure. Il y a un intérêt pour nos thèmes et notre pratique. Il faut maintenant trouver concrètement comment faire avancer des actions et travailler avec d'autres membres de la francophonie ailleurs dans le monde. Nous collaborons aussi avec des parlementaires. Nous tenons, à ce propos, à saluer l'efficacité du travail avec la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale. Cette délégation est membre, depuis plusieurs années, d'un réseau de parlementaires européens qui s'intéressent aux questions de santé et de droits sexuels et reproductifs. Ce Forum parlementaire inter-européen sur la Population et le Développement réunit tous les groupes parlementaires multi-partis qui travaillent dans ce sens. Nous espérons que cette réunion au Sénat, ici, va permettre de donner naissance à un groupe de travail de sénateurs et sénatrices qui voudraient se mobiliser de la même façon sur les questions de santé sexuelle et reproductive.

Nous aimerions que les actions concernant les droits sexuels et reproductifs ne se limitent pas strictement à la reproduction, mais intègrent bien tout ce qui a trait à la sexualité, et donc la prévention dans le domaine du VIH et du SIDA. Nous espérons que ce sera un des produits de ce colloque.

Message adressé par monsieur Abdou DIOUF, secrétaire général de l'Organisation Internationale de la Francophonie, aux participants du colloque.

M. CRONEL.- Madame la Présidente, le Mouvement Français pour le Planning Familial avait invité le Secrétaire général de la Francophonie, le Président Abdou DIOUF, à participer à l'ouverture de ces travaux. Il regrette que son emploi du temps ne lui ait pas permis de venir, mais il a tenu à vous adresser un message et m'a chargé de vous en donner lecture.

Le 5 février 2000, la Francophonie, réunie à Luxembourg cinq ans après la conférence de Pékin, adoptait une déclaration destinée à fixer sa stratégie et ses objectifs sur toutes les questions concernant la participation des femmes à la vie de la communauté. Affirmant la nécessité de garantir aux femmes une citoyenneté partagée, entière et active, de confirmer leur pleine et égale implication dans la vie politique, économique, sociale et culturelle, de renforcer leur contribution à la prise de décision et de lutter efficacement contre la pauvreté en général et sa féminisation en particulier, cette déclaration fondait la réussite d'un développement durable et équitable sur le plein engagement des femmes, en particulier des femmes rurales, dans toutes les parties de la vie de la société, sur un pied d'égalité avec les hommes. Face à la persistance des guerres civiles, mention particulière était faite de l'implication indispensable des femmes dans le mécanisme de prévention, de gestion et de règlement des conflits, ainsi que du renforcement de leur participation dans les opérations de maintien de la paix.

Aujourd'hui, cette déclaration est plus que jamais d'actualité, tant les progrès demeurent partiels et lents. En dépit des objectifs clairs qu'elle s'est fixés et qu'elle a renouvelés à plusieurs reprises, la Communauté internationale a dû, tout récemment encore, lors de la revue « Pékin plus 10 » tenue fin février aux Nations Unies à New York, batailler pour maintenir simplement ce qui semblait établi. Dans cette bataille, parce qu'elle se déroule sous le signe du droit, de la dignité et de la solidarité, la Francophonie est aux côtés des femmes.

La Conférence du Caire sur la population et le développement avait traité des droits sexuels et reproductifs en tant que droits humains fondamentaux. C'est bien d'une approche globale qu'il s'agit, d'une prise de pouvoir des femmes sur leur destin spécifique. Sans libre choix de la maternité, les femmes ne peuvent espérer plus que le maintien dans une minorité sociale et morale, qui ôte tout sens aux autres capacités qu'elles pourraient conquérir. Sans libre exercice de cette responsabilité essentielle, il ne peut y avoir pour elles de droits au sens strict, mais seulement des concessions toujours annulables. C'est bien de quoi il s'est agi lors de la réunion des Nations Unies, c'est bien pourquoi le maintien devant les Nations Unies des acquis du Caire était essentiel et c'est bien pour cela que la Francophonie s'est engagée.

Mais sur ce socle, d'autres droits restent toujours à construire. Nourricières et éducatrices, les femmes se trouvent au cœur des problèmes les plus fondamentaux du développement. Dans les pays les moins avancés, elles restent encore trop souvent cantonnées à des petites entreprises individuelles ou artisanales. Elles doivent affronter quotidiennement l'insécurité, qui naît de la faiblesse de l'Etat, des défaillances de la gouvernance et du déséquilibre entre économies lié à la mondialisation.

Si nombreux et divers que soient les efforts faits pour associer la société civile à la définition et au suivi des stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays les moins avancés, les systèmes de protection sociale dans les pays développés, une réalité politique demeure : les systèmes de gouvernement et de production demeurent largement dominés par les mâles. Et il faut bien constater qu'ils paraissent privilégier la concurrence et la compétition sur la coopération et l'harmonie.

Comment sortir de cette situation, sinon en donnant aux femmes la possibilité, la capacité de s'organiser, de s'exprimer et de conquérir les positions nécessaires. La constitution de réseaux de solidarité, allant bien au-delà des problèmes médico-sociaux, s'est avérée le moyen le plus efficace. Le Planning familial, que je salue ici, a une longue expérience de cette méthode, mais il faut la diffuser en tenant compte des approches et contacts propres à chaque culture, à chaque communauté.

De par sa longue expérience du travail en réseau et de la concertation dans des domaines très divers, la francophonie peut prendre sa part de ce travail de sensibilisation et de formation, fondé sur des préoccupations communes et l'affirmation d'une solidarité de destin. Un tel partenariat s'inscrit pleinement dans les objectifs qu'elle s'est donnés lors de son dixième sommet à Ouagadougou. Je ne voudrais pas terminer sans saluer toutes celles et tous ceux qui sont venus ici pour participer à ces travaux, parlementaires francophones, spécialistes des questions de la reproduction, et je souhaite un plein succès aux travaux de votre colloque, en formant le vœu qu'il nous permette de bâtir un partenariat nouveau et fructueux.

PREMIERE PARTIE : PLAN D'ACTION DU CAIRE, DROITS DES FEMMES ET DEVELOPPEMENT

Les enjeux du Plan d'action de la conférence du Caire : intervention de Arlette Gautier, I.R.D.

Madame Gautier est actuellement en détachement à l'Institut de Recherche sur le Développement comme chargée de recherche au sein de l'équipe « Population et Santé » du laboratoire Population Environnement Développement, UMR 151.

Je vais vous parler des objectifs du Programme d'action du Caire. Vous savez tous que son objectif fondamental vise à permettre un développement humain et durable. Il propose, pour atteindre ce but, un programme très complet, avec des chapitres sur les migrations internationales, la pauvreté et bien d'autres aspects. Dans cette communication, je vais vous parler uniquement de ce qui a été le plus original, c'est-à-dire ce que l'on a appelé « le véritable changement de paradigmes lié au Programme d'action du Caire »¹. Il se résume en deux objectifs.

Le premier est de mettre au cœur des politiques démographiques les individus et non seulement les grands équilibres démographiques décidés par les experts. Le second est de faire un lien entre le développement durable, la transition démographique, c'est-à-dire la fin de cette période de baisse de la fécondité et de la mortalité, etc., et l'autonomie des femmes. D'ailleurs, le rapport du FNUAP a bien noté que, à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement à Mexico en 1984, le terme « femmes » n'avait été employé qu'une fois, alors que, au contraire, dans le Programme

1 GAUTIER Arlette, 2002, « Les politiques de planification familiale : du malthusianisme au féminisme ? », Lien social et politique, 47, printemps : 67-81.

d'action du Caire, on en parle tout le temps. Ce double objectif a conduit à reprendre la notion de droits reproductifs qui avait été élaborée par le Mouvement transnational des femmes depuis 1979. Ce mouvement avait notamment fait circuler, depuis 1991, une déclaration sur les droits des femmes, qui a été discutée dans de nombreux pays et qui a été une des bases du chapitre sur les droits reproductifs dans le programme d'action du Caire².

Les droits reproductifs sont définis, d'une part, comme le fait de décider librement du nombre de naissances et de leur espacement, de disposer de l'information et des moyens pour réaliser ce désir. Cela existe dans les textes internationaux depuis 1968, ce qui n'est pas si loin. D'autre part, il s'agit d'accéder à une pleine santé sexuelle et reproductive, mais aussi - et c'est là le point le plus important, le plus novateur en tout cas - de prendre les décisions librement, sans pression ni coercition, que ce soit de la part du conjoint, de la famille ou de l'Etat. Ceci a conduit à la fois à proposer l'amélioration des programmes de planification familiale, leur transformation en politique de santé de la reproduction et à mettre au cœur des politiques l'autonomie des individus.

En ce qui concerne l'amélioration des programmes de planification familiale, l'objectif est que les femmes et les hommes accèdent à la méthode de contraception qui leur convient le mieux. Il faut souligner qu'en 1987 et 1994, sur 33 enquêtes démographiques et de santé - qui sont les plus nombreuses, sur un format à peu près identique, ce qui permet des comparaisons au niveau international -, il ressortait que 20 % des femmes n'utilisaient pas la contraception alors qu'elles ne voulaient pas d'enfant, ceci parce qu'elles craignaient des effets secondaires. C'est très important ; pendant longtemps, le premier objectif des programmes de planification familiale était de faire connaître ou de donner l'accès aux méthodes de planification familiale, mais il est apparu, dès 1994, qu'il fallait diversifier les méthodes. Chacun sait que chaque femme est différente, en fonction de son cycle de vie et de toutes sortes d'éléments. Elle n'aura ni le besoin ni le désir d'utiliser un seul type de planification familiale. Or certains pays, notamment en Asie, ont axé tous leurs programmes sur une seule méthode, comme le stérilet en Indonésie, la ligature des trompes en Inde. De ce fait, les femmes ne connaissent qu'une

² GAUTIER Arlette, 2002, " Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ? », Autrepart, 15, Automne : 167-180.

méthode et si elles ne veulent pas subir de stérilisation ou si elles ne supportent pas le stérilet, elles sont souvent réduites à abandonner toute méthode. L'information sur la méthode a été souvent assez limitée. En regardant ces enquêtes, on voit qu'en 1987 et 1994, la pilule, la méthode la plus connue dans l'ensemble de ces 33 pays, n'était connue en fait que de 70 % des femmes³. C'est dire à quel point le manque de connaissance était flagrant. Un autre point très fort du programme d'action à ce niveau est de dire qu'il fallait donner des informations également sur les effets secondaires, sur les actions à entreprendre si l'on en subit et les autres méthodes possibles. Là aussi, si on regarde les quelques enquêtes démographiques qui portent sur le sujet, on constate que, parmi les 12 pays sur lesquels nous avons ces informations, seul le Malawi, qui n'est pourtant pas le pays le plus riche, informait près de 80 % des femmes sur les effets secondaires, les actions à entreprendre et les autres méthodes possibles. Quatre autres pays informaient près de 50 % des femmes et les autres beaucoup moins. C'est dire les manques flagrants à cette époque-là dans les programmes de planification familiale.

Un autre point de l'ordre de l'amélioration des programmes existants consistait à insister sur la qualité des services. Comme le savent très bien nos collègues africains ici présents, diverses enquêtes ont montré qu'il existait souvent des manques flagrants. Dans ces pays africains ayant connu des opérations de recherches, seulement le quart des cliniques disposaient à la fois de gants, de spéculums, d'une lampe, d'un lit d'examen et de lotion de stérilisation. Il y avait bien des cliniques, mais avec presque rien à l'intérieur. Comment peut-on soigner dans ces conditions ? C'est important et cela montre l'ampleur des besoins. On peut aussi parler du fait que les pilules étaient trop dosées, que les temps d'attente dans certains services étaient importants. On voit bien tout ce qui se trouve derrière cette optique de la qualité, recommandée par le Programme d'action du Caire. Il faut compter aussi avec la question du contexte culturel, de l'importance de parler aux individus dans une langue qu'ils comprennent - ce qui paraît évident mais qui n'était pas toujours le cas -, donc la nécessité d'avoir des aides-soignants, des infirmières qui peuvent faire le lien. Personnellement, j'ai

³ GAUTIER Arlette, à paraître. « L'information sur les méthodes contraceptives dix ans après le programme d'action du Caire », dans Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P., Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements, Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve.

assisté à une enquête au Yucatan ; dans de nombreuses cliniques, même en zone où l'on parle le maya, personne parmi le personnel soignant ne parle cette langue.

Le plus important dans ce programme d'action a été le fait de vouloir mettre en œuvre une véritable politique de santé de la reproduction. Là aussi, c'était une exigence forte des mouvements de femmes de dire : « nous ne voulons pas seulement être les cibles des politiques de planification familiale, nous voulons que tous nos besoins soient pris en considération ». Ils ont demandé des programmes de prévention et de traitement de l'infertilité, de la ménopause, des cancers, des autres morbidités gynécologiques ainsi que des avortements réalisés dans de mauvaises conditions. C'est à tout cela que s'est engagé le Programme d'action du Caire. Le moyen favori a été l'intégration des différents programmes de santé materno- infantiles, de planification familiale, de prévention des MST incluant le VIH, et cela dans le cadre du système de soins publics et des systèmes de soins primaires. Cela a été un engagement pris par les 179 pays ayant ratifié le Programme d'action du Caire de dire qu'ils allaient obtenir l'universalité d'un système de soins intégrant les aspects de la santé reproductive, qui sont tous reliés. Les MST incluent un risque accru pour le VIH. Cela met en danger évidemment les grossesses et les enfants qui naissent. Cela rend aussi plus dangereuse la pose de stérilets qui risque d'aggraver d'éventuelles maladies gynécologiques. Or les infections vaginales et vénériennes sont souvent asymptomatiques chez les femmes. Il faut donc réaliser de véritables enquêtes pour savoir ce qu'il s'est passé. Au Yucatan, par exemple, depuis que le Programme de santé reproductive mexicain a décidé de mettre le paquet pour la prévention du cancer cervico-utérin, on s'est rendu compte que la moitié des femmes étaient porteuses d'infections vaginales et on a dû les traiter. Avant de faire ce type d'examen, on leur posait, éventuellement avec leur approbation, des stérilets qui risquaient d'aggraver leur état. Après, les femmes disaient : « J'ai eu très mal ». Finalement, tout le village refusait le stérilet, à juste titre puisqu'on n'avait pas pris en compte les dangers pour elles.

Un autre aspect de cette politique de santé de la reproduction est l'ouverture à de nouveaux publics. Auparavant, dans de nombreux pays, on ne se préoccupait pas ou on refusait même de recevoir des jeunes filles non mariées dans ces services. Les moins de 25 ans représentent la moitié de l'humanité actuellement. Désormais, des pays se sont engagés à prendre en compte leurs besoins de santé reproductive et à réaliser des programmes qui leur soient directement dédiés. Par ailleurs, les hommes étaient souvent, jusqu'à présent, relativement absents des programmes de planification familiale, bien que ce soit souvent eux qui décident si la femme peut utiliser ou non une méthode de contraception et que leur désir de fécondité prédomine souvent sur celui des femmes. Il est donc important de les informer des méthodes de planification familiale et aussi de leur offrir l'accès à des méthodes de prévention des MST ou du cancer de la prostate pour ne citer que quelques exemples.

L'autre aspect très important du Programme d'action du Caire est d'être fondé sur les droits humains, face à la fois à l'Etat et au conjoint. Face à l'Etat⁴, vous connaissez tous les abus qui ont pu exister dans certains programmes antinatalistes, que ce soit en Inde, en Indonésie, au Bangladesh. Cependant, d'autres abus se révélaient plus subtils, par exemple avec la méthode dite des objectifs ciblés : dans la capitale, un démographe dans un programme de population va dire : « Pour arriver à une fécondité de 2,5 à telle époque, il faut que tant de personnes utilisent la contraception ». Au niveau local, dans les états ou les régions, cela veut dire qu'il faut que tant de personnes utilisent une contraception. Après, au niveau des cliniques, il faut qu'il y ait tant de nouvelles utilisatrices de contraception, dont tant de ligatures des trompes par exemple. Le médecin voit arriver le 25 novembre ; il n'a toujours pas rempli son quota ; il va être soumis à une certaine pression qui va conduire à ce dont je vous parlais dans la première partie, c'est-à-dire au fait qu'il ne va peut-être pas donner toutes les informations nécessaires aux femmes, car il risque d'en décourager certaines s'il commence à parler des effets secondaires des méthodes. Il va donc exercer une certaine pression et on se retrouve avec des femmes qui utilisent des méthodes ne leur convenant pas ou qu'elles n'avaient pas forcément envie de pratiquer. Dans les villages du Yucatan, voici 18 ans, lorsqu'une femme voyait le médecin,

4 GAUTIER Arlette, (éd), 2004, Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales. Nogent sur Marne, CePED, collection Rencontres, 239 p.

il lui parlait toujours de contraception et il avait toujours les méthodes de planification familiale, alors qu'il n'avait pas tout le temps les vaccins nécessaires pour les enfants. Aujourd'hui, la situation a changé ; parfois, même les méthodes de planification familiale manquent ! Ce n'est pas pour dire que seuls les programmes de planification familiale créent des abus. L'absence de programme aussi peut provoquer des problèmes. Par exemple, on sait que, dans le Nord Est du Brésil, les femmes étaient en tel manque de planification familiale qu'il était devenu courant pour les politiciens de proposer une ligature contre un vote. D'ailleurs, les politiciens trouvaient que cela revenait un peu cher ! Des anthropologues et des démographes ont pu prouver l'existence de ces pratiques. Les femmes, de façon plus récurrente, pratiquaient souvent la ligature, même si elles auraient voulu avoir des enfants par la suite, parce que c'était la méthode la moins coûteuse et la plus facile à obtenir. C'est pour cette raison d'ailleurs que les Brésiliennes ont joué un rôle très important dans le mouvement transnational des femmes en demandant des politiques de santé de la reproduction.

L'élément le plus nouveau dans le Programme d'action du Caire était d'insister sur l'autonomie des femmes face au conjoint. Il n'est pas souvent dit dans les textes internationaux qu'il peut exister une contrainte à ce niveau. En réalité, l'absence d'autonomie féminine est plutôt fréquente. Au Yucatan, je me suis retrouvée face à deux sœurs : une avait des boules au sein et ne pouvait pas aller voir le médecin parce que son mari lui avait interdit ; il était très jaloux ! Et l'autre avait un enfant malade et ne pouvait pas non plus sortir. Cela paraît anecdotique, mais c'est relativement fréquent. Par exemple, en Inde ou au Népal, le mari décide plus souvent que la femme si elle a le droit d'aller voir le médecin. Au Ghana, en Ouganda ou au Bangladesh, il décide aussi souvent qu'elle, c'est-à-dire que c'est aussi souvent lui qu'elle qui a le dernier mot sur les soins en santé des femmes elles-mêmes. Heureusement, en Indonésie et aux Philippines, les femmes sont beaucoup plus nombreuses à décider. Par ailleurs, les prestataires de services eux-mêmes respectent parfois davantage le point de vue du mari que celui de l'épouse. Autrefois, il était souvent inclus dans les programmes de planification familiale qu'il fallait avoir l'autorisation du mari. Aujourd'hui, de nombreux pays ont retiré cette obligation, mais cela reste toujours un

point de vue de certains prestataires qui s'appuient souvent sur l'optique du Caire. C'est un effet un peu pervers. Ils comprennent le fait qu'il faut faire participer le mari comme le fait qu'il doit pouvoir dire s'il autorise sa femme à pratiquer la contraception. Alors qu'en fait selon l'optique des droits reproductifs, chaque individu a pouvoir sur son propre corps, même si on ne peut que favoriser la négociation avec les conjoints. Toutefois, cette absence d'autonomie est elle-même inscrite dans les lois et les codes qui régulent les relations conjugales. Dans une étude que je viens de réaliser sur 192 pays⁵, la moitié des droits de la famille reconnaissent l'égalité entre les conjoints, plus souvent dans les pays développés mais pas seulement, 20 % reconnaissent l'homme comme chef de famille et 30 % continuent d'exiger l'obéissance de l'épouse à son conjoint. On voit là qu'il y a encore beaucoup de travail à effectuer !

Cette absence d'autonomie retarde, voire empêche la réalisation de la transition démographique, c'est-à-dire la baisse de la fécondité, comme le montrent a contrario les données sur les conséquences des violences envers les femmes. Neuf pays ont été enquêtés à ce niveau par des enquêtes démographiques et de santé⁶. Les résultats sont que les violences envers les femmes diminuent l'utilisation de la contraception, augmentent la fécondité d'environ 0,5 enfant par femme, ce qui est souvent très important aujourd'hui pour la transition démographique. Elles augmentent aussi le nombre des avortements non provoqués et des mort-nés, la mortalité infanto-juvénile et elles doublent le risque, entre les femmes qui ont été violentées et les autres, d'avoir une MST - excepté au Pérou, je ne sais pour quelle raison. J'ai cherché, pour préparer cette communication, des données sur les pays d'Afrique francophone. Il est tout à fait étonnant et désolant que le module sur les femmes, où il y a toutes ces informations sur qui décide quoi, n'existe pas dans la plupart des pays francophones, sauf en Haïti. Il serait souhaitable que les associations insistent pour que ce module soit inclus et que l'on puisse enfin savoir quel est l'impact de l'absence d'autonomie sur tous ces aspects en Afrique francophone.

5 GAUTIER Arlette, 2005. "Legal regulation of marital relations: historical and comparative approach", *International Journal of law, policy and the family*, 19, mars : 47-72.

6 KISHOR Sunita et JOHNSON Kiersten 2004, Profiling domestic violence. A multi-country study, Measure DHS.

La lutte contre la violence fondée sur le genre est partie intégrante du Programme d'action du Caire, non seulement en soi comme droit humain fondamental, mais aussi pour atteindre tous ces autres objectifs que sont le développement humain, la baisse de la fécondité et la lutte contre la pauvreté. D'après le programme du Caire, l'un des moyens privilégiés de réaliser cet objectif est d'intégrer les femmes dans les processus de décision, que ce soient les patientes, la société civile en général ou les ONG. De plus, selon le Programme du Caire, il est nécessaire d'avoir des bonnes données de qualités pour identifier les problèmes, d'orienter les actions vers les besoins les plus nécessaires et également d'augmenter l'aide apportée à ce niveau.

En guise de conclusion, la reconnaissance des droits des femmes par le Programme d'action du Caire n'est pas seulement une concession au mouvement transnational des femmes, une mode ou un affaiblissement des programmes de planification familiale. Au contraire, c'est le moyen d'assurer à tous une vie sexuelle et reproductive en santé, qui est une forme essentielle du développement humain. C'est aussi le moyen d'assurer la fin de la transition démographique, là où elle stagne. Nous ne pouvons qu'espérer, de même que le XVIII^e siècle a vu la naissance des droits civils, le XIX^e siècle des droits politiques et le XX^e siècle celui des droits sociaux, que le XXI^e siècle voie la reconnaissance partout dans le monde des droits reproductifs.

Bilan global de la mise en œuvre du Plan d'action du Caire : intervention de Hedi JEMIAI, F.N.U.A.P.

Monsieur Jemiai est, depuis janvier 2003, le représentant du Fonds des Nations Unies pour la Population auprès de la Commission européenne. Il compte à son actif plus de 30 ans d'expérience dans le domaine de la population et de la santé génésique et de nombreuses publications, dont un ouvrage commun publié sous sa direction intitulé Population et développement en Afrique.

On m'a demandé de donner une idée sur le bilan des dix années de la Conférence internationale sur la population et le développement. Je vais essayer de le faire davantage en termes de conclusion et de défi qu'en termes de présentation des résultats techniques. Je pense que d'autres communications dans ce colloque couvriront cet aspect.

Il y a un peu plus de dix ans, les délégués et les commentateurs du monde entier accueillaient le consensus du Caire comme le début d'une nouvelle ère. Effectivement, ce consensus établit que l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes sont indispensables au développement. Il préconise un accès universel à l'éducation et aux services de santé reproductive. Il proclame également que la santé reproductive et sexuelle fait partie des droits humains élémentaires. Ce consensus a radicalement changé notre vision du développement. La politique démographique est passée d'une approche gouvernementale fondée sur la gestion du nombre d'êtres humains, à une approche volontaire centrée sur l'individu et axée sur l'amélioration de la qualité de vie. Cette vision progressiste cherche à multiplier les choix des personnes et les opportunités pour qu'elles puissent atteindre leur potentiel au maximum. Aujourd'hui, on sait que si l'on dispose de la planification familiale, de l'éducation et d'autres services de santé, les individus agiront au mieux pour leur famille et pour eux-mêmes. Par ricochet, la démographie sera stabilisée à long terme et la pauvreté diminuera au sein des foyers et des nations.

Au Caire, on a proclamé que la capacité des femmes à contrôler leur propre fécondité et à prendre des décisions, sans être victimes de discrimination, de violence ou d'oppression, était le fondement des politiques démographiques et de développement. Aujourd'hui, on considère que les droits en matière de santé reproductive sont essentiels à l'autonomisation des femmes et leur avancement dans la société. Mais ne nous laissons pas tromper en pensant que le Programme d'action du Caire ne concerne que les femmes. Bien sûr, les femmes ont beaucoup à y gagner, mais il en va de même pour tout le monde. En réalité, ce programme nous concerne tous, riche ou pauvre, rural ou citadin, homme ou femme. C'est un programme qui renforce les familles, les communautés et les nations. C'est un programme intégral et intégrant, à la fois dans sa vision et dans sa portée. Il aborde tous les aspects démographiques, y compris le genre, la santé et les droits reproductifs, l'éducation, la fécondité, la mortalité maternelle et infantile, la croissance démographique, la structure par âge, la migration, l'urbanisation et l'environnement. Tous ces thèmes relatifs à la population sont les forces dynamiques qui façonnent notre monde, et ne peuvent pas être ignorés. Le programme du Caire rassemble tous ces thèmes et les met en relation. Il reconnaît que, finalement, lorsqu'on parle de démographie, on parle de personnes. La démographie permet aux gens de prendre leur vie en main, de faire avancer la croissance économique, de réduire la pauvreté, d'atteindre le développement humain durable, en y participant pleinement. Le programme du Caire nous montre la voie en reprenant toutes ces forces complexes et interactives, dans un cadre solidement ancré sur les Droits de l'Homme, tout en respectant la souveraineté nationale et en tenant compte de la diversité culturelle.

Nous avançons, Mesdames et Messieurs. Dans son rapport d'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan d'action de la CIPD⁷, le secrétaire général des Nations unies, Kofi ANNAN, déclare : « Au cours des dix dernières années qui ont suivi l'adoption du programme d'action, des progrès considérables ont été réalisés. Le monde commence à voir la fin de la croissance démographique rapide, les couples parviennent mieux à avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et la différence d'âge entre ceux-ci, la mor-

7 CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

talité est en baisse dans la plupart des pays et l'on constate que de nombreux pays entreprennent des démarches nécessaires pour lutter contre le VIH/SIDA. »

Une fillette qui naît aujourd'hui dans un pays en développement a des perspectives d'avenir plus favorables qu'une fillette née il y a dix ans. Le taux de scolarisation est en augmentation, la mortalité en baisse et l'espérance de vie est de plus en plus élevée. Mais ne nous voilons pas la face; en réalité, on progresse de façon irrégulière et, dans certains cas, il y a des retours en arrière. A mi-parcours du Programme d'action du Caire, je dirais que le verre est à moitié plein. Il nous faut de la force et de la détermination pour atteindre notre but dans les dix prochaines années. Nous avons des raisons de croire que cette force et cette détermination peuvent être réunies. Dans le monde entier, la grande majorité des pays ont adopté le programme du Caire comme le leur. Lors des examens régionaux organisés par les commissions régionales des Nations unies en coopération avec l'FNUPA, les gouvernements et les citoyens ont affirmé leur soutien au programme d'action de la CIPD. De Bangkok à Port-d'Espagne et de Genève à Santiago, on a fait passer le message suivant: le programme du Caire est le nôtre et nous l'avons intégré dans nos législations, dans nos politiques et dans nos actions. On s'accorde largement à penser que les Objectifs de Développement pour le Millénaire, à savoir réduire l'extrême pauvreté et la faim, la mortalité maternelle et infantile, et la propagation du SIDA, ne seront pas atteints si l'on ne prend pas plus de mesures pour garantir les droits des femmes et l'accès universel à l'éducation et aux services de santé reproductive.

Dans un monde d'inégalités et qui est toujours plus exigeant, le programme du Caire est en fait une vision d'espoir. Il y a dix ans, les chances pour un réfugié ou une personne déplacée d'accéder aux services élémentaires de santé reproductive étaient minces, voire nulles. Actuellement, des accords concernant les normes minimales, les conventions et les protocoles ont été passés et mis en place et les services sont de plus en plus accessibles. Il y a dix ans, on considérait que le problème de la migration était important. Aujourd'hui, on pense qu'il est critique. On reconnaît de plus en plus qu'il faut une meilleure coopération à tous les niveaux pour gérer les migrations

d'une façon positive et sensible, tout en respectant totalement les Droits de l'Homme et en agissant avec une plus grande transparence. Il y a dix ans, il n'y avait qu'un seul hôpital dédié au traitement de la fistule, mal terrible provoqué par un accouchement difficile et que l'on peut éviter. Aujourd'hui, on en prend conscience et on agit de plus en plus et les deux millions de femmes et de jeunes filles attendant une intervention chirurgicale ont maintenant de bonnes raisons d'espérer. Il y a dix ans, la violence envers les femmes et les jeunes filles était souvent un sujet tu par le secret et la honte. De nos jours, on condamne systématiquement la violence liée au sexe, sous toutes ses formes. La prise de conscience vis-à-vis des mutilations génitales féminines et les autres violations des Droits de l'Homme est bien plus grande et on les tolère beaucoup moins. Il y a dix ans, parler de la santé reproductive et sexuelle des adolescents était considéré comme radical, voire même tabou. Aujourd'hui, le sujet suscite un vif intérêt dans le monde entier. Il y a dix ans, l'impact mondial du SIDA restait à découvrir. Aujourd'hui, le SIDA est reconnu pour ce qu'il est, c'est-à-dire une menace pour la santé et une entrave au développement. Des progrès ont été faits pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et pour favoriser une plus grande action en faveur de la prévention, des soins, du traitement et de l'aide aux malades. Cependant, il faut fournir encore beaucoup d'efforts. Il faut de la prévention et que le traitement du VIH/SIDA soit pleinement intégré au service de santé reproductive.

Nous avons parcouru un long chemin depuis 1994 et nous l'avons fait ensemble. Partout dans le monde, le programme du Caire oriente l'élaboration des politiques et des législations vers le traitement des questions démographiques et pour garantir la santé, les droits reproductifs et sexuels, et l'égalité des sexes. Une enquête mondiale menée par l'FNUPA, à laquelle 165 gouvernements ont répondu, montre qu'une large majorité des pays prend des mesures pour intégrer les préoccupations démographiques au plan de développement. Presque tous les pays agissent pour protéger le droit des femmes et des jeunes filles, ainsi que pour favoriser le renforcement du pouvoir des femmes. Beaucoup de pays s'efforcent de donner davantage de pouvoir aux femmes quant à leur choix en matière de santé reproductive et d'encourager l'implication des hommes. Une majorité de pays a pris des mesures

pour que la santé reproductive fasse partie du système de santé primaire ainsi que de la réforme du secteur de santé.

Cependant, malgré son adhésion presque universelle, la promesse du Caire n'a pas été tenue à bien des égards. Il subsiste encore un besoin énorme quant à la qualité des services de santé reproductive, y compris la planification familiale. Quelque 200 millions de femmes dans les pays en développement ne bénéficient toujours pas d'une contraception efficace. Il y a toujours une carence énorme en matière d'information et de service de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Toutes les minutes, dix nouvelles personnes sont infectées. Aujourd'hui, la pénurie des préservatifs et des moyens contraceptifs a atteint des proportions critiques dans beaucoup de pays. Parallèlement, la persistance d'un fort taux de mortalité maternelle est absolument scandaleuse. Plus d'un demi million de femmes meurent encore chaque année des complications à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement. Une mort toutes les minutes, ce qui en fait une cause majeure de mortalité féminine dans les pays en voie de développement. Et ce, malgré le fait que nous savons comment sauver la vie de ces femmes. Nous devons garantir un accès universel aux soins obstétriques d'urgence, c'est primordial, ainsi qu'aux services de planification familiale et à une assistance médicale qualifiée lors de l'accouchement. Aujourd'hui encore, beaucoup, beaucoup trop de femmes et de jeunes filles continuent à être victimes de viols, de maltraitements physiques et du trafic sexuel. En fin de compte, une action efficace et universelle à l'encontre de la discrimination et de la violence sexuelle, en vue de parvenir à une véritable égalité, à une pleine participation des femmes, se fait encore attendre.

Nous savons qu'il faut donner la priorité aux 50 pays les moins avancés où la rapidité de la croissance démographique et l'importance des niveaux de pauvreté et de dénuement constituent des préoccupations majeures. Il est important que la Conférence Internationale sur la Population et le Développement prenne également sa place dans le contexte des exercices de revue et d'évaluation à venir, y compris le dixième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, et plus particulièrement la revue par l'Assemblée générale des Nations Unies des progrès accomplis cinq

ans après la Déclaration du millénaire sur le développement qui se tiendra à New York en septembre prochain. Ensemble, nous devons garantir un renforcement mutuel de ces programmes. Une approche globale et cohérente donnera l'impulsion à la mise en œuvre des résultats des principales conférences des Nations Unies et à la réalisation des objectifs de développement pour le millénaire.

Pour conclure, je souhaiterais souligner qu'une opportunité unique s'offre à nous pour accomplir davantage de progrès. Afin de réaliser les objectifs et les buts fixés par le programme d'action de la CIPD, des efforts et un engagement continu sont nécessaires pour mobiliser les ressources humaines et financières suffisantes, pour renforcer les capacités institutionnelles et pour alimenter des partenariats plus solides. Nous devons impliquer tous les secteurs de la société et toutes les branches gouvernementales. La dynamique démographique affecte tous les aspects de la vie économique et sociale. Les questions de la santé reproductive se répercutent sur tous les secteurs. Ainsi, pour aller de l'avant, nous devons rallier les décideurs politiques, les législateurs, les responsables de la mise en œuvre des programmes et les défenseurs des Droits de l'Homme. Nous avons besoin du secteur sanitaire, du secteur financier et du secteur privé. Nous avons besoin des femmes, des jeunes et des hommes. Et nous avons aussi besoin des représentants religieux qui ont la conviction que l'on peut sauver des femmes et des vies humaines, particulièrement des vies féminines. Il est encourageant de constater que les pays en développement eux-mêmes ont investi leurs propres ressources dans ces programmes. Cela reflète l'importance qu'ils attachent à ces sujets difficiles. Cet investissement doit désormais s'accompagner d'un investissement financier de la part des pays donateurs et de bailleurs de fonds non traditionnels. Nous devons bien évidemment en garantir une utilisation raisonnée, la bonne gestion et de bons résultats. Aujourd'hui, le monde industrialisé n'a versé que la moitié de ce qu'il s'était engagé à donner au Caire. On chiffre à trois milliards de dollars le manque de fonds de la part des pays donateurs pour les programmes démographiques et de santé reproductive. Et ce manque est l'une des raisons qui expliquent que nous peinons à progresser.

Il ressort clairement de notre enquête mondiale et des réunions régionales de revue et d'évaluation que la Conférence du Caire est totalement entre les mains des pays eux-mêmes et des partisans concernés et engagés au sein de tous les pays. Maintenant que le travail de fond a été effectué et que beaucoup de lois et de politiques sont en place, nous devons renforcer notre action pour obtenir de meilleurs résultats. Nous devons travailler ensemble pour garantir que les promesses que nous avons faites au Caire seront des promesses tenues.

Impact du Plan d'action du Caire en Afrique : intervention de Ndioro NDIAYE, O.I.M.

Madame Ndiaye est, depuis plusieurs années, directrice adjointe de l'Organisation internationale pour les migrations à Genève. Elle a occupé auparavant de nombreuses fonctions officielles au Sénégal. Elle a notamment été ministre de la femme de 1990 à 1995 et a dirigé la délégation sénégalaise à la conférence internationale du Caire.

Je me situe dans le cadre du développement. Je pense que tout en intégrant les facteurs de la santé, de la reproduction, de la planification familiale, du phénomène démographique, des problématiques de population et de croissance de la population, je voudrais intégrer tout cela dans un contexte de développement, parce que le développement est mon agenda. Je ne peux pas me situer ailleurs, parce que sinon, j'ai l'impression de perdre du temps, j'ai surtout l'impression de faire du surplace ; c'est une sensation tout à fait désagréable. Quand j'ai été contactée par le Mouvement français pour le Planning familial dans le but de participer à cette rencontre autour de ce thème, « droit des femmes, santé sexuelle et développement », je me suis demandée à quel titre je pouvais intervenir. J'ai choisi de ne pas choisir du tout ! c'est-à-dire de vous dire ce que je pense en tant que femme, en tant qu'Africaine, en tant que femme migrante, en tant que professionnelle de la santé, en tant qu'ancienne ministre du Développement social en charge de la femme, de la famille et de l'enfant, mais aussi en tant que Directeur général adjoint de l'OIM. Ces angles d'approche se complètent en effet et constituent des strates successives dans un système cumulatif qui caractérise chacun de nos parcours personnels, mais détermine aussi largement les progrès accomplis depuis la Conférence du Caire et depuis celle de Pékin. Je m'efforcerai donc, de manière forcément parcellaire et subjective, de mettre en lumière les points qui me semblent mériter que nous nous arrêtions ici aujourd'hui. Je laisserai à des voix plus autorisées que la mienne le soin d'évoquer les aspects directement liés à la santé sexuelle et à celle de la reproduction. Je vais me consacrer surtout aux enjeux économiques et sociaux.

En guise de propos liminaire, je tiens à dire que la Conférence du Caire a certes fixé un certain nombre de grands principes, mais force est aussi de constater que, faute d'un quelconque caractère contraignant de ces principes et de ces objectifs, les progrès sont à géométrie variable. Ils varient selon les régions et surtout selon les choix politiques souverains des Etats. C'est extrêmement important de le camper quand on fait une analyse ou quand on donne une évaluation de l'état des progrès réalisés en Asie, en Amérique latine, en Afrique ou en Europe par rapport au Plan d'action du Caire. En réalité, ce n'est pas si dramatique que cela. Je relativise : la quasi-totalité des engagements que nous prenons au plan international, avec énormément d'effets d'annonce et de médiatisation, ne valent que par rapport aux Etats en charge de les mettre en œuvre, aux populations censées recevoir les impacts de leur mise en œuvre. C'est là que le bât blesse, qu'il y a un manque de cohérence et de décision. C'est là qu'il y a un manque d'esprit critique pour que les principes et les objectifs définis dans les réunions internationales puissent avoir effet sur le développement et les personnes pour lesquelles ils sont pris. Je relativise un peu ce que nous avons fait et les engagements pris au Caire. Pour me recentrer toujours sur le développement, regardez la conférence de Monterrey, sur le financement du développement. Jusqu'à présent, l'objectif de 0,7 % du PIB, qui devrait être consacré à l'aide au développement par les pays de l'OCDE, n'a jamais été atteint. On est bien loin des indicateurs, qui montrent plutôt une réduction de l'aide au développement dans de nombreux pays, en grande partie sous l'influence des opinions publiques et des contraintes d'ordre électoral. C'est pour cette raison que nous n'y sommes pas encore arrivés jusqu'à présent. J'ai voulu fixer ainsi les limites des progrès accomplis. Selon les discussions liées à l'évaluation de la Conférence de Pékin dix ans après, les personnes ont eu la même impression. Ces conclusions que nous avons analysées au mois de mars, voici seulement un mois, à New York, nous ont donné le même sentiment. Il y a eu effectivement des vœux et des décisions politiques qui ont eu des effets extrêmement pervers sur le terrain. Ce qui a été valable pour le Caire l'est également pour Pékin dix ans après.

Le chapitre IV du Plan d'action du Caire prévoyait de renforcer l'égalité entre les sexes et de promouvoir le droit des femmes. S'agissant de l'Afrique, je

voudrais insister tout d'abord sur le fait que le tiers des pays du continent africain est un théâtre de conflits armés ou de guerres civiles ; le plus souvent ces guerres sont liées à des considérations d'ordre ethnique. Dans cet esprit d'absence de paix, d'absence de stabilité, condition première du développement, comment peut-on créer un cadre de développement économique et social ? J'observe pourtant que les femmes, amenées à prendre en charge les destinées des familles dans des contextes de guerre et à jouer un rôle essentiel dans les processus de reconstruction en périodes de post-conflit, ne sont jamais associées aux négociations de paix et ne prennent dans les instances décisionnelles et les gouvernements que des places secondaires, les ministères de souveraineté étant dévolus la plupart du temps aux hommes. Je connais quelques exceptions de pays africains où le chef de l'Etat a eu quelques velléités de faire la promotion des femmes et a voulu en mettre certaines à des postes de décision, des postes souverains. Cela n'a pas toujours fonctionné. Pourtant, nous savons toutes que, si la voix spécifique des femmes doit être entendue, cela passe aussi par une représentation au gouvernement, mais aussi au Parlement, dans les instances judiciaires et au sein des organisations internationales.

Rien n'est définitivement acquis, comme nous l'ont montré récemment les débats autour de la loi Veil. Nous sommes dans le pays de Madame Veil. Il est quand même curieux de voir quel recul est en train de s'initier, quel recul est en train de prendre corps avec toutes ces remises en cause des acquis de cette loi. Mais on n'est pas plus heureux de l'autre côté de l'Atlantique : vous avez vu comment cela se passe aux Etats-Unis ! J'ai le triste sentiment, en effet, d'un recul. Alors que la décennie 1970/1980 avait apporté des progrès extraordinaires et significatifs, dans un élan partagé partout dans le monde, les avancées en matière de droits des femmes sont régulièrement remises en question et de manière tout à fait sournoise, ne serait-ce qu'en limitant leur accès à l'avortement par la réduction du nombre de cliniques qui les pratiquent ici en France et par le dénuement complet des plateaux techniques dans certaines cliniques des pays en voie de développement, des pays africains en particulier.

Un autre élément entre également dans le cadre de « femmes, droit et développement » ; il s'agit de la notion de discrimination positive. Je ne suis pas *a priori* favorable à cette notion. Je suis avec intérêt les débats sur cette question en Europe. J'observe, par exemple en Afrique, que la faible représentation des femmes au niveau décisionnel sur notre continent est tellement liée à la structure traditionnelle de nos sociétés qu'il faudrait sans doute imaginer d'autres choses, sous forme de quotas, je ne sais pas. C'est un débat qui va venir, qui va beaucoup nous interpellier ces temps-ci. Mais un système de quotas clairement établis est-il à même de faire évoluer les mentalités ? Tant que les mentalités n'auront pas évolué, nous n'aurons pas prise sur ces instances décisionnelles. D'un autre côté, le maintien du statu quo signifierait *de facto* que la place des femmes africaines resterait marginale, même si les figures emblématiques peuvent servir d'alibi et sont mises intentionnellement sur le devant de la scène pour mieux masquer les déficits structurels en représentation des femmes. Une de mes assistantes tout à l'heure m'a dit au téléphone : « Madame, vous allez être contente, dans le *Jeune Afrique* d'aujourd'hui ou d'hier, il y a toute une brochette de femmes sur lesquelles on met énormément de superlatifs en disant qu'elles sont bien et fortes en politique. » J'aimerais voir l'article qui accompagne ces photos ! Je lui ai dit : « Vous savez, il y a tellement d'arbres qui cachent la forêt en Afrique et les femmes en font partie ! ».

J'ai aussi relevé un autre élément dans le système éducatif. Un autre aspect important dans le cadre que j'essaie d'analyser porte sur les systèmes éducatifs africains qui sont caractérisés par deux réalités dramatiques. D'une part, les taux d'alphabétisation et de scolarisation restent très en deçà des chiffres constatés dans d'autres régions du monde, la moyenne continentale étant à peine supérieure à 40 %. D'autre part, la scolarisation des filles est à ce point en retrait, moins de 20 % dans certains pays du continent, que tous les programmes financés par la Banque mondiale et les partenaires bilatéraux intègrent une composante spécifique à la scolarisation des filles. Cela a un grand intérêt et une grande importance dans l'impact des programmes issus du Caire et de Pékin. C'est donc là un combat essentiel pour lequel nous avons besoin de l'appui de tous les groupes de pression et du travail des associations des migrants, des collectivités locales et territoriales,

comme de celui des réseaux de parlementaires, afin de faire évoluer les cadres législatifs dans la bonne direction. L'accès des filles à l'éducation est évidemment la clef de leur participation informée et militante à l'évolution de la société civile. Des progrès dans ce domaine sont également nécessaires au niveau de l'enseignement supérieur. Globalement, seuls 1 % à 2 % d'une classe d'âge accèdent à l'université, avec une sous-représentation des filles dans les disciplines liées directement au développement. Il faut donc investir dans la formation des élites, dans leur maintien dans les pays d'origine - je parle de l'exode des cerveaux - et dans l'augmentation de la proportion des filles ayant accès aux filières porteuses d'avenir, inscrites dans les priorités de développement et concourant à la réduction de la pauvreté, telles qu'elles sont définies par chaque pays dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté. Il s'agit vraiment d'endroits clés qu'il faut investir par les personnes qui veulent aider parce qu'il y a lacune dans l'implémentation du Plan d'action du Caire, dans la mise en œuvre des plans d'action continentaux ou nationaux pour Pékin. Si on veut que la femme jouisse davantage de ses droits, qu'elle acquière des droits supplémentaires, il existe des niches dans lesquelles énormément de travail est encore à faire. De mon côté - parmi mille et une autres capacités que vous avez certainement dans le travail quotidien -, à cause de mon parcours et de mon travail actuel, il est de mon devoir d'identifier ces territoires pour que nous puissions les partager ensemble.

Le Plan d'action du Caire évoque également des questions clés dans les régimes de protection sociale et médicale, ainsi que les programmes de planification familiale. Là encore, je m'appuierai sur mon expérience de terrain pour aborder rapidement quelques aspects qui me semblent importants. Les pays africains, pour la plupart, ne proposent pas de régime de retraite viable, pas davantage qu'une véritable protection sociale, au sens où c'est entendu en France. Les salaires en période d'activité sont peu élevés. Je vous donne un exemple : un professeur d'université au Sénégal perçoit un salaire de l'ordre de 650 euros par mois. En République démocratique du Congo, le salaire d'un professeur de rang magistral ne dépasse pas 50 euros par mois. Ce qui témoigne des disparités sur le même continent. Les régimes de retraite sont structurellement déficitaires et aucun salarié ne peut

espérer vivre de manière satisfaisante de sa pension. Très clairement, les enfants auront donc une double responsabilité : une morale et une économique. Ils s'occuperont de leurs parents en les prenant en charge directement, comme c'était encore le cas en Europe dans un passé très récent. Dans le même ordre d'idée, les enfants constituent une ressource économique et leur force de travail est souvent mobilisée très tôt. Vous êtes au courant de toute cette dynamique de lutte contre le travail des enfants, que le BIT et d'autres organisations internationales mènent avec le gouvernement. Les enfants constituent une ressource économique et leur force de travail très tôt sollicitée les empêche d'aller à l'école, notamment dans les périodes de forte activité agricole, près de 75 % des populations vivant de la terre. Cette réalité est encore plus importante pour les petites filles. Il faut aussi évoquer le poids de la religion et de la discrimination de fait encore pratiquée dans de nombreuses parties du monde.

J'ai lu le rapport du Mouvement Français pour le Planning familial sur ses actions au Burkina, à Madagascar et au Cameroun, et je suis tout à fait d'accord avec les conclusions. Les contraintes que les animatrices vous ont données sont réelles et nous les vivons aussi dans nos pays. Les condamnations violentes de cet état de fait - que j'entends souvent encore - correspondent à une vision du monde que je partage sur le fond. Mais pourquoi stigmatiser du haut de nos certitudes et de notre situation souvent confortable les familles qui vivent ainsi ? Il me semblerait plus efficace et plus raisonnable de travailler sur le long terme avec les prescripteurs, c'est-à-dire les leaders religieux, les leaders d'opinion, les associations, les autorités locales, les associations de diaspora, pour mieux faire comprendre les enjeux profonds d'un changement d'attitude et promouvoir des systèmes de protection sociale viables. Les actions menées dans le cadre du planning familial dans nos pays sont encore tellement limitées par plusieurs obstacles d'ordre culturel, social et économique. La structure familiale traditionnelle valorise encore les garçons de manière excessive. La modification de ces préjugés devra encore nécessiter beaucoup de temps. Les parents ne font pas de corrélation entre leur capacité économique à garantir à leurs enfants un avenir et la limitation du nombre de naissances par famille, encore perçue comme une affaire de « Blancs ». La santé de la mère et de l'enfant également sont

des préoccupations encore trop rares. Les grossesses répétées, la mortalité périnatale importante, avoisinant les 10 % dans certains pays du continent, et les ravages du VIH/SIDA, tant sur les parents que sur les enfants, corrélés à l'insuffisance notoire de plateaux hospitaliers techniques ou même à des personnels formés, sont autant de facteurs qu'il faut prendre en compte lorsqu'on entend mener des politiques cohérentes, fondées sur une meilleure information des familles et une meilleure formation des personnels de santé. Les questions liées à la sexualité, tant chez les adolescents que chez les adultes, restent largement taboues en Afrique malgré les importants efforts réalisés par les législateurs et par tous les intervenants sociaux et médicaux. On ne dira jamais assez l'effet désastreux des programmes d'ajustement culturel menés depuis 1980 dans les pays d'Afrique, qui ont conduit à la limitation drastique des recrutements des fonctionnaires, y compris dans les secteurs de l'éducation et de la santé, vitaux aussi par essence. Tant que les partenaires intéressés - l'Etat n'en est qu'un parmi eux - ne seront pas en mesure de garantir mieux l'accès aux soins, à l'éducation et la mise en place de systèmes de retraite soutenables, il est évident que des taux de croissance de la population en Afrique, de 2 à 3 % en moyenne continentale, et le nombre d'enfants par femme en âge de procréer, entre cinq et sept, ne diminueront pas davantage que les taux dramatiquement élevés de mortalité infantile et périnatale. Tout le reste n'est que littérature.

J'ai été et je suis encore de tous ces combats. Mais quelle énergie il faut déployer ! Quels murs et quelles montagnes il faut déplacer ! Les résistances sociales, religieuses, politiques, économiques sont telles en Afrique que j'aurai consacré toute ma vie, et bien d'autres femmes de ma génération avec moi, à tenter de faire avancer la cause du droit des femmes. Vous pouvez mesurer, à la lumière de vos propres combats, à vous, ici, et de leurs résultats dans un environnement combien plus réceptif, malgré tout, les difficultés que nous rencontrons en tant que femmes mais aussi en tant que migrantes.

Je vais terminer par la migration. Les femmes migrantes constituent, en effet, une population particulièrement vulnérable, même si cette population tend à se diversifier. La plupart d'entre elles arrivaient en France jusqu'à une

époque récente à la faveur du regroupement familial et rejoignaient leur conjoint sans exercer d'activité professionnelle elles-mêmes. La reproduction des schémas traditionnels du pays d'origine était largement majoritaire dans ces populations. Depuis quelques années, elles migrent de plus en plus de manière autonome et elles s'insèrent, quand elles le peuvent, sur le marché du travail, dans des emplois qualifiés ou non. De manière générale, elles sont plus nombreuses que les hommes à devoir accepter des emplois déqualifiés par rapport à leur niveau ou à leur secteur de formation d'origine. Les femmes migrantes non ressortissantes de l'Union européenne connaissent un taux de chômage beaucoup plus élevé que les autres et *a fortiori* que la moyenne de la population féminine en France. Cette précarité fréquente contraint certaines femmes à accepter un travail irrégulier, voire à devenir les victimes de réseaux mafieux. Elle favorise, en outre, la propagation de certaines pathologies en raison du manque d'information et de précautions sanitaires. C'est évidemment vrai du VIH/SIDA mais également des autres maladies sexuellement transmissibles ainsi que des maladies comme la tuberculose dont la recrudescence est nette dans certaines villes, qui touchent plus fortement les populations vulnérables. Le sort de ces femmes n'émeut guère que dans certains cercles limités. On ne les connaît pas ou on ne veut pas les connaître non plus. Si les réfugiés sont protégés par la loi de 1951 par une convention internationale à laquelle ont adhéré un grand nombre d'états, je voudrais insister sur le fait que pour les migrants, il n'y a que la convention de 1990 sur la protection des droits des travailleurs migrants et de leur famille. La convention n'est entrée en vigueur qu'en 2004, c'est-à-dire 14 ans après sa rédaction ; elle n'a été signée jusqu'ici que par 26 états, dont aucun pays de l'OCDE. Les 26 états se partagent entre l'Amérique latine et l'Afrique. Je pourrais développer longtemps ce thème qui m'est cher, mais le temps ne me le permet pas.

Je souhaiterais conclure en disant un mot de l'intégration des migrants dans les sociétés d'accueil. Cela passe par un accès à un système de santé correct également. Une politique d'intégration réussie ne saurait être une politique d'assimilation. La diversité culturelle est un ferment de la République tout comme la laïcité est un de ses principes directeurs. La France, comme les autres pays européens, n'a pas vraiment réussi sa politique d'intégration des

migrants, pas davantage d'ailleurs que des jeunes issus de l'immigration. Les banlieues sont devenues progressivement des ghettos ; on est loin, sur le terrain, des discours officiels sur la mixité sociale et sur ses vertus. L'intégration est une affaire de responsabilité partagée entre les migrants et les Pouvoirs publics. Elle commence dans la cité par une bonne connaissance réciproque et les interactions régulières entre les élus et les associations de migrants, qui permettent de mieux connaître la population étrangère et de mieux prendre en compte ses aspirations et ses spécificités dans le cadre général. Ces analyses doivent être mises à profit pour créer des équipes locales pluridisciplinaires et pluriculturelles chargées de l'intégration. L'investissement des associations de migrants dans ces dispositifs, dès leur phase de conception, permet d'irriguer davantage le tissu social, là où les messages de l'Etat sont trop souvent uniformes et négatifs, tant ils sont déterminés par les enjeux électoraux et le poids de l'opinion publique. Et c'est sans doute ici encore, par les femmes regroupées en associations, que passe le progrès. Beaucoup œuvrent dans les quartiers, dans les villes, de façon isolée, sans avoir conscience du potentiel que recèlerait leur regroupement autour de luttes communes dans le respect des valeurs fondamentales de la République. Plus les actions dépassent le cadre de référence de la communauté d'origine, moins elles se réfèrent à un groupe homogène et identitaire et plus elles ont de chances de réussir à créer la masse critique nécessaire à toute réforme en profondeur. Je vous remercie.

La prise en compte du Plan d'action du Caire dans la politique française d'aide au développement : intervention de Bérangère Quincy, M.A.E.

Madame Quincy est directrice du développement et de la coopération technique au ministère des affaires étrangères.

C'est une rude tâche que de passer après Madame la Ministre Ndioro NDIAYE. Je voudrais dire aussi que c'est toujours un très grand intérêt pour nous que d'être dans ce type de débat où nous pouvons rencontrer les acteurs du progrès et débattre de nos politiques. C'est à travers ce débat et ce dialogue que nous pouvons aussi faire avancer nos pratiques et trouver à la fois, comme vient de le dire Madame la Ministre à Michèle ANDRE, l'énergie, la constance, la volonté mais aussi les alliés, dont nous avons besoin et dont la France a besoin pour poursuivre sa politique.

Je voudrais raconter une anecdote. En tant que directrice du développement et de la coopération technique, je m'occupe de nombreux dossiers et de beaucoup de sujets du développement. Je remercie Mme Ndioro NDIAYE d'avoir évoqué ces sujets-là et d'avoir inscrit le thème d'aujourd'hui dans ce sujet du développement. J'ai été confrontée à une négociation sur la santé reproductive, lorsque j'ai conduit la délégation des fonctionnaires au sommet de Johannesburg. La question du droit des femmes à la santé, et plus particulièrement à la santé reproductive, notamment à l'avortement, a été la dernière qui a posé problème dans les négociations de Johannesburg. C'était lundi soir, le sommet se terminait le mercredi soir, et nous n'avions toujours pas d'accord sur le texte du plan d'action de Johannesburg sur cette question. Pour vous dire quand même que nous nous battons entre gouvernements alliés contre les points de vue des gouvernements qui voulaient revenir sur des acquis, cela nous a pris la nuit avec les ONG, et je salue la qualité de la relation que nous pouvons avoir entre délégations officielles et associations lors de ce type de situation. Les ONG faisaient pression en dehors des salles. Nous étions, nous, avec les pays de l'Union européenne – Dieu sait si ce n'est pas facile au sein de l'Union européenne – qui pensaient comme nous, en train de nous battre. Je peux même vous dire que le président de la République a été alerté et s'est mobilisé sur cette question. Au

plus haut niveau, nous nous sommes battus. Nous nous sommes battus, pour quel résultat ? Pour ne pas reculer ! Et à vrai dire, en tant que diplomate, il manque une virgule dans le texte que nous avons obtenu. Elle manque entre l'affirmation du droit des femmes à la santé et la mention des conditions de culture, de société, etc., qui de fait vise à adapter ce droit à chacune des sociétés dans laquelle il se situe et, si l'on fait un lien trop fort, vise en fait à l'affaiblir. En tant que diplomate, cette virgule me manque ! On a tendance à dire que les diplomates chassent les virgules dans les couloirs, mais c'est parfois important, car c'est ce qui fait sens ! Je tenais à vous rappeler cette anecdote, tout cela pour un résultat dans lequel il s'agissait de ne pas reculer !

La France considère que le programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire a constitué un tournant important dans les politiques démographiques, comme l'ont dit les intervenants avant moi. Ils ont décrit quelles avaient été la qualité et la rupture qu'avait introduites cette conférence. Je n'y reviendrai pas. Je suis ici, en fait, pour rappeler l'engagement de mon pays et de notre diplomatie, et au-delà, du gouvernement, à la fois dans la défense des droits des femmes dans les débats internationaux et dans la défense des acquis du plan d'action du Caire, mais aussi dans l'intégration de cette approche dans notre politique de coopération, plus particulièrement dans les mesures que nous prenons et que nous essayons de favoriser et d'encourager afin de permettre l'accès des femmes aux services essentiels, à commencer par les deux qui ont été cités : la santé et l'éducation.

Je voudrais faire un aparté sur notre politique de coopération. Le président de la République a pris des engagements pour augmenter l'aide publique française au développement, lors de la conférence de Monterrey citée par Madame la Ministre. Nous les tenons jusqu'ici ; c'est difficile, de plus en plus, mais nous y arrivons pour le moment. Partant d'une situation où l'aide publique au développement était égale à 0,31 % du RNB en 2001 et 0,38 % en 2002, après avoir chuté depuis 1995, nous remontons la pente depuis 2001-2002. Nous visons l'objectif de 0,7 % en 2012. Nous avons atteint 0,42 % en 2004 et nous visons 0,44 % en 2005. La lutte est difficile, y compris avec le ministère du Budget !

Dans le cadre de cette réforme, nous avons fait un bilan de nos politiques de coopération. Vis-à-vis de l'injonction du président de la République de concentrer notre coopération sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, nous nous sommes aperçus que, dans les deux secteurs principaux couverts par ces objectifs que sont l'éducation et la santé, nous n'étions pas en phase avec ces objectifs et que nous leur accordions une importance insuffisante. Notamment dans le cadre de l'aide à l'éducation, nous étions insuffisamment concentrés sur le soutien aux systèmes d'éducation dans les pays du Sud, particulièrement dans les pays africains qui représentent les deux tiers de notre aide publique bilatérale. Nous étions aussi, dans le domaine de la santé, insuffisamment concentrés sur les objectifs du millénaire pour le développement que sont la réduction de la mortalité maternelle et celle de la mortalité infantile. Nous avons décidé de réorienter notre politique de coopération vers ces objectifs, au fur et à mesure que l'aide publique au développement progresse et progressera. Nous sommes en chemin. Le bilan que nous faisons, comme l'a dit le représentant du FNUAP, est tel que le verre est à moitié plein. Certains considéreront peut-être qu'il est à moitié vide, mais nous savons qu'il nous reste encore à remplir la moitié du verre !

En ce qui concerne les droits, à l'occasion du dixième anniversaire du Programme d'action du Caire, la France a été particulièrement présente et active, notamment lors de la commission population et développement des Nations unies en mars 2004 et lors des réunions générales organisées par le FNUAP. Avec nos partenaires de l'Union européenne, nous avons par exemple pris position contre les tentatives américaines de remettre en cause une partie des principes établis au Caire en 1994. Nous souhaitons d'ailleurs l'ouverture d'un débat approfondi avec les Etats-Unis sur les effets néfastes du rétablissement par l'actuel gouvernement américain de la politique dite de Mexico qui subordonne l'aide financière aux ONG et pas seulement aux ONG, à la renonciation par ces dernières à toute action liée de près ou de loin à l'interruption volontaire de grossesse, même quand il s'agit seulement d'en soigner les conséquences. Nous avons aussi soutenu l'initiative lancée par Mme SADIK, conseillère spéciale du secrétaire général des Nations unies et ancienne directrice du FNUAP, afin d'obtenir le soutien d'une majorité de

chefs d'Etats et de gouvernements par la signature d'une déclaration en faveur du Programme d'action du Caire. Cette déclaration a été présentée au secrétaire général le 14 octobre au cours de la journée commémorative consacrée au « Caire plus 10 » par l'Assemblée générale.

Au niveau européen - niveau important pour l'action diplomatique de la France et pour son action concrète en matière de coopération -, la France a toujours défendu un engagement plus poussé de l'Union européenne sur les questions de population et les droits des femmes, notamment en matière de santé et de reproduction, dans le cadre de cette approche globale qu'a si bien décrite le message de M. Abdou DIOUF. Des résultats concrets ont été atteints. Ainsi, la Commission européenne a financé des programmes contribuant aux objectifs de la Conférence du Caire pour environ 1 milliard d'euros depuis 1994. En partie pour satisfaire des objectifs qu'elle s'est elle-même fixés, mais aussi pour compenser la perte de moyens financiers subie par le FNUAP et la Fédération internationale de planification familiale, à la suite du rétablissement de la politique de Mexico par l'administration américaine, la Commission européenne - soutenue par la France - a signé en septembre 2002 un accord de coopération avec le FNUAP et l'IPPF (Fédération internationale de planification familiale), à hauteur de 32 millions d'euros sur la période 2003-2005, prélevés sur les reliquats du huitième Fen*. Je crois que c'est à la faveur de ces financements que se tient aujourd'hui notre colloque. Actuellement, la France continue à se mobiliser pour que la Commission européenne utilise les fonds du neuvième F.E.N. pour financer les programmes en matière de santé de la reproduction.

Je remercie donc aujourd'hui l'implication à la fois de la société civile et du Mouvement français pour le Planning familial, ainsi que des parlementaires, pour faire vivre ce Programme d'action du Caire et mobiliser davantage l'attention afin que ces principes soient mis en œuvre et ne soient pas bafoués, y compris dans les négociations internationales. Pour la Coopération française, c'est un objectif tout particulier que de travailler avec les acteurs du changement, avec les associations. Nous avons d'ailleurs un objectif visant à renforcer l'aide publique au développement qui va transiter par les ONG, pour leur permettre à la fois de contribuer à renforcer la société civile dans

les pays du Sud et de mener cette activité de plaidoyer et de participation aux débats internationaux dont j'ai décrit l'utilité au début de mon intervention. Il est aussi particulièrement intéressant pour nous que les parlementaires se mobilisent ; une partie des progrès passe par l'adoption de lois. L'appui des parlementaires, leur coopération avec ceux des autres pays, l'appui qu'ils peuvent apporter, comme les associations, à l'avènement d'un mouvement démocratique dans les sociétés du Sud est particulièrement important et nous voulons l'encourager et davantage le soutenir.

Je voudrais parler de la Coopération française. Certes, le verre est à moitié plein, et nous espérons vivement que l'augmentation de l'aide publique au développement et son attribution dans les années qui viennent en monnaie fraîche – puisqu'une partie de cette augmentation résulte d'annulations de dettes – vont nous permettre de remplir davantage des objectifs auxquels nous ne nous sommes pas encore suffisamment consacrés durant les années qui se sont écoulées. Je voudrais citer plusieurs exemples de projets pilotes que nous avons engagés et qui devraient, nous l'espérons, servir de base à la réplification de projets et à des politiques de plus grande ampleur en faveur de ces objectifs. Le premier exemple est un projet que nous avons soutenu, à l'impulsion parlementaire réunie dans l'association Equilibres et Populations. A cette impulsion, nous nous sommes engagés dans un projet innovant de coopération triangulaire entre la France, la Tunisie et le Niger en matière de santé de la reproduction. Il s'agit, pour la Tunisie à travers l'Office national de la Famille et de la Population, d'apporter son expérience en matière de santé de la reproduction et d'offrir comme exemple son modèle d'équipe mobile à la réalité du contexte au Niger, afin de contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale extrêmement élevés dans ce pays. Après trois années de mise en œuvre, les résultats enregistrés à la fois sur les plans quantitatifs et qualitatifs sont très encourageants, puisque la plupart des objectifs sanitaires sont déjà atteints. Le taux de couverture contraceptive semble également progresser de façon significative. La présentation de ce projet à l'occasion de la 4^e Conférence africaine sur la population, organisée à Tunis en décembre 2003, a non seulement démontré à un large public la pertinence de la coopération Sud-Sud et de cultures proches sur la thématique santé de la reproduction, mais elle a aussi ouvert d'autres perspectives de collaboration

entre la Tunisie et d'autres pays d'Afrique subsaharienne. L'évaluation finale externe de ce projet est en cours, ce qui permettra d'en tirer des enseignements, notamment de déterminer s'il peut être étendu à d'autres actions. Dans le cadre de la réforme de la coopération, la mise en œuvre des projets et leur identification sur les terrains dans les pays, notamment d'Afrique subsaharienne, a été déléguée à l'Agence française de Développement. Nous sommes là pour assurer le pilotage ; nous veillerons à ce que ce type de projets soit davantage mis en œuvre et étendu à la faveur de financements augmentés qui devraient transiter par l'Agence française de Développement.

Nous sommes assez fiers d'un autre type de projet que je voudrais citer, mais comme il s'agit d'un projet pilote, c'est aussi une histoire de verre à moitié vide ou à moitié plein. Il s'agit du projet d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, projet AQUASOU, que certains d'entre vous connaissent. A travers lui, nous contribuons à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale en Afrique par une amélioration de l'accès des femmes enceintes à des soins obstétricaux d'urgence de qualité. L'approche retenue est interdisciplinaire : obstétrique, santé publique, épidémiologie, socio-anthropologie et communication. L'action est concertée entre instituts de recherche, spécialistes du développement et organisations non gouvernementales. Dans le domaine de la protection sociale, nous avons un exemple de coopération en Mauritanie qui nous a fait mettre en place un forfait obstétrical basé sur une solidarité des communautés pour que les femmes enceintes qui arrivent à l'hôpital et qui ont besoin de soins, notamment d'une césarienne, puissent avoir accès à des soins d'ordinaire trop coûteux pour qu'ils leur soient dispensés. Nous travaillons de plus en plus sur le thème de la protection sociale et de la mutualisation du risque et des dépenses de santé en Afrique et nous savons qu'il est majeur pour remplir les objectifs du millénaire du développement en ce qui concerne la santé.

Autre exemple : la Coopération française est fermement résolue à renforcer son engagement en faveur de l'éducation des filles. Plus de 100 millions d'enfants restent privés d'école ; parmi eux, 60 % sont des filles. 860 millions d'adultes sont analphabètes, dont les deux tiers sont des femmes.

Comme l'a dit Madame la Ministre, les filles sont les premières à subir les conséquences du faible taux d'alphabétisation, de scolarisation et d'achèvement du cycle scolaire en Afrique. C'est pourquoi nous travaillons non seulement en termes quantitatifs, pour améliorer l'accès au cycle scolaire et son achèvement dans les pays africains, et au-delà, l'accès des populations rurales les plus éloignées, puisque c'est là que s'exerce le plus de discrimination, mais nous travaillons aussi - comme nous l'avons écrit dans une stratégie pour notre coopération en matière d'éducation - spécifiquement en termes qualitatifs pour l'éducation des filles. Cela suppose qu'à côté d'un appui au programme d'éducation mis en place par les gouvernements et à l'offre d'éducation, nous soyons aussi capables d'intervenir sur la demande en éducation, notamment sur la capacité des parents à envoyer leurs filles à l'école. Nous travaillons aussi sur des points qui peuvent paraître mineurs, mais qui sont importants pour favoriser l'éducation des filles, comme la construction de puits à proximité des écoles, pour que les petites filles, employées pendant la journée à aller chercher l'eau, puissent aller à l'école et rapporter l'eau le soir à la famille. Je ne cite que cet exemple pour montrer de quelle manière nous cherchons toutes les voies pouvant améliorer l'éducation des filles, dans le cadre de notre politique de soutien à l'éducation. C'est certes insuffisant. Nous avons d'ailleurs décidé de travailler avec les ONG et les collectivités locales engagées dans des projets d'éducation, pour faire des évaluations, pour nous enrichir de leur expérience afin de savoir comment enrichir notre programme de soutien à l'éducation des filles.

Je voudrais enfin aborder un sujet qui a déjà été cité : la campagne mondiale lancée par le FNUAP pour en finir avec les fistules. Nos moyens financiers ne nous ont pas tellement permis de soutenir cette campagne jusqu'à présent, mais nous savons que c'est un problème majeur, également pour les jeunes filles. Nous espérons que les campagnes ciblées sur ce problème douloureux, mais aussi celles en faveur de l'éducation des filles, permettront de répondre à ces besoins trop longtemps ignorés. Je vais citer une anecdote. Notre poste en Ethiopie a envoyé un télégramme sur ce qui se passait en Ethiopie en matière de fistule obstétricale. Cela a été une révolution dans l'histoire des télégrammes diplomatiques, parce que c'était la première fois que l'un d'entre eux abordait ce type de sujet, décrivait concrètement les

conséquences de la fistule obstétricale. Un certain nombre de collègues ont été étonnés et surpris, et en même temps saisis par la description de ce phénomène en Ethiopie.

En soulignant le rôle joué par les parlementaires et les ONG, en évoquant plusieurs programmes soutenus par la Coopération française dans le domaine de la santé, de la reproduction et de la planification familiale, en soutenant aussi la façon dont nous voulons davantage orienter certains de nos programmes de coopération - je ne les ai, bien entendu, pas tous cités - pour favoriser l'accès des femmes aux services essentiels, j'ai voulu témoigner de l'engagement du ministère sur ce sujet. Je ne voudrais pas omettre le partenariat avec le Fonds des Nations unies pour la Population dont l'action est essentielle. A nos yeux, le FNUAP est une agence efficace, active, présente sur le terrain et nous la soutenons à travers une contribution volontaire, la mise à disposition de jeunes experts associés - trois en 2004 - et des programmes conjoints. Nous avons aussi réalisé deux projets conjoints sur la mise en œuvre du Programme d'action du Caire à Madagascar et en Côte d'Ivoire. Nous sommes en train de les terminer. Nous avons également soutenu un projet au Maroc sur l'écoute et le soutien aux femmes victimes de violence - thème dont on a beaucoup parlé ici - dans la région de Marrakech. Enfin, un projet de lutte contre la mortalité maternelle est en train de voir le jour dans le Nord de l'Ethiopie en partenariat avec une ONG française, Médecins du Monde, et ayant pour principal financeur le FNUAP. La présence de Luc de BERNIS ici m'incite à dire que nous souhaitons travailler avec l'OMS, que nous avons beaucoup échangé avec cette organisation sur un certain nombre de programmes. Sur ces thèmes de la santé de la reproduction, l'OMS est une organisation d'un puissant soutien pour nous, avec laquelle nous souhaitons travailler particulièrement en Afrique subsaharienne.

Vous consacrerez la matinée de demain à la problématique « droits des femmes, santé sexuelle et lutte contre le VIH/SIDA ». Tellement conscients du soutien aux femmes qui présentent une vulnérabilité particulière à la fois biologique et sociale face au VIH/SIDA, nous veillons particulièrement, à travers les projets que nous finançons, à soutenir les groupements de femmes actives dans la lutte contre cette pandémie. Nous le faisons à la fois à

travers des projets que nous finançons, menés par les ONG en Afrique, et à travers un soutien aux associations luttant contre le SIDA en France, qui apportent un soutien de doctrine et de pratique, et aussi en envoyant de la documentation et des médicaments aux associations engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique. Je ne m'étendrai pas sur le soutien que la France apporte à la lutte contre le SIDA ; il est extrêmement important. Il est passé de 20 millions en 2000 à 130 millions d'euros en 2004 dans le cadre des pays en développement. Ce soutien s'articule autour d'axes stratégiques. Souvent on a cru que, parce que nous avons mis un phare majeur, qui a d'ailleurs beaucoup contribué à faire avancer la donne sur l'accès au traitement et sur l'accès aux antirétroviraux, nous négligions la prévention. Non, nous sommes pour une prise en charge globale de l'épidémie, qui comprenne des actions de prévention, notamment de la transmission mère-enfant - sujet sur lequel nous travaillons -, de dépistage, de sécurité transfusionnelle et d'accès aux antirétroviraux. Nous travaillons avec les ONG et les organisations communautaires locales. Nous aidons au renforcement des capacités institutionnelles locales et au développement de la recherche.

Je voudrais dire un dernier mot sur la promotion de la recherche-action et je suis heureuse qu'une représentante de l'IRD ait pu témoigner des résultats de sa recherche et de l'implication entre la connaissance que nous développons à travers les programmes de recherche et les meilleures pratiques que nous pouvons mettre en œuvre grâce à ces programmes de recherche-action. Nous visons, à travers ces programmes, à favoriser la création de passerelles entre le monde de la recherche et les praticiens du développement, notamment directement en faveur des instituts de recherche au Sud qui collectent et exploitent les données démographiques et sociales. Nous soutenons des rencontres internationales consacrées aux questions de population. Je donnerai juste un exemple qui est le prochain Congrès international de population organisé par l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population et qui aura lieu à Tours du 18 au 23 juillet prochain. Enfin, nous soutenons des dispositifs permettant la capitalisation d'échanges et la coordination des recherches et des expériences, comme des actions menées par le CEPED, le Centre population et développement. A cet égard, le CEPED a réalisé une synthèse sur la question délicate de l'avortement en

Afrique, synthèse dont nous sommes heureux d'avoir contribué à la naissance. Voici quelques-unes des réponses concrètes que nous apportons. A la fois gouvernements, associations, parlementaires et collectivités, nous poursuivons tous le même objectif. Je vous remercie.

Extraits des contributions au débat

Mme ANDRE (Vice-présidente du Sénat) - Ce moment, aujourd'hui, est un espace de rencontre et d'alliance pour que nous unissions nos forces afin de finir de remplir le verre. Il nous semble, à nous parlementaires françaises, qu'un effort de la part de la France peut être à faire dans la masse de nos questionnements. Je serai attentive, si vous le permettez, à titre personnel, à l'évaluation qui sera faite de l'expérience pilote entre la France, la Tunisie et le Niger. Je suis allée au Niger voici deux ans, au moment des rencontres de l'Assemblée Parlementaire de la Francophonie. Si les femmes se laissent accompagner et suivre au moment des grossesses, très souvent et trop souvent, les médecins tunisiens ont dit leur désespoir de voir la question de la contraception tomber dans un très grand vide, qui ne permet pas d'espérer aller très loin. Si cette question n'avance pas, alors le programme n'aura pas l'impact que vous visez et auquel vous donnez des moyens, ont constaté ces médecins. Il faut prendre en compte les questions d'éducation des filles, de mentalité, de poids des religions et des traditions. En dernier lieu, s'agissant de cette terrible question des fistules, j'ai visité le pavillon des fistuleuses à Niame. On en revient révolté et désespéré ! C'est une question taboue sans doute, qui pose particulièrement le problème des petites filles mariées bien trop tôt. Une femme nigérienne m'a dit que, si autrefois ces petites filles étaient promises, elles étaient respectées et confiées à quelqu'un de la famille pour être éduquées. Aujourd'hui, elles sont utilisées sexuellement. « Utilisées », ce mot est terrible ! Comme l'excision, l'infibulation nous a heurtés violemment et nous a fait prendre conscience de ce qu'il fallait faire avec les femmes qui en sont victimes. Même s'il y a peu de femmes, heureusement, leur sort est terrible et leur environnement est dans une grande douleur.

Madame la Directrice, vous avez parlé comme une femme qui sait vivre tout cela. Je vous remercie de ce langage, pour une diplomate. Il n'y avait pas de langue de bois, mais une réalité, une vérité, des progrès à faire. Je vous promets solennellement, ici, dans cette salle, mon soutien le plus total et celui de beaucoup de mes collègues françaises pour demander à notre ministre et à Bercy de donner plus de moyens. Tout de même, ce petit 0,42 % me fait peine, personnellement !

Mme LOSIER-COOL.- Je suis sénatrice au Canada. Je suis de l'Est du Canada, de l'Acadie. J'ai une formation en éducation. Nous ne le dirons jamais assez : l'éducation des jeunes filles, partout, est de première importance. Je crois que le meilleur contraceptif, c'est encore l'éducation ! Les organisatrices du colloque m'ont suggéré de donner un très bref aperçu de la façon dont le Canada a incorporé le Programme d'action du Caire dans sa politique d'aide au développement. Mes propos vont suivre ce que Mme QUINCY a dit, mais pas dans tous les détails. Je retiens bien sa parole pour ne pas reculer. Depuis dix ans que je suis ce dossier de très près au Sénat, j'ai parfois l'impression que c'est la seule chose que je fais. Du moins, nous ne reculons pas ! Le Canada est une Fédération et l'aide internationale au développement est une responsabilité qui incombe au Gouvernement fédéral. Cette responsabilité est l'apanage non pas de notre ministère des Affaires étrangères, mais plutôt d'une agence, de l'Agence canadienne du Développement International, connue sous le nom de l'ACDI. Depuis sa participation à la Conférence du Caire et son adhésion au Programme d'action qui en a résulté, le Canada a maintenu son soutien à la cause du développement international. Il a réitéré la déclaration du millénaire en 2000 et les huit objectifs qui ont rapidement suivi. En juin 2002, le Canada lançait le Plan d'action pour l'Afrique du G8, qui donne suite au nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique conclu en 2001. En novembre 2002, le Canada tenait à Ottawa une conférence de parlementaires de 100 différents pays, sur la mise en action du Programme du Caire. J'étais fière d'être une co-organisatrice de cette conférence. En 2002 également, l'ACDI rendait public un énoncé de politique en faveur d'une aide internationale plus efficace. Ce document est depuis devenu le cadre au sein duquel l'ACDI gère l'aide canadienne au développement ; j'ai des documents avec moi.

Les objectifs du millénaire pour le développement sont désormais la pierre angulaire, si on peut dire, de la nouvelle politique. Celle-ci tient compte de trois facteurs : une bonne gouvernance au sein des pays bénéficiaires, le renforcement des capacités de ces pays et une mobilisation de leur société civile.

Géographiquement, l'ACDI concentre davantage son aide. Elle privilégie de plus en plus, depuis la semaine dernière, ceux des pays en développement qui sont les plus pauvres, mais qui souscrivent à une gouvernance améliorée et une utilisation efficace des ressources. Cette concentration géographique bénéficie surtout à l'Afrique. Thématiquement, l'ACDI cible davantage le développement social, notamment dans les secteurs de la santé et de la nutrition, le VIH/SIDA, l'éducation de base, la protection des enfants. Tous ces secteurs sont bien expliqués sur le site web de l'ACDI. Elle tient également compte de la nécessité de faciliter la croissance économique dans les pays bénéficiaires, notamment dans le secteur rural, là où sont 75 % des gens qui vivent dans la pauvreté la plus absolue, et dont 70 % sont des femmes. Pour l'aspect monétaire, l'ACDI gère le Fonds canadien pour l'Afrique qui concrétise les engagements canadiens en vertu du plan d'action et du G8 pour l'Afrique. Encore jeudi dernier, lors de la journée mondiale de la santé, l'ACDI a débloqué plus de 90 millions de dollars aux programmes de santé maternelle infantile, principalement en Afrique. D'ici 2007, le Canada aura investi plus de 7 milliards de dollars en aide internationale.

M. OUATTARA.- Je suis député du Burkina Faso. Je voudrais parler de l'action des parlementaires pour mettre en œuvre le Plan d'action du Caire, et en particulier de la mise en place du réseau des parlementaires sur la Population et le Développement. En fait, c'est suite à la Conférence du Caire que ce réseau a été créé au Burkina Faso, en 1996. Ce réseau s'est vraiment engagé à épauler la structure nationale qu'est le Conseil national de la population pour voir quelles mesures pouvaient être prises pour mettre en œuvre les objectifs et les recommandations de la conférence du Caire. Je suis le président de ce réseau, qui regroupe une soixantaine de députés sur les 111 que nous sommes. C'est pour vous dire qu'il y a de plus en plus d'intérêt accordé à ces problèmes. Vous voyez aussi tout de suite que nous constituons un groupe de pression. C'est ce qui a permis de réussir à faire ratifier par le Burkina des textes internationaux sur les droits de la femme et l'enfance.

L'action de ce réseau a permis notamment de faire passer une loi supprimant l'excision au Burkina. Nous avons aussi réussi à élaborer au plan sous-régio-

nal, une loi type sur la santé de la reproduction. Que vous alliez au Cameroun, au Sénégal ou au Mali, nos problèmes sont presque semblables. Nous nous sommes retrouvés entre parlementaires de plusieurs pays et, avec des experts, nous avons pu rédiger une loi, chacun à son niveau. Chaque pays était chargé de faire amender cette loi, de l'adapter et de l'adopter. Beaucoup de pays ont pu adopter la loi sur la santé de la reproduction. Chez certains, comme nous, le document va passer en deuxième lecture. Nous sommes bloqués par rapport aux problèmes de l'avortement, du mariage. Il y a encore des réticences. Il nous appartient, à nous, parlementaires, de faire un lobbying pour que cette loi puisse passer. Si elle passait, beaucoup de dispositions régleraient pas mal de problèmes auxquels les femmes sont aujourd'hui confrontées.

Pour faire avancer les choses, il faut se baser sur des textes qui réglementent et donnent l'autorisation et un cadre aux pouvoirs publics et à tous ceux qui doivent appliquer les lois pour mener des actions. Sinon nous parlons dans le vide. Mais il ne suffit pas de voter des lois. Il faut faire en sorte qu'elles puissent être appliquées sur le terrain. Cela demande un autre travail de terrain, de sensibilisation, pour permettre à tous ceux qui constituent des freins à l'application de ces lois, d'être convaincus que ce que nous voulons faire, c'est pour le bien du peuple et de toute la population. Nos regrets portent sur les moyens. Pour avoir des changements notables, il faut un travail énorme de sensibilisation et de changement de comportement. Cela demande d'importants moyens financiers, de la logistique, pour mettre en place des programmes. Mais, au niveau de nos pays, ces moyens sont limités, même s'il faut reconnaître que certains états font des efforts importants en ce sens. C'est pour cela que nous avons besoin de l'appui des pays donateurs et des grands bailleurs internationaux.

Je voudrais justement poser une question à M. JEMIAI sur ce point. A la Conférence internationale des parlementaires sur la Population et le Développement, qui a eu lieu à Strasbourg fin 2004, nous avons attiré l'attention de certains pays sur l'importance d'honorer les engagements pris au Caire. Y compris l'engagement des pays riches de nous soutenir financièrement pour mettre en œuvre le Plan d'action du Caire. Y a-t-il eu des réac-

tions positives suite à cet appel ? Nous attendons, justement à ce niveau, que des solutions soient trouvées pour nous permettre de mettre en place et d'exécuter nos programmes, surtout pour la santé de la reproduction, le planning familial et la promotion de la femme. Ce sont des éléments clés sur lesquels il faut faire beaucoup d'efforts.

Pour revenir sur le travail parlementaire, je voudrais juste citer un dernier exemple. Nous avons un projet de loi concernant le VIH/SIDA, qui a été adopté par le Forum des réseaux des parlementaires africains et arabes. Ce Forum regroupe 18 pays, de l'Afrique de l'Est, de l'Afrique de l'Ouest, avec deux ou trois pays arabes. Ensemble, nous nous sommes retrouvés pour discuter des problèmes soulevés par les différents organismes et institutions qui s'occupent du problème du SIDA. Nous les avons tous recensés et nous avons fait un document unique, la loi type sur le VIH/SIDA. Il appartiendra à chaque pays de l'adapter et de l'adopter.

Mme LAURANT.- Il est rare de voir des parlementaires de différents pays se réunir pour faire des lois types sur quoi que ce soit et sur cela, encore plus. Ceci pourrait même intéresser nos parlementaires « nordiques ». En tout cas, cela fait quand même partie des conclusions ; suivre et faire des échanges entre parlementaires du Nord et du Sud sera sûrement une des conclusions de notre journée.

M. Christian NITA.- Je suis membre de deux réseaux internationaux de jeunes, un concentré en Europe, l'autre dans le monde, dont l'objectif principal est de défendre et de promouvoir les droits des jeunes en matière de sexualité. Je viens de Roumanie. J'ai une question pour Mme GAUTIER et Mme LAURANT. Je souhaiterais savoir s'il est possible d'envisager une alliance entre le mouvement des femmes et le mouvement des jeunes.

Mme GAUTIER.- Je pense que tout dépend des objectifs ; il faut un dialogue préalable pour voir sur quelle base peut se construire une alliance. Mais c'est bien entendu envisageable. Il y a aussi des jeunes qui font partie du Mouvement pour le Planning Familial et de tous les mouvements transnationaux des femmes.

Mme LAURANT.- Nous aimerions avoir davantage de jeunes militantes et militants avec nous au Planning Familial. Nous avons certes beaucoup d'utilisateurs jeunes ! Le nombre de jeunes qui viennent dans nos permanences représente en gros 80 % du public ! Il n'est pas rare, quand nous rencontrons une personne d'une trentaine d'années qui voudrait travailler, militer avec nous qu'elle dise : « Quand j'étais jeune, je suis allée au Planning Familial, pour la pilule du lendemain, pour la contraception, pour autre chose. » Il est sans doute vrai qu'il y a une image dans l'esprit des jeunes qui est beaucoup plus en termes de leurs besoins personnels que de leur besoin militant collectif. D'un autre côté, les mouvements de jeunes en France ne mettent pas vraiment les droits sexuels, dont le droit à l'éducation sexuelle, en priorité par rapport aux autres revendications qu'ils portent. Cependant, pour la grande manifestation que nous avons organisée le 15 janvier pour les 30 ans de la loi Veil, deux mouvements de jeunes étaient organisateurs avec nous. Et beaucoup de jeunes ont participé. Il y a effectivement un lien à faire et des alliances à trouver. Mais il y a aussi une question de culture, de représentation... Dans les pays anglo-saxons et nordiques en Europe et en Europe de l'Est, il est sans doute plus facile de trouver des réseaux militants d'associations de jeunes que chez nous, en France. Au Planning Familial, nous sommes pour la création de telles alliances. Malheureusement, le fait que des jeunes viennent militer au Planning familial ou s'organisent eux-mêmes pour cela ne se décrète pas. En tout cas, c'est une question que nous nous posons en interne. Nous aurons 50 ans l'année prochaine ; cela fait partie du bilan et de ce que nous aimerions changer dans les 50 prochaines années.

Mme Carine FAVIER.- Je suis au Planning Familial. Pour compléter la réponse, c'est une question de convergence des luttes. On constate dans divers mouvements qu'il y a une volonté de remettre en question les rôles masculins et féminins, tels qu'ils sont actuellement. Autour de cela, on peut trouver des convergences avec ce que représentent des mouvements comme le nôtre, qui ont été bâtis autour du droit à l'avortement et à la contraception, mais qui posent plus largement la question de la place des hommes et des femmes dans la société et de la domination. Autour de ces questions, on peut trouver des luttes communes et se rencontrer, bien sûr. Il y a également la remise en question de la domination masculine. Nous pensons que les

hommes ont aussi intérêt à ce que la question des rôles masculin/féminin soit remise en cause. Sur les formes de militantisme, la façon de travailler, les thèmes, il y a certainement une culture différente des jeunes. Mais sur les objectifs, nous pouvons nous retrouver.

Mme Fadissa HO.- Je suis chargée de l'immigration au sein du COE. Je remercie le mouvement du Planning Familial d'avoir initié une telle rencontre, qui peut permettre aux personnes d'échanger. Je voudrais non seulement féliciter les intervenants et les remercier, mais aussi parler, suite à la première intervention de Mme GAUTIER. Je pense qu'il faut surtout déconstruire le schéma typique. On parle de plus en plus de la notion de genre. Mais quand nous rencontrons des femmes migrantes et que nous leur parlons de genre, elles ne comprennent pas ! Ce qu'elles comprennent, c'est qu'elles sont discriminées, dans des positions souvent très peu favorables. Je remercie Mme NDIAYE d'avoir parlé des femmes dans l'immigration. La plupart du temps, dans ce genre de séminaire, on parle du rôle des femmes en Afrique, en Occident. Très souvent, les migrantes sont invisibles. Dans les sociétés d'accueil, on devrait, si tout se passait dans les normes, parler simplement de citoyennes, mais malheureusement ce sont des citoyennes de seconde zone. J'interpelle le Planning familial sur le rôle et le travail en synergie qu'il réalise avec les associations de femmes pour traiter ces questions des migrantes.

Dans une intervention, il a aussi été question du manque de moyens financiers. Ce qui compte, à mon avis, c'est la capacité de mobilisation des femmes autour de ces questions. Contrairement à ce que vient de dire un monsieur sur le fait qu'il faut des moyens financiers, nous ne les rejetons pas, mais c'est simplement une aide qui nous permet de nous passer d'aide ! Les ressources de l'immigration, notamment la diaspora africaine, dépassent deux à trois fois l'aide publique au développement. Mais comment organiser et appuyer ces structures et ces personnes pour qu'elles soient encore beaucoup plus efficaces dans le développement de notre pays ? Nous, en tant que femmes migrantes aujourd'hui, c'est cette structuration en réseau que nous aimerions avoir pour organiser nous-mêmes nos sociétés civiles du Sud, notamment les femmes qui sont les vecteurs du développement. Ces femmes

ne peuvent pas être efficaces si elles ont une santé fragile. La semaine dernière, j'ai assisté à un séminaire sur le genre à la Banque Mondiale. Un médecin, venu du Sénégal, a expliqué que, dans un village qui n'avait qu'un cheval et une charrette pour tous les déplacements de la population, une femme qui allait accoucher, devait attendre que le cheval aille aux champs emporter les semences. Lorsque finalement la charrette était revenue, le cheval était trop fatigué, il fallait lui donner à manger. Entre-temps, la femme avait accouché. Elle avait le temps de « crever » ! Ce sont des réalités ! Nous y sommes confrontées en Afrique.

Mme NDO ENGOLO EVINA.- Je suis députée à l'Assemblée nationale du Cameroun. En tant que députée, je suis membre du groupe des parlementaires camerounais pour la population et le développement, qui est une branche locale du FAAPD (Forum africain arabe pour la population et le développement), lui-même étant une branche régionale de la CIPD. J'aimerais revenir sur la déclaration de M. JEMIAI, qui a si bien dit qu'il fallait forcer les nations pour atteindre les objectifs du Caire. Je dirai même un peu plus, les objectifs du Caire sont en détresse dans certaines parties du monde. Si je prends l'exemple du Cameroun, nous assistons à une évolution à deux vitesses. Nous avons les centres urbains, où les choses semblent assez bien avancées et concentrées. Malheureusement, le monde rural reste en retrait pour des raisons évidentes et que nous connaissons tous : la première étant le manque d'infrastructures routières qui coupe l'évolution de toute forme d'implication et de communication avec les populations locales, la deuxième étant les limites dans les moyens financiers de nos gouvernements. L'aide internationale que nous recevons, que tous nos pays reçoivent, est canalisée de manière à passer à travers le gouvernement pour être appliquée sur le terrain. Nous connaissons tous les lenteurs administratives, qui sont un frein extraordinaire à l'application de ces programmes. Ceci revient à dire que, si rien n'est fait pour que cette aide parvienne rapidement aux populations cibles, elles ne feront jamais partie de l'évolution dans laquelle nous voulons voir toutes les populations. Comme l'a dit M. JEMIAI, ce programme du Caire concerne tout le monde, les riches comme les pauvres, les citadins comme les ruraux. Dans mon pays, les ruraux sont bien à l'écart. N'y a-t-il pas moyen de repenser l'orientation de l'aide internationale ? Je ne dis pas

qu'il ne faille pas continuer à travailler avec les gouvernements, mais il faut aussi voir les acteurs locaux directs, les gens impliqués sur le terrain au quotidien et traiter directement avec ces groupes, à l'instar des ONG, des associations que le MFPF a invitées, à l'instar des groupes des parlementaires. Nous avons l'avantage, nous autres parlementaires, de connaître assez bien le terrain pour y avoir été élus par les populations concernées. Nous connaissons leurs problèmes. Je dis bien : en plus de ce qui a besoin d'être fait, ne pourrait-on pas réorienter cette aide ?

Mme LAURANT.- Je vais répondre à la question concernant le travail du Planning Familial avec les femmes migrantes ou avec les représentants des migrants. Je suis présidente nationale de la coordination des 70 associations départementales du planning familial. Toutes nos associations départementales, qui sont dans des départements où il y a un nombre significatif de personnes issues de l'immigration, travaillent avec les personnes migrantes et avec les associations de personnes migrantes. Un très grand nombre d'actions sont menées sur le terrain dans les quartiers et avec les partenaires en question, sur la contraception, l'avortement, les rapports hommes/femmes, la violence, l'éducation, l'exclusion, etc., ce que j'appelle l'approche globale.

M. JEMIAI.- Je voudrais répondre aux questions posées par Madame EVINA et ajouter un commentaire. Concernant la différence entre monde rural et monde urbain, qui est une réalité, c'est au niveau des programmes qu'il faut tenir compte de la manière dont la mise en œuvre des activités doit être faite. Des exemples existent dans beaucoup de pays, qui peuvent servir d'illustration sur la manière de favoriser l'activité dans le monde rural par rapport au monde urbain. L'exemple qui a été cité entre le Niger, la Tunisie et la France est bon. Il est basé sur l'expérience d'équipes mobiles, qui vont dans le monde rural. Il existe donc des solutions pour répondre à cette problématique.

Vous avez également parlé de la lenteur de l'aide internationale et des difficultés à faire arriver rapidement l'argent à la population cible. C'est aussi un problème réel, ainsi que l'acheminement de l'argent à travers les gouver-

nements et non pas directement. En ce qui concerne les organisations internationales, et surtout le Fonds des Nations Unies pour la Population, en tant qu'organisme des Nations Unies, nous ne pouvons que travailler avec les gouvernements. Pour tenter de faciliter l'accès aux ressources très rapidement, nous avons des bureaux dans les pays bénéficiaires, qui disposent de l'argent pour les programmes et le déboursent directement aux managers et aux organismes bénéficiant de ces programmes. L'autre aspect pour faire arriver l'argent le plus rapidement possible aux populations cibles, c'est de soutenir la mise en œuvre des programmes par les ONG. Elles sont moins bureaucratiques et plus proches du terrain. Le FNUAP travaille beaucoup avec les ONG. C'est un partenariat qui existe depuis plus de 20 ans et qui a donné des résultats efficaces dans ce domaine.

Nous travaillons également avec les parlementaires : vous êtes d'ailleurs membre du comité population et développement au Parlement du Cameroun. Un peu partout en Afrique ou ailleurs, ces groupes et comités sont extrêmement importants. Ils sont les leviers de tout ce qui permet une mise en œuvre des programmes et une législation efficace. A l'occasion de la dernière conférence internationale des parlementaires sur la population et le développement à Strasbourg, un appel au financement et particulièrement aux donateurs a été lancé. La réaction depuis Strasbourg est très encourageante pour le FNUAP. Pourquoi ? Parce que nous avons battu le record du nombre de pays qui soutiennent à la fois politiquement et financièrement le programme du Caire et le FNUAP. Près de 170 pays ont exprimé ce soutien à notre organisation. Ceci étant dit, sur le plan financier, il subsiste malheureusement un fossé, une lacune importante. Je voudrais profiter de la présence de Mme QUINCY pour plaider en faveur d'une question fondamentale pour nous et qui, en fait, ne concerne pas seulement la France, mais tous les pays donateurs : le Programme du Caire souffre depuis quelques années d'une compétition due à certaines questions qui ont pris le pas sur la santé de la reproduction en particulier. Je veux parler du SIDA. Le SIDA concentre actuellement les fonds qui viennent des pays donateurs aux dépens de certains programmes tels que le programme de la santé de la reproduction. Il faut une prise de conscience, au niveau des pays donateurs, pour rééquilibrer les choses, d'autant plus que le SIDA fait partie de la santé de la repro-

duction. On a séparé les deux alors qu'il fallait renforcer leur intégration. Je crois que c'est le thème de l'intervention de Steve SINDING demain et il sera certainement plus éloquent que moi pour en parler.

L'autre point essentiel de cette compétition en matière de financement concerne la Déclaration du Millénaire pour le Développement adoptée en 2000 par les Etats. Celle-ci a l'avantage d'avoir des objectifs précis et mesurables. Mais le problème est que, dans ses huit objectifs, l'accès universel à la santé de la reproduction n'est pas visible et n'existe pas. Par conséquent, le Programme du Caire souffrira énormément si une prise de conscience n'a pas lieu, notamment au niveau de la réunion de l'ONU de septembre 2005, et s'il n'y a pas une pression de la part de nous tous, qui sommes intéressés par la santé de la reproduction, pour que cet aspect soit intégré de manière mesurable et réelle dans les Objectifs du millénaire pour le développement. Si cela ne se réalise pas, à mon avis, le verre restera toujours à moitié plein et, à ce moment-là, je dirai qu'il est à moitié vide ! Ce sont vraiment, pour moi, deux questions essentielles. Je voudrais que les donateurs, y compris la France, fassent l'effort de soutenir davantage les programmes de santé de la reproduction parce qu'ils sont vitaux pour le développement et pour les femmes si nous voulons vraiment leur rendre service.

Mme NDIAYE.- Je souhaiterais commenter quelques questions. Je commencerais par là où M. JEMIAI s'est arrêté. Vous savez que la migration n'était visible ni dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement, ni dans les documents stratégiques de réduction de la pauvreté. Il est toujours difficile de rattraper les choses. Je comprends tellement bien le sentiment exprimé par M. JEMIAI car nous aussi nous nous battons pour rendre davantage visibles les aspects positifs de la migration, qui peuvent contribuer au développement.

Tous les pays membres des Nations Unies sont en train d'évaluer des documents stratégiques de réduction de la pauvreté. Il s'agit d'une opportunité pour nous de dire : « Vous allez évaluer les progrès réalisés par les pays en termes d'éducation. Si on peut dire que les migrants de la diaspora peuvent apporter de l'oxygène au système éducatif des pays pauvres, pourquoi ne pas

le mettre dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté ? Si les fonds transférés par les migrants apportent de l'oxygène dans le financement du développement des programmes nationaux, pourquoi ne pas le faire voir dès maintenant dans les documents stratégiques de réduction de la pauvreté ? » Je ne dis pas que nous allons réussir mais nous venons de prendre cette décision à Genève. Nous avons écrit à l'ensemble des chefs d'Etats pour qu'instruction soit donnée à leur ministère en charge des formulations de politique de développement, pour qu'on aille en septembre à New York au sommet de l'ONU donner les résultats de l'évaluation des documents stratégiques de réduction de la pauvreté et dire que la migration peut aider le système éducatif, aider dans le secteur privé, aider dans la gouvernance.

Concernant l'aide publique au développement et les fonds transférés, il y a une polémique qui s'installe de plus en plus. Les ministres de la zone Franc se sont réunis récemment au Bénin pour voir comment le financement du développement pouvait être accéléré dans les pays subsahariens. Qu'ils soient réguliers ou irréguliers, les migrants envoient de l'argent dans leur famille. Le problème est de voir comment mieux organiser ces transferts de fonds pour en réduire les taux. La taxe que les migrants paient, via Western Union par exemple, encourage les migrants à utiliser les secteurs et les transferts informels avec tout ce que cela représente comme risque de perdre l'argent. Si les taxes étaient plus basses, peut-être que l'argent aurait un flux beaucoup plus régulier et serait plus visible de l'autre côté. Les ministres de l'Economie, des Finances et du Plan des pays pauvres qui reçoivent ces fonds transférés par les migrants regardent cet argent en se disant : « C'est de l'argent informel, je vais formaliser cela en mettant une taxe et en l'imposant. » C'est aussi un risque. Les migrants réfléchissent à tout cela et nous disent : « Nous voulons bien envoyer de l'argent par les voies officielles, mais à condition que le ministre de l'Economie et des Finances du Sénégal ne se réveille pas un beau jour en disant : "Monsieur le Président, des impôts nous filent sous le nez ; il faut régler ce problème et taxer l'argent envoyé par les migrants sénégalais". » L'aide publique au développement est certes insuffisante. Mais cette aide, ajoutée à ce que les migrants envoient chez eux, peut permettre d'avoir une assiette beaucoup plus large pour le financement du développement.

Je voudrais terminer par quelques mots sur la comptabilité et la responsabilité de l'aide publique au développement. L'aide publique au développement va au gouvernement, qui est responsable de ces flux d'argent. C'est à lui de définir les priorités. Il est de la responsabilité de l'Etat de répartir les fonds qui entrent dans le pays, là où les besoins sont calculés et connus. Je ne peux être que d'accord pour dire que l'aide publique au développement est de la responsabilité des Etats. Comment faire pour qu'une partie des financements dévolus au pays passent par les ONG ? Vous ne pouvez pas exclure le gouvernement de cela. Ce qui sort des financements dans une région doit être comptabilisé publiquement par l'Etat responsable.

Mme QUINCY.- Je voudrais répondre à M. JEMIAI sur la santé de la reproduction. Nous avons élaboré, dans le cadre de la réforme de la coopération, une stratégie de coopération sur la santé. J'ai regardé ce que nous avons comme indicateurs et comme objectif spécifique pour la réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle. L'objectif spécifique est bien l'amélioration de la santé reproductive, j'ai vérifié. Pour la conciliation entre lutte contre la mortalité maternelle et lutte contre le SIDA, je n'ai pas trouvé dans les documents de notre stratégie la manière dont cela est uni. Je ne doute pas que nous en ayons le concept, mais je ne sais pas comment cela se traduit exactement dans les documents. Mes collègues et moi vérifierons.

Concernant les formes de l'aide, nous appuyons les gouvernements et notre politique de coopération passe de plus en plus par une véritable appropriation de l'aide par les gouvernements locaux eux-mêmes. Lorsque c'est possible - j'insiste là-dessus, car cela ne l'est pas toujours -, nous aidons par le biais d'aides programmes ou d'aides budgétaires. C'est-à-dire des aides qui vont directement dans le budget du gouvernement, soit pour financer sa politique générale, sur la base d'un examen sérieux de cette politique, d'une revue et d'un dialogue entre le pays bénéficiaire et la communauté des donateurs, soit nous faisons des aides programmes, par exemple comme dans la politique de l'éducation au Niger et au Burkina Faso, en ayant travaillé avec le pays pour élaborer cette politique et en ayant un mécanisme de revue et de dialogue sur cette politique et les résultats qu'elle donne. L'aide est affectée en fonction des résultats.

Je mettrai deux bémols à cette manière dont nous travaillons. Premièrement, nous favorisons, dans les pays dans lesquels la Coopération française est investie, les processus de décentralisation, c'est-à-dire la capacité pour un gouvernement de transmettre la responsabilité là où elle doit être exercée, en général au plus proche des populations, ce qui est le plus propice à la lutte contre la pauvreté. La délégation de compétence auprès des collectivités locales et la capacité qu'auront ces collectivités locales à recevoir rapidement l'aide sont des facteurs importants dans la distribution de l'aide. Deuxièmement, mon autre bémol concerne la démocratie. Lorsque nous aidons un gouvernement, à travers le financement d'une politique qu'il a élaborée, nous encourageons et finançons la participation de la société civile à l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique. C'est un trait fort de la politique de coopération française et sur lequel nous voulons insister dans nos mécanismes de coopération. Enfin, nous aidons les gouvernements, mais ils ne sont pas les seuls à être actifs. Il y a les ONG et la manière dont les collectivités sur place se prennent en charge. Je pense aux écoles communautaires, dans les villages où le gouvernement n'a pas pu encore accéder pour mettre en place une école, et à la manière dont les communautés villageoises se mobilisent elles-mêmes pour embaucher un instituteur, le payer et favoriser la scolarisation dans les endroits les plus décentralisés. L'action des ONG étrangères, mais surtout des ONG locales et des communautés locales est absolument essentielle. C'est un vecteur par lequel peut aussi passer une partie de notre aide.

Mme ANDRE. - En matière d'aide, il y a aussi tout l'apport de la coopération décentralisée - des communes, des départements, des régions - qui ont fait le choix de soutenir des actions dans d'autres pays. Nous en connaissons tous beaucoup. Les collègues élus - je suis aussi une élue locale dans mon département -, les élus locaux tiennent énormément à ce type d'action, qu'elle soit pour l'école, l'eau, les développements ou les droits des femmes. J'en ai fait quelquefois l'expérience sur le terrain africain avec les uns ou les autres dans certains pays.

DEUXIEME PARTIE : DROITS DES FEMMES, SANTE SEXUELLE ET LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Santé globale des femmes et féminisation de l'épidémie de VIH/SIDA : intervention de Luc de BERNIS, O.M.S.

Luc de Bernis est gynéco-obstétricien et travaille dans le département « Pour une grossesse à moindre risque » de l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève. Ses sujets de travail les plus importants sont la santé maternelle et néonatale, l'avortement, la santé des femmes, les maladies infectieuses (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose) dans leur relation avec la grossesse.

Il est tout à fait logique de commencer par dresser la scène avant d'aborder les problèmes plus délicats de concepts et ceux complexes qui se posent au niveau du terrain. Il est important de rappeler très brièvement quelques chiffres. C'est la tâche que je vais tenter de réaliser le mieux possible. La Conférence Internationale des Nations Unies sur la Population et le Développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994, a été un événement considérable puisque, pour la première fois, la santé de la reproduction apparaît comme un point central du débat au niveau international. Une année plus tard, à Pékin, lors de la Conférence Internationale sur la Condition de la Femme, le mot sexualité fait son entrée. Ceci peut avoir l'air de rien, mais au niveau international, cela crée une avancée fondamentale. Cinq ans après la réunion du Caire, celle de 1999 a permis de renforcer les acquis du Caire. Même si le mot sexualité n'est pas repris dans les documents du Caire de manière très claire, cette avancée a été confirmée. Des tentatives de remise en cause de ces acquis existent aujourd'hui. De plus, la réunion de 1999 (Caire + 5) a non seulement renforcé ce qui avait été fait en 1994, mais a ajouté le point 63.3, qui est relatif au problème de l'avorte-

ment. Les gouvernements ont convenu que l'avortement représentait un problème de santé publique important, qui ne pouvait être passé sous silence, et ils ont demandé aux Nations Unies et à l'OMS de prendre les mesures nécessaires pour que les pays reçoivent les directives leur permettant de mettre en place des services de santé répondant à leurs besoins. C'est pour répondre à cette requête que l'OMS a publié le document « *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* ». Il faut rappeler ici qu'au sein des Nations Unies, le rôle de l'OMS est d'être le conseiller technique des gouvernements en matière de Santé. L'OMS n'est pas une agence qui monte des programmes. C'est une agence qui travaille de manière très étroite avec l'UNFPA et avec l'UNICEF en particulier, pour donner aux gouvernements les éléments techniques dont ils ont besoin pour développer et mettre en œuvre leurs stratégies et pour assister les gouvernements dans la coordination des partenaires au développement dans le domaine de la santé.

Un autre événement très important est survenu ensuite. A l'orée du Millénaire, 189 chefs de gouvernement se sont fixés ensemble des objectifs pour la réduction de la pauvreté. Point très important et pour la première fois aussi, les problèmes majeurs de santé publique ont été identifiés comme étant liés au développement. A côté d'objectifs concernant l'éducation, la scolarité primaire pour tous et l'égalité des sexes devant l'éducation, la lutte contre la faim, l'environnement et l'hygiène, apparaissent ceux liés directement à la santé : réduction de la mortalité maternelle, réduction de la mortalité infantile, arrêt et, si possible, régression de l'épidémie de SIDA, de la malaria et des autres grandes maladies épidémiques. Les Objectifs du Millénaire sont clairs, chiffrés, avec des dates, des pourcentages. Néanmoins, la santé de la reproduction est absente de ces objectifs de développement, car elle ne peut pas être résumée à la lutte contre la mortalité maternelle. La lutte contre la mortalité maternelle peut être considérée comme un objectif principal pour la santé de la reproduction, sur lequel il faut se battre en priorité, et qui va permettre indirectement des progrès en santé de la reproduction dans son ensemble. Certains considèrent, et c'est la position du Département Santé de la Reproduction et Recherche de l'OMS, qu'il est nécessaire néanmoins de rajouter aux ODM⁸ des objectifs concer-

8 Objectifs de Développement pour le Millénaire

nant la santé de la reproduction. Une réunion s'est tenue à Londres la semaine dernière pour préparer le Sommet de l'ONU de septembre, où il sera peut-être décidé que la santé de la reproduction apparaisse avec un objectif précis. Voilà où nous en sommes pour le débat au niveau international. Je vais donner quelques chiffres sur ce que nous connaissons de la situation, sachant qu'un des problèmes auquel nous sommes confrontés est le manque de données fiables. En effet, beaucoup de données sont incomplètes ou discutables. Moyennant quoi, un gros travail est effectué depuis une dizaine d'années pour que nous soyons de plus en plus confiants dans les données et les estimations dont nous disposons. Plus d'un demi-million de femmes continuent à mourir, chaque année dans le monde, de complications liées à leur grossesse. Ce chiffre global n'a pas diminué depuis environ 20 ans. Parmi ce demi-million de décès maternels par an, environ 70 000 sont liés à des problèmes d'avortement. 99 % des femmes qui meurent d'une complication liée à leur grossesse vivaient dans les pays en développement et 1 % dans un pays riche. L'indicateur de santé maternelle a été identifié depuis très longtemps, par exemple par le Programme de Développement des Nations Unies, comme un de ceux qui montrent le mieux la différence entre les pays riches et les pays pauvres. Quand vous voulez montrer qu'un système de santé ne fonctionne pas, est inexistant, inaccessible, de mauvaise qualité, vous analysez les indicateurs en santé maternelle afin de mesurer ce à quoi les populations ont à faire face. Là-dessus, il faut ajouter le décès de 10 millions d'enfants, dont 4 millions meurent durant le premier mois de vie, donc des décès très liés aux conditions de la grossesse et de l'accouchement. Nous avons ici la dyade mère/nouveau-né qui est capitale, car les actions qui vont être menées pour les mères vont bien entendu bénéficier aussi aux nouveau-nés. Il faut - c'est maintenant de plus en plus reconnu et c'est un débat très important au niveau international - que le nouveau-né ne disparaisse pas entre deux programmes de santé, celui des enfants et celui des mères. Un gros effort est donc fait pour identifier les stratégies propres à la santé du nouveau-né.

Concernant le SIDA: 5 millions de nouveaux cas par an, 40 millions de personnes dans le monde qui vivent avec le SIDA. Le chiffre de 5 millions est une statistique de l'année 2002. Le rapport annuel de l'ONUSIDA 2004 donne

4,9 millions. Donc l'épidémie progresse. Certains pays ont atteint en Afrique, dans toute la couronne des pays proches de l'Afrique du Sud, des taux effrayants : 30 % à 40 % de la population sont touchés par l'épidémie du SIDA, avec les conséquences dramatiques sur le développement, avec des tranches d'âge qui disparaissent, les jeunes en particulier, donc des enseignants, des médecins, etc. Si on ajoute à ce tableau les maladies sexuellement transmissibles, 20 % du poids des maladies que subissent les femmes dans le monde sont liés à des problèmes de santé de la reproduction. Ceux-ci représentent donc un problème de santé publique majeur ayant un impact sur le développement socio-économique des pays.

Nous allons revenir rapidement sur certains chiffres : 1 % des décès maternels surviennent dans les pays riches et 99 % dans les pays pauvres. L'Afrique subsaharienne, qui comprend 10 % de la population mondiale, concentre 45% des décès maternels. En France, nous sommes à peu près à 8 décès pour 100 000 naissances vivantes ; dans certains pays africains, le ratio est de plus de 1 000 pour 100 000 naissances vivantes, ce qui était le cas de l'Europe voici 200 ans à peu près. Certains pays ont fait des progrès considérables, davantage en Asie qu'en Afrique, mais d'autres ont vu leurs indicateurs de santé s'aggraver, particulièrement du fait de conflits. Un tiers des pays africains sont dans des situations de crises politiques, de crises liées à des conflits, situations qui empêchent d'établir et de maintenir des systèmes de santé fonctionnels permettant aux femmes de résoudre leurs problèmes. Quand on parle de mortalité maternelle, il ne faut pas oublier que, si un demi-million de femmes meurt chaque année, quinze à vingt fois plus subissent des séquelles liées à des complications dues à la grossesse et à l'accouchement. Hier, nous parlions de la fistule obstétricale. Cette complication survient chez une femme ayant, pendant plusieurs jours, un travail d'accouchement qui ne peut aboutir du fait que, mécaniquement, l'accouchement est impossible. Pendant trois ou quatre jours, cette femme subit une violence indescriptible, n'ayant pas accès au moindre service de santé pouvant résoudre cela. Par conséquent, la tête fœtale appuie pendant tout ce temps sur ses tissus à travers la paroi vaginale, atteignant la vessie en avant et le rectum en arrière. Le fœtus décède in utero. Si cette femme survit, beaucoup d'autres meurent de rupture utérine. Celles qui ont la chance

d'être jeunes, de résister, se retrouvent néanmoins dans une situation épouvantable, ne contrôlant plus leurs urines, et parfois plus leurs selles non plus. Elles sont en général immédiatement rejetées, malgré les systèmes de solidarité et la solidité de la famille en Afrique. Elles deviennent des parias, les plus pauvres des pauvres. La césarienne permet l'accouchement et la prévention de la fistule.

L'UNFPA a lancé, avec d'autres organisations dont l'OMS, une campagne mondiale pour arrêter les fistules. La France est active dans ce domaine. Le rôle de l'OMS, au sein de cette campagne, est de publier les directives techniques qui sont nécessaires aux pays pour établir des stratégies efficaces pour prévenir et traiter les fistules obstétricales. Car celles-ci peuvent être traitées lorsque les services nécessaires sont en place et accessibles. Il faut les prévenir et nous savons parfaitement ce qu'il faut faire. Nous n'en sommes pas, en santé maternelle, à chercher des solutions inexistantes ou des médicaments nouveaux. Pour traiter les fistules obstétricales il faut former des chirurgiens, un nombre relativement faible, qui soient capables de prendre en charge ces femmes. Il faut aussi recueillir de l'argent parce que ces femmes sont incapables de payer des traitements, pas extraordinairement chers mais totalement inaccessibles pour elles sur le plan financier. Il faut mettre en place ces systèmes et des progrès sont en cours. Il est inacceptable de penser que des femmes subissent encore aujourd'hui ce genre de situation. Mais travailler sur la question de la fistule obstétricale permet aussi de travailler avec les gouvernements et les communautés sur l'ensemble de la problématique de santé des femmes : la contraception et l'espacement des naissances, l'accès aux soins, les maladies sexuellement transmissibles, etc.

Autre enjeu : le problème des adolescents doit retenir notre attention de manière indiscutable. Les adolescents représentent maintenant la moitié de la population dans un certain nombre de pays en développement. Ils n'ont pas accès au minimum d'éducation et, bien entendu, au système de santé, particulièrement en santé de la reproduction. Ils ne reçoivent pas d'éducation et d'information en matière sexuelle, qui leur permettrait de se protéger. De plus, les adolescents sont victimes d'un certain nombre de pratiques : violence, mariage forcé, initiation sexuelle précoce, etc. Les jeunes filles sont beaucoup

plus souvent victimes - avec un risque multiplié par trois à six - que les jeunes hommes, particulièrement pour l'infection par le VIH et les maladies sexuellement transmissibles. Il faut ajouter la grossesse et les complications de l'avortement dans beaucoup d'endroits où celui-ci n'est pas accessible de manière légale pour les jeunes femmes. En Afrique, 4,2 millions de décès sont dus à des conditions d'avortement pratiqué de manière non seulement illégale mais totalement inacceptable sur le plan de la santé publique. Dans certains pays dans lesquels nous travaillons, comme la Moldavie, l'avortement est légal. En Moldavie, pourtant, il représente la première cause de décès maternel. Il ne suffit pas de voter une loi, il faut aussi que les services de santé soient capables de produire des soins de manière correcte. Avortement et adolescents, voyons les chiffres : Afrique subsaharienne, 60 %. On ne peut pas ne pas se focaliser sur les problèmes de l'adolescence. C'est un problème sérieux parce qu'on ne sait finalement pas très bien ce qu'il faut faire. On sait que c'est un problème majeur qui touche à l'éducation, à la famille, à la santé, mais c'est beaucoup plus large. On ne sait pas s'il faut faire des services spéciaux pour les adolescents ; on en est à la recherche. Toutes les initiatives dans ce domaine sont importantes. Beaucoup de communautés travaillent déjà sur ces questions, il faut arriver à avancer.

Quelques chiffres encore : les maladies sexuellement transmissibles. Ces maladies sexuellement transmissibles font le lit d'infections beaucoup plus graves, en particulier celle due au VIH. Des chiffres terribles : Asie du Sud-Est 151 millions, Afrique subsaharienne 69 millions. S'agissant du VIH/SIDA, le dernier rapport de l'ONUSIDA donnait 4,9 millions de nouveaux cas en 2004. Les chiffres de 2000 étaient déjà de 5 millions, cela n'a donc pas beaucoup bougé. Regardez les chiffres : Afrique subsaharienne 3,5 millions de nouveaux cas, 10 % de la population mondiale qui supportent 70 % du fardeau de l'épidémie. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire beaucoup plus de commentaires. Les adultes infectés par le VIH sont maintenant en majorité des femmes, particulièrement en Afrique subsaharienne. Là où la transmission est hétérosexuelle, les femmes sont largement plus victimes que les hommes. En Afrique sub-saharienne, entre 6 % et 11 % des jeunes femmes de 15-24 ans vivent avec le VIH, 57 % des adultes infectés sont des

femmes mais 76 % chez les jeunes (15-24 ans). Dans une récente enquête en Ouganda, le risque est entre trois et six fois supérieur pour les jeunes adolescentes d'être contaminées par le VIH par rapport aux adolescents. La plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection est biologique et sociale. Si ce n'était que biologique, cette vulnérabilité serait peu différente. Elle est aussi sociale et les femmes n'ont pas les moyens de prendre les décisions en rapport avec leur propre santé et leur sexualité. Le manque de connaissance, particulièrement pour les adolescents, mais c'est vrai pour toutes les tranches de population, est un problème majeur. Les femmes victimes de l'épidémie demandent un soutien très particulier. Les conséquences pour les femmes en termes de problèmes spécifiques de grossesse, de stérilité et de vie ne sont pas les mêmes que pour le reste de la population.

Un des défis principaux est que les taux de fécondité dans les pays en développement restent très élevés. Un progrès s'est fait jour sur l'accès à la contraception qui a quand même sérieusement augmenté dans les pays en développement. Mais cela reste néanmoins un problème majeur. Les populations les plus pauvres et les populations rurales n'ont pas accès aux services de planning familial. Très récemment, en Afrique, une conférence importante a eu lieu pour repositionner le planning familial, parce que les investissements ont stagné ou baissé dans ce domaine auquel il faut redonner sa place.

Vous connaissez les obstacles au progrès : l'inégalité entre les sexes et la discrimination, la violence contre les femmes, domaines sur lesquels beaucoup de travaux de recherche permettent d'avoir plus de connaissances aujourd'hui. Cependant un énorme travail reste à réaliser dans ces domaines. Parce que les femmes sont victimes de violence, elles sont donc davantage victimes d'épidémies comme celle du VIH/SIDA, de manque de soins, et elles subissent seules les problèmes relatifs à l'avortement et à l'accouchement. Mais un problème très intéressant et important se pose également : les femmes infectées par le VIH vivent plus souvent dans des milieux de violence et on se demande quelle est la part de la connaissance du statut infectieux dans la création de situations de violence pour les femmes. La violence qu'elles subissent fait qu'elles sont plus souvent infectées et, en plus, dans

les couples, le fait d'être infecté crée la violence lorsqu'elle n'existait pas. Elles subissent cette violence de plein fouet encore aggravée du fait qu'elles sont souvent mises à l'écart de la famille. La pauvreté est le substrat sur lequel perdurent les coutumes et pratiques dont sont victimes les femmes: mutilations sexuelles, initiation sexuelle précoce, rapports sexuels forcés et mariages précoces.

La faiblesse des systèmes de santé est une préoccupation majeure de l'OMS. Nous pouvons en parler rapidement. La baisse de l'aide au développement a été abordée hier ; Mme NDIAYE est là, elle sait de quoi elle parle. Malgré ce que j'ai lu dans Le Monde voici deux jours, où il était noté que l'aide au développement avait augmenté, surtout par des annulations de dette, l'aide au développement n'augmente pas. La France doit faire des efforts et montrer l'exemple dans ce domaine. Les législations inadaptées ont été abordées hier. Sans des lois pour appuyer les actions sur le terrain, il est très difficile d'avancer. Le travail avec les parlementaires est très important. Dans certains pays, tel que le Mali par exemple, c'est presque toute la population, et pas uniquement les plus pauvres, qui ne peut avoir accès à des soins de santé. Même si le Mali a fait d'énormes efforts pour créer des centres à base communautaire, le problème de l'accès financier aux soins est majeur. La Banque Mondiale revoit actuellement ses stratégies. Le recouvrement des coûts est largement rediscuté, en tout cas pour la santé des mères et des enfants. Le Gouvernement de Tanzanie, à l'occasion de la Journée Mondiale de la santé - qui a été marquée par le lancement du Rapport Mondial sur la santé dans le monde consacré cette année à la santé des mères et des enfants - a décidé que tous les soins pour les mères et les enfants devaient définitivement gratuits à partir du 7 avril. C'est ce genre d'initiative qu'il faut pouvoir prendre dans les pays pour avancer. La scolarisation n'est pas mon domaine, mais je le mets en premier, parce que sans scolarisation et sans égalité des sexes dans la scolarisation, les problèmes de santé ne sont pas non plus résolus.

Le rôle de l'OMS consiste à essayer de donner aux pays les appuis, les connaissances et les données qui sont nécessaires afin de faire les bons choix, en particulier en matière de santé de la reproduction. La stratégie de

Santé de la Reproduction de l'OMS a été votée par l'Assemblée mondiale en 2004, avec le soutien d'un nombre important de pays en développement et de pays européens. Cette stratégie, qui est à votre disposition dans la salle, aide les gouvernements à travailler dans ce domaine. En santé maternelle, on sait ce qu'il faut faire puisque des pays, y compris des pays en développement ou émergents, ont réduit de manière très substantielle leur taux de mortalité maternelle et néonatale : en particulier, il faut donner accès à chaque femme à un professionnel qualifié. On ne peut plus se contenter de former des matrones traditionnelles, sachant que cela ne résout pas le problème de la mortalité maternelle. Quand une femme saigne ou qu'elle ne peut pas accoucher, elle doit absolument avoir accès à un professionnel.

Les pays sont longs à se laisser convaincre. Pourquoi ? Parce que c'est un défi énorme pour des pays en développement, à qui le FMI⁹ a interdit pendant des années d'investir dans les services publics, que de développer, construire les ressources humaines permettant à chaque femme enceinte d'avoir accès à une sage-femme ou à un équivalent. Il faut travailler avec les gouvernements mais ils doivent aussi recevoir les appuis nécessaires. Le Malawi perd chaque année la moitié de ses professionnels de santé qui vont travailler en Angleterre ou dans des pays plus riches. Cela veut dire que le Malawi, comme beaucoup de pays en développement, a réussi à créer des ressources humaines de qualité, puisqu'on se les arrache et qu'elles peuvent aller travailler dans les pays riches, mais qu'il n'est pas capable de mettre en place les ressources qui vont permettre de retenir ces personnels ; c'est pourquoi il les perd. Cela va arriver dans les pays francophones : la France a besoin de ressources humaines ; on va se retrouver devant les mêmes problèmes en Afrique francophone.

La lutte contre le VIH/SIDA passe très clairement par la prise en compte du problème de genre, maintenant au centre des stratégies. Ce n'est pas un problème technique, c'est un problème social, de prévention, sur lequel il faut travailler pour le changement des structures même de la société si on veut réussir. C'est donc bien l'aspect genre qui doit être central. Il faut aussi qu'aucune erreur ne soit faite. On a focalisé entièrement les actions chez les femmes enceintes infectées sur la transmission mère-enfant du VIH.

9 Fonds Monétaire International

Heureusement, depuis quelques années, la mère a été replacée au centre de la prise en charge: PTME + (Prévention de la transmission mère-enfant +), le « plus » étant la mère. Elle doit avoir accès aux soins et aux anti-rétroviraux, si son état le nécessite.

Au moins trois départements de l'OMS travaillent sur les questions relatives à notre débat de ces deux jours. Le département « Santé de la reproduction et Recherche » (RHR) travaille sur les problèmes de l'avortement, des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, du planning familial, en particulier le contraceptif féminin et les microbicides sur lesquels reposent beaucoup d'espoir actuellement car ils sont à la fois contraceptifs et préviennent la transmission du VIH, sur l'égalité et sur les droits. Le département « Genre et Santé de la Femme » (GWH) travaille sur la santé des femmes et beaucoup sur la violence. Enfin, un département vient d'être créé ; il s'appelle « Pour une grossesse à moindre risque » (MPS) et focalise son action sur la santé des mères et des nouveau-nés. L'OMS, dans toutes les régions du monde, donne un cours sur « Genre et droits en santé de la reproduction ». Ce cours existe en français, il est à la disposition des organisations non gouvernementales et des gouvernements. Enfin, l'OMS travaille avec les gouvernements pour les aider à faire leurs rapports d'analyse sur les progrès par rapport aux conventions internationales qu'ils ont signées. Mes collègues sont en ce moment au Brésil pour terminer de tester cet outil qui permettra aux gouvernements de revoir leur législation dans tous les domaines concernant la santé des femmes, des mères, etc., et de faire des rapports sur les progrès, c'est-à-dire de pointer du doigt les problèmes et les barrières restant à renverser, si nous voulons avancer.

M. DATTA.- Merci, Luc, de cette présentation. Je crois que c'était très intéressant, extrêmement retentissant pour les débats de ce matin. J'aimerais soulever quelques points. Premièrement, nous devrions garder, à mon avis, un élément à l'esprit quand nous réfléchissons à cette présentation. Tu nous as expliqué que la situation dans certains pays d'Afrique subsaharienne, en termes de mortalité maternelle, était semblable à l'Europe voici 200 ans. Cela veut dire, pour nous, en France, que la situation aujourd'hui dans beaucoup de pays africains est semblable à ce qu'elle était en France juste après

Napoléon ! Il faut quand même garder cela en tête. Deuxièmement, il n'y a pas eu de progrès majeurs en termes de réduction de la mortalité maternelle en 20 ans ! Nous avons loué les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Programme d'action du Caire hier, mais nous constatons qu'il y reste beaucoup de choses à faire. Troisièmement, cela a été évoqué hier et dans ta présentation, ces questions dépendent essentiellement d'une volonté politique qui doit s'exprimer. Nous avons l'occasion d'avoir des parlementaires du Nord et du Sud, des bailleurs de fonds et des pays bénéficiaires de l'aide internationale, il est important de réfléchir au type de stratégie qui pourrait être menée pour faire enfin des progrès.

Les facteurs spécifiques de vulnérabilité des femmes : intervention de Carine Favier, MFPP

Madame Favier est médecin en centre d'orthogénie depuis 1988 et médecin clinicien en maladies infectieuses et tropicales au CHU de Montpellier depuis 1991. Membre du bureau national du MFPP en charge du dossier « femmes et VIH » et coordinatrice du programme de réduction des risques sexuels en direction des femmes.

Le Mouvement Français pour le Planning Familial est un mouvement politique qui s'affirme sur la question du droit des femmes ; c'est aussi un mouvement de terrain. C'est sous cet angle que je vais témoigner de notre expérience, de notre travail, au Nord comme au Sud, avec nos partenaires qui sont ici présentes et que nous pourrons entendre cet après-midi. Je voudrais en préalable revenir sur le titre de mon intervention : « vulnérabilité ». Ce mot ne me plaît pas. Dans la définition de « vulnérabilité », il y a « blessé, faible, défectueux ». Je ne vois pas les femmes de cette façon ! Je vous proposerais donc de dire que les femmes sont en « situation de vulnérabilité », ou encore « exposées aux risques ». Nous abordions juste avant le début de la réunion la question des termes : santé génésique, santé reproductive, etc. Ces termes ne nous plaisent pas trop. Nous préférons des termes à caractère plus général, « santé sexuelle », « santé des femmes », « droits des femmes », quelque chose qui fasse davantage écho à la globalité des problèmes.

Ceci étant dit, il est vrai que les femmes sont dans une situation difficile : selon le rapport de l'ONUSIDA, il y a quatre à huit fois plus de risques pour une femme d'être contaminée - pour une série de facteurs que nous allons aborder tout de suite - et avec, dans certaines régions, jusqu'à un tiers des jeunes filles séropositives. On a du mal à penser l'épidémie en termes de genre, à dire que l'épidémie, la prévention, la prise en charge ne sont pas la même chose si on est un homme ou une femme, au Nord comme au Sud d'ailleurs. Au Nord, les femmes séropositives n'existaient pas jusqu'à récemment. Il a fallu attendre 1997 pour que la Division SIDA de la Direction Générale de la Santé organise un colloque sur les femmes et le SIDA. Nous n'avons quasiment aucune brochure qui traite de la question des femmes et du SIDA,

hormis un petit fascicule, tout le temps en rupture de stock, ce qui rend difficile l'action auprès des femmes. Au Sud, nos partenaires nous ont dit que les femmes avaient souffert au départ d'être considérées comme origine et vecteur de la contamination. On s'occupait assez peu de savoir si elles étaient des personnes séropositives, si elles avaient besoin de soins ; elles étaient considérées comme celles qui transmettaient le SIDA, comme « sexe à risque ». C'est un grand facteur de discrimination et d'exclusion. Elles avaient peur de se faire dépister et de savoir qu'elles étaient séropositives, parce qu'elles savaient qu'elles allaient être considérées comme « celles qui avaient transmis », même si la réalité est tout autre.

Les programmes de prévention parlent peu, en général, des facteurs sociaux et des rapports de domination s'exerçant entre les sexes. Les propos de Luc de Bernis de l'OMS ont montré un changement de vision. Mais moi qui suis dans le monde du SIDA comme médecin infectiologue depuis 1990 et en se référant également aux conférences internationales, je peux dire que la question de la place des femmes a tardé à venir, en particulier concernant la façon de prendre en compte la prévention et la prise en charge « au féminin ». Au début, les campagnes ont été principalement ciblées sur : « Sortez couvert. Mettez un préservatif. Protégez-vous. ». On a pu constater, et tous les acteurs de prévention réfléchissent aujourd'hui sur ce fait, que l'injonction était assez peu efficace et qu'il fallait trouver d'autres méthodes pour faire changer les comportements. Ces injonctions rappellent les affiches en France qui disaient : « Le préservatif, c'est facile ». Non, le préservatif, ce n'est pas facile ! Celui qui ne sait pas l'utiliser a l'air stupide et se sent ridicule. Quand on dit : « Oui, c'est difficile, mais il y a des moyens pour progresser et pour faire avancer les choses », alors là, si on ne sait pas s'en servir, on se dit : « Peut-être que moi aussi, je peux progresser ». C'est très important. La prévention est un investissement financier et une mobilisation des énergies qui, malgré les efforts des acteurs de terrain, a abouti à des façons de travailler inopérantes, en particulier pour les femmes qui, en général, avaient assez peu la maîtrise de l'utilisation du préservatif. Mesdames, quand on vous disait : « Il faut sortir couvert », vous n'aviez pas beaucoup de moyens de faire appliquer cette injonction !

Nous avons quelques récriminations concernant la recherche, qui ne s'investit pas assez dans les moyens de prévention pour les femmes. Le préservatif féminin n'a pas beaucoup progressé ni changé. L'évolution du préservatif masculin montre nombre de « variations sur le thème ». Les femmes en ont un seul et il est très important, pas excellent, mais on pourrait peut-être l'améliorer. Par ailleurs, il existe une voie de recherche très importante pour les femmes : les microbicides. Nous menons une campagne en ce moment au Planning, avec d'autres associations – Sida Info Services, Aides, Act Up et le Kiosque - en direction des gouvernements et des laboratoires, pour qu'il y ait un renforcement de la recherche sur les microbicides. Actuellement, six ou sept produits sont en début de phase 3, c'est-à-dire à l'étude de l'efficacité et de la tolérance. Nous avons quelques soucis avec ces essais, en particulier pour les personnes du Cameroun ; certains essais ont été faits dans des conditions d'éthique douteuses et ont dû être arrêtés par le ministère de la Santé. Nous avons un certain nombre de revendications sur le développement d'essais, qui se font principalement au Sud, pour qu'ils se déroulent dans des conditions d'éthique irréprochables, comme celles mises en place pour les vaccins. Sur la transmission mère-enfant, il a d'abord été question de l'enfant, y compris pour les chercheurs français qui ont fait des essais dans les pays du Sud. On s'occupait du traitement pendant la grossesse pour prévenir la contamination de l'enfant et après l'accouchement, la mère repartait sans traitement. Aujourd'hui, nous ne pouvons plus admettre que les essais ne prennent pas en compte le traitement de la mère après l'accouchement. Il est bien beau de mettre un enfant au monde, mais si la mère décède peu après du SIDA parce qu'elle n'a pas eu accès au traitement, c'est vraiment un scandale. Il y a un progrès actuellement puisque tous les essais doivent prendre en charge la mère et l'enfant.

Un changement est amorcé - avec des réserves ! Maintenant, les interventions que l'on peut entendre dans les conférences internationales montrent qu'il n'est plus question de parler de la problématique VIH/SIDA sans parler du statut socio-économique défavorable des femmes, des violences, qui sont un facteur de baisse d'estime de soi et d'exposition aux autres risques ; une liste de recherches vient d'ailleurs d'être proposée sur l'interaction SIDA/violence. Cela a changé en tout cas dans les discours. Le secrétaire général de

l'ONU, Kofi ANNAN, en séance inaugurale de la dernière Conférence mondiale sur le SIDA à Bangkok, confirmait : « Le leadership vient de l'intérieur de la famille. Le leadership vient des pères, des maris, des fils et des oncles qui soutiennent les droits des femmes. Le leadership signifie la libération des hommes de certains stéréotypes culturels et attentes dans lesquels ils peuvent rester bloqués. La croyance selon laquelle *les hommes qui ne montrent pas à leur femme qui est le patron à la maison ne sont pas des vrais hommes et que le fait de devenir un homme quand on a 13 ans veut dire avoir une relation sexuelle avec une prostituée* doit être abandonnée. » Cela nous paraît évident. Que ce soit une des cibles centrales de la séance inaugurale de la Conférence mondiale sur le SIDA n'est pas indifférent. Les conférences ont longtemps souffert de traiter la question des femmes et du SIDA dans la deuxième pièce à droite au fond, dans une séance parallèle ! Elles n'étaient jamais le centre des préoccupations.

Quand on parle sur le terrain avec les femmes, elles identifient rapidement les risques et les disent à leur manière : « On n'a pas accès à l'information et aux services de soins ; on n'a pas d'argent ; on n'a pas d'autorisation ; on n'a pas de moyens de prévention qu'on maîtriserait ; on est soumise au bon vouloir des hommes quant à la protection des relations ; on est dépendante financièrement ; on manque de droits, on a peur de subir des violences si on ne remplit pas le rôle attendu ». Le Planning familial anime, en partenariat avec la Direction générale de la santé du ministère de la Santé, un programme qui s'appelle « Programme de réduction des risques sexuels ». Il aborde la question de la santé des femmes sous un angle global, en évitant justement de traiter d'un côté la procréation, d'un autre la violence, d'un troisième le SIDA... Les femmes sont confrontées dans leur vie à un certain nombre de problèmes, en particulier autour de la sexualité. L'objectif du programme est d'aborder l'ensemble de ces questions, car c'est une dynamique globale, les femmes le vivent de cette manière et cela se présente ainsi dans la réalité. C'est toujours un peu compliqué de vouloir faire « du transversal » car les financements sont sur des lignes budgétaires différentes. Mais cela nous a semblé correspondre aux besoins. A travers ce programme, nous nous sommes rendus compte que, si les femmes identifient rapidement les risques, elles ne savent pas en revanche qu'elles sont plus exposées du fait de

leur anatomie. Elles ne connaissent pas leur corps. Lorsque nous faisons des dessins d'anatomie, elles disaient : « On est faite comme cela, mais ce n'est pas possible ! » Il faut mesurer, y compris au Nord, que les femmes ne savent pas comment elles sont faites. On n'en parle pas. D'ailleurs, quand on voit les difficultés des acteurs de prévention à faire la promotion du préservatif féminin, cela nous fait rire, car c'est aussi cela qui est en jeu ! Quand on parle du préservatif féminin, on parle de l'anatomie, du sexe des femmes et cela gêne. Les personnes sont en difficulté pour en faire la promotion parce qu'elles ne peuvent pas parler de la sexualité et du sexe des femmes. Souvent, les femmes ne savent pas que le vagin est une muqueuse d'une grande superficie et que le sperme, très concentré en virus, y reste longtemps après le rapport sexuel, ce qui augmente beaucoup le risque de transmission. Elles ne connaissent pas non plus, faute d'accès aux moyens de suivi gynécologique, le rôle des infections sexuellement transmissibles, en particulier de l'herpès, dans la transmission du virus, la question de l'immatrité du col chez les jeunes filles, les risques après un accouchement ou à la ménopause, quand la muqueuse est plus sèche et plus fragile.

Actuellement, quand nous voyons les chiffres, l'absence de recul de l'épidémie malgré l'investissement dans la prévention, nous considérons que nous sommes en échec. Il faut se poser des questions. Nous ne pouvons pas continuer à penser qu'en faisant des campagnes de prévention, nous y arriverons. L'épidémie ne recule pas, ni au Nord, ni au Sud. Au Sud, c'est dramatique ; au Nord, on est encore loin de ce qu'on pourrait faire. L'information sur le risque sexuel reste insuffisante. Dans certaines régions les plus durement touchées, en périphérie de l'Afrique du Sud, plus de la moitié des jeunes filles de 15 à 19 ans n'ont jamais entendu parler du SIDA ou ne connaissent pas les modes de transmission. La parole autour de la sexualité est difficile. Le SIDA provoque une destruction des familles et les jeunes filles quittent l'école précocement. Dans les pays du Sud, 90 % des malades sont pris en charge à la maison. Ce qui signifie que ce sont les femmes qui s'occupent des malades. Du coup, les jeunes filles sont souvent retirées de l'école pour aider leur mère à s'occuper des malades de la famille. Elles perdent ainsi la possibilité d'accéder à l'information. Nous avons constaté, dans des études, que les filles qui restent à l'école plus longtemps retardent le moment de

leur première expérience sexuelle, évitant ainsi les risques que nous connaissons sur les liens entre relations précoces et transmission du SIDA, accompagnées de grossesses précoces. Elles en savent davantage sur la prévention du VIH, elles utilisent davantage le préservatif et connaissent le test. Une étude au Kenya montrait que le fait de prolonger la scolarisation d'un an faisait plus baisser la transmission du VIH que les campagnes de prévention. Quand l'OMS s'attache à la scolarisation, c'est normal ! Les campagnes doivent jouer sur tous les facteurs pour réussir.

La diffusion d'informations inadaptées me fâche beaucoup ! Les programmes « abstinence, fidélité, préservatif » sont inopérants pour les femmes qui ne peuvent pas, dans la majorité des cas, les appliquer. L'abstinence revient à refuser un rapport. Vous savez comme c'est facile dans un couple, tout comme d'imposer le port de préservatif. Quant à la fidélité, la sienne et celle de son partenaire, c'est une chose qui paraît assez difficile à garantir. C'est un peu se donner bonne conscience que de faire des campagnes dont on sait que les personnes qui ont le plus de risques aujourd'hui d'être contaminées n'ont pas de maîtrise. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas les faire, cela veut dire qu'il faut faire autre chose à côté. Ce n'est pas suffisant et pas opérant pour les femmes. Cela peut être plus efficace en direction des hommes. Les programmes qui font la promotion du préservatif sans aborder la question des modèles masculin/féminin et des rapports de domination ne permettent pas aux femmes de renforcer leurs compétences indispensables pour mieux se protéger. Quand nous faisons des groupes de parole avec des femmes, elles disent au départ : « Je ne peux pas demander le préservatif. » C'est tout un travail d'élaboration sur : « Est-ce que j'ai une valeur ? Quelle est ma valeur et mon rôle dans la société et la famille ? » qui va permettre qu'on ait le courage de dire : « On va quand même le demander et trouver des moyens pour obtenir quelque chose. » Ce n'est pas sur le fait d'utiliser le préservatif que les femmes vont bouger, mais sur le fait de dire : « Vous avez de la valeur, vous êtes importantes, vous êtes des mères, des femmes, des citoyennes, vous avez un rôle social. » C'est ce qui peut les aider à se dire : « Je vais franchir les tabous et ce qu'on me dit, comme "on ne peut pas parler de préservatif parce que le partenaire ne voudra pas", etc. ». Même si les choses bougent un tout petit peu, c'est déjà pas mal car cela

entre dans une dynamique qui peut amener la société à changer. Dans quel-que pays que ce soit, les sociétés ne sont pas bloquées, elles évoluent. Des femmes font des choses extraordinaires dans certaines associations des pays du Sud. Dans les actions avec nos partenaires du Sud, nous étions éblouis des capacités d'innovation. Nous avons partagé avec elles une façon de travailler, elles ont inventé des choses impossibles, comme aller chercher les femmes au marché, faire un groupe de parole sous le manguier, etc. Il faut que les acteurs institutionnels et politiques appuient le mouvement des femmes qui veulent faire bouger les choses. Quand nous travaillons sur le terrain, nous voyons ce mouvement, nous le sentons. Nous sommes témoins de capacités d'innovation, de détourner les systèmes en disant : « Moi, je ne peux pas parler à ma fille ; toi qui es ma copine, tu vas aller lui parler de sexualité. » Il faut avoir plus confiance dans les capacités des femmes sur le terrain. Je pense que les acteurs, qui sont dans des situations de pouvoir, doivent relayer toutes ces expériences et ces témoignages.

La promotion du préservatif féminin et son accessibilité souffrent d'une discrétion certaine. Il est vrai qu'il y a des réticences, surtout de la part de ceux qui n'en ont pas besoin. Quand les femmes en ont vraiment besoin, elles trouvent que cet outil peut être intéressant. Il doit être à disposition. Un de mes confrères a eu le toupet de dire, sur France Inter, que les femmes n'aimaient pas le préservatif féminin. De quoi je me mêle ! Dire cela quand nous, nous essayons de faire bouger les choses sur le terrain, de faire en sorte que les coûts baissent, qu'ils soient plus accessibles, quand des campagnes sont pilotées par Sida Info Services pour l'accessibilité dans les pharmacies, etc., et que, face à cela, nous entendons des discours de médecins qui sont la référence de la lutte contre le SIDA : « Les femmes n'aiment pas cela », eh bien, non ! Il y a des femmes qui aiment le préservatif féminin parce que c'est leur survie qui est en jeu, leur garantie contre la contamination. On n'a pas le droit d'avoir de tels propos. La responsabilité en est trop importante.

Il y a aussi la question de la discrimination, de la stigmatisation au Nord comme au Sud, qui est plus forte à l'égard des femmes. Le cliché des *femmes séropositives qui sont des femmes de mauvaise vie* a la vie dure. Nous

venons de tenir les deuxièmes états généraux « Femmes et SIDA » en France, où la parole des femmes séropositives occupent une place centrale. Avez-vous remarqué l'absence de représentation des femmes séropositives sur le terrain de la lutte contre le SIDA ? Elles ont du mal à s'exprimer. Lors d'un atelier avec les femmes séropositives, nous avons eu un débat : « Si je passe à la télé ou si je suis dans le journal, que vont dire mes enfants ? Toute l'école va dire : ta mère, c'est une salope ou une putain. » C'est l'image qu'on leur renvoie qui alimente l'invisibilité de ces femmes. Il faut reconnaître que nos sœurs des pays du Sud ont eu peut-être plus de courage. Il existe en effet beaucoup d'associations de femmes séropositives au Sud, les femmes se sont affichées, ont revendiqué : « Nous sommes séropositives et nous avons droit au respect, aux soins. » Il subsiste une grande souffrance des femmes séropositives en France qui n'ont pas encore réussi à passer ce cap. Elles s'interrogent : « Il faut qu'on s'exprime publiquement parce qu'on est une partie invisible de l'épidémie ».

Concernant le lien entre pauvreté et SIDA, le docteur de BERNIS en a déjà parlé. Je voudrais ajouter la question de l'absence de droit sur la propriété, de droit à l'héritage qui met les femmes en grand danger de se retrouver sans ressources et à la rue en cas de disparition du mari. Dans beaucoup de pays, les femmes n'ont aucun accès à ces droits. Un travail est à effectuer au niveau du droit pour protéger les femmes et les aider. Si on a peur d'être contaminé, on ne va pas aller se faire dépister si on sait qu'à la sortie on se retrouve à la rue. D'un autre côté, les femmes prennent en charge les malades du SIDA et délaissent les activités productives ; ainsi, elles s'appauvrissent et se retrouvent fragilisées. Des enquêtes ont été réalisées sur la perte de revenus que le SIDA a entraîné pour les femmes, parce qu'elles délaissent les activités productives pour s'occuper des malades. Nous savons aussi que certaines femmes en situation de précarité sont amenées à vendre des services sexuels en prenant des risques importants de contamination et de violence. Au Nord, la situation est beaucoup moins dramatique - nous avons une couverture sociale -, mais les enquêtes ont montré que les femmes séropositives sont plus en situation de précarité que les hommes, plus souvent sans emploi ou avec des revenus inférieurs. Elles se retrouvent également dans une plus grande solitude du fait de la peur de la stigmatisation.

Au-delà des différences sociales, culturelles, quelque chose de fondamental fait que, où que l'on soit, les femmes sont plus en difficulté que les hommes dans ce domaine. Il faut en tenir compte dans la prise en charge. On s'y intéresse de façon relativement récente.

S'agissant des violences, on ne peut plus envisager des programmes de lutte contre le SIDA sans prendre en compte cette question. Dans le rapport de l'ONUSIDA, entre un cinquième et la moitié des jeunes filles et jeunes femmes rapportent qu'elles ont vécu leur première expérience sexuelle sous la contrainte. Cette situation expose particulièrement les jeunes filles à la contamination par le VIH. Ce sont non seulement les violences sexuelles et les viols, mais aussi, d'après les témoignages sur le terrain, la polygamie, le lévirat, le sororat, de nombreux facteurs culturels qui rendent les femmes plus exposées au SIDA. De la part du monde du SIDA, une méconnaissance de ces facteurs joue ; un travail est vraiment à réaliser sur ce point.

Sur le terrain, nous avons partagé l'expérience de notre programme de réduction de risques sexuels avec des associations au Burkina Faso, au Cameroun et à Madagascar. A l'issue de leur formation, nous avons demandé aux futures animatrices des groupes de parole quels étaient leurs objectifs. Ils étaient très ambitieux : changer les mentalités, les comportements, participer à la responsabilisation des femmes, conscientiser les femmes sur leur propre valeur, libérer les femmes de l'oppression, faire changer les hommes, permettre aux femmes de gérer leur vie et transmettre, en particulier aux enfants, faire sortir les gens de l'ignorance. Le programme est ambitieux ! Au départ, les stagiaires ont abordé la formation plutôt sur le plan médical de la maladie : « on vient se former pour aborder la question du VIH ». Elles ont fini la formation en disant : « pour que le SIDA recule, il faut que beaucoup de choses changent dans la société, en particulier dans les rapports entre hommes et femmes ». Nous ne l'avons pas inventé, c'est elles qui l'ont trouvé ! Nous avons essayé de développer des initiatives à notre niveau, modeste. Nous ne sommes pas une grande organisation internationale, mais nous nous sommes lancés avec énergie dans cette action. Nous essayons de travailler actuellement pour replacer les risques sexuels dans le contexte social et culturel et tenir compte des normes sociales, mais sans traiter le

SIDA à part des autres risques sexuels, sans faire un dossier particulier du SIDA et des femmes. Nous n'avons pas inventé la poudre. Cette approche apparaît dans les orientations des organismes internationaux. Nous avons peut-être inventé une pratique, avec d'autres et enrichie par l'expérience des autres. Nous axons nos interventions sur les facteurs d'entrave à l'information, à la construction de l'estime de soi, et donc à la prévention. Pour cela, il nous semble important de développer des espaces de parole, de partir du vécu des personnes et de ne pas chercher à imposer des normes.

Les campagnes qui ont été développées auparavant sont trop souvent apparues, que ce soit du Nord vers le Sud ou des professionnels vers les personnes concernées, sur le mode : « nous allons vous expliquer ce qu'il faut faire » ou « nous allons vous donner les bonnes conduites ». Nous privilégions l'échange entre les personnes. La dynamique de l'échange entre les personnes pour faire évoluer les comportements est très importante. Dans les groupes de parole, les femmes prennent conscience que des femmes, dans la même situation qu'elles, ont changé un certain nombre de choses. Cet échange a plus de poids que la parole d'un médecin ou d'une infirmière. C'est une richesse que nous ne pouvons pas apporter en tant qu'acteurs de prévention. Seules les femmes peuvent se la transmettre entre elles. Cela vaut aussi pour les hommes. Nous avons commencé à travailler sur des programmes mixtes, dans lesquels nous faisons travailler les hommes d'un côté, les femmes de l'autre et les deux ensemble afin qu'ils réfléchissent sur les rapports entre hommes et femmes. Et nous avons des surprises très amusantes : les femmes pensent que les hommes veulent une chose, alors que ce n'est pas le cas et réciproquement. Quand ils se rendent compte que s'ils se parlaient cela changerait des choses, du chemin a déjà été accompli !

Sur un plan de santé publique, le concept de réduction des risques nous semble être le plus pertinent. Se protéger un peu, c'est toujours mieux que de ne pas se protéger du tout... Cela signifie qu'il faut faire attention aux discours manichéens. Notre expérience nous a montré que si les personnes étaient amenées à mieux se protéger, elles entraient alors dans une dynamique d'amélioration de l'estime de soi qui les conduit, si on leur en donne les moyens matériels, à se protéger encore plus. Arriver à se protéger à cent pour cent n'existe pas vraiment. Qui n'a pas pris de risques dans sa vie !

Pour réduire l'exposition des femmes aux risques, il faut avant tout mener un combat politique. Nous ne gagnerons pas la lutte contre le SIDA si nous ne travaillons pas sur les discriminations, l'exclusion et l'égalité des droits entre hommes et femmes. C'est le préalable. Ensuite, les politiques de lutte contre les risques sexuels ne doivent pas aborder de façon séparée la question des grossesses, de l'avortement, du SIDA, des infections sexuellement transmissibles, des violences. Il faut s'appuyer sur le principe du droit des femmes à disposer de leur corps et mettre au centre le changement de statut social des femmes. D'autre part, nous devons intervenir concrètement sur l'accès des femmes à l'information, aux dispositifs de soin, la scolarisation, la création d'espaces de parole autour de la sexualité et non uniquement de la maladie. La législation contre les violences doit se développer et être accompagnée par des campagnes de mobilisation pour changer les comportements. La loi ne suffit pas. La législation sur la propriété de la succession et le divorce doit être modifiée dans le sens de l'égalité des droits. Les moyens de prévention doivent être accessibles. Cela, c'est un vœu pieux, mais il faut y travailler. La recherche sur les microbicides doit être développée. Nous pourrions l'obtenir, notamment de nos gouvernements dans le Nord. Il faudrait aussi renforcer la participation des femmes à l'élaboration des politiques et des programmes. Malgré les déclarations d'intention, les programmes trop souvent n'associent pas les communautés, en particulier les femmes. Or, les femmes séropositives ont une expérience indispensable à la mise en place d'actions de prévention. Nous oublions trop souvent de les associer à la réflexion. Leur visibilité doit être soutenue et elles doivent pouvoir travailler sur leur vécu. Les hommes ne sont pas dispensés de mobilisation. On a fait reposer beaucoup de choses sur les femmes, mais agir pour d'autres relations entre les femmes et les hommes concerne l'ensemble de la société. L'épidémie de SIDA ne sera pas contrôlée si les comportements ne changent pas. Les campagnes doivent mettre en scène aussi des attitudes positives et proposer d'autres modèles qui n'enferment pas femmes et hommes dans les stéréotypes. Il faut éviter que les hommes se sentent agressés par des campagnes disant : « Les femmes veulent des droits et aimeraient pousser les hommes pour les mettre de côté. » Il faut arriver à des propositions où les hommes et les femmes, ayant un rôle différent et une égalité, aient l'impression qu'ils tirent tous profit de cette situation. Je vous remercie.

Les droits des femmes, un enjeu clé au cœur de la lutte contre le VIH/SIDA : intervention de Marie Rose NGUINI EFFA, députée du Cameroun

Madame EFFA est députée à l'Assemblée Nationale où elle occupe les fonctions de Vice-Présidente de la Commission des Affaires Culturelles, Sociales et Familiales ; Conseillère municipale de la commune rurale de Ngoumou depuis 1997 ; Rapporteur du Réseau des Femmes Parlementaires de l'Assemblée Parlementaire de la Francophonie.

Je voudrais évoquer avec vous ce que les parlementaires peuvent faire et font réellement pour la lutte contre le SIDA, le statut des femmes et la mise en œuvre du Programme d'action du Caire. Les droits des femmes, la santé et la sexualité constituent des thèmes très importants dans le Réseau des femmes parlementaires de la Francophonie, dont je fais partie. Ce réseau s'inscrit dans le cadre de l'A.P.F., l'Assemblée Parlementaire de la Francophonie, qui regroupe tous les parlementaires en principe francophones des sections affiliées. Au sein de l'A.P.F., il existe une commission sur l'éducation qui traite des problèmes de SIDA. Le réseau des femmes parlementaires a demandé et obtenu avec un peu de difficulté - Mme LOSIER-COOL en était la pionnière - qu'une femme participe à cette Commission d'éducation pour représenter les femmes, pour parler des problèmes de SIDA vus par une femme. Je participe à cette commission pour apporter le point de vue des femmes du réseau.

Le SIDA, au même titre que les guerres et les catastrophes, nous renvoie l'image d'une calamité dévastatrice qui laisse derrière elle désolation et tristesse. Le SIDA constitue une absence de croissance économique - tout le monde l'a dit -, une crise aiguë pour le développement prioritaire de la santé publique, puisqu'il est devenu la première cause de mortalité chez l'adulte. Il est aussi un problème social, puisqu'il révèle au grand jour la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Aujourd'hui, quelques questions nous interpellent : le contexte actuel est-il toujours propice à la jouissance effective par les femmes de leurs droits ? C'est la question que je me suis posée. Les femmes peuvent-elles prétendre encore jouer

un rôle efficace dans la bataille lancée contre le VIH/SIDA dans le contexte législatif et réglementaire ambiant ? Qu'en est-il de la réalité sociale en ce qui concerne l'égalité des hommes et des femmes, le libre choix en ce qui concerne le mariage, l'accès aux services, l'information et l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, la non-discrimination pour l'accès aux soins de santé ? La société étant en majorité phallocratique, les pratiques infériorisantes pour les femmes, telles que le lévirat, le sororat, les violences conjugales et domestiques, sont encore très présentes dans notre société, ainsi que les mutilations génitales.

Des intervenants ont parlé de l'inégalité de la distribution des biens entre l'homme et la femme, de la marginalisation des femmes dans le circuit économique alors qu'elles sont au cœur de la petite économie, la micro-économie, de la discrimination dans l'allocation des crédits. En cas d'adultère, c'est la femme et non l'homme qui écope ! Le problème de la polygamie est également très important. Un homme, qui a cinq ou six femmes et qui devient séropositif va contaminer très rapidement ses épouses. Parfois, celles-ci attendent leur mari, elles sont fidèles. Mais est-ce que, elles aussi, ne pourraient pas aller voir ailleurs en attendant le jour de la semaine où elles auront droit aux honneurs du mari ? C'est un problème pour les gouvernements, surtout dans le Sud. On ne le dit pas très haut, on n'a pas encore parlé très fort de ce problème de polygamie. On parle encore des droits de la femme, du problème du VIH/SIDA comme si on n'avait à faire qu'aux couples monogames.

On constate une absence de protection juridique des femmes contre les transmissions du conjoint infecté. Beaucoup de conjoints sont infectés, mais cachent leur infection à leur épouse. Ils continuent à avoir des relations non protégées avec leur épouse parce que, pour eux, il ne faut pas dire à la femme qu'on est infecté. En général, il est considéré que l'infection vient de la femme et non du mari ! Le mari n'avoue jamais. La marginalisation juridique de la femme conduit à la féminisation de la pandémie du VIH, même s'il existe une timide reconnaissance et jouissance des droits de la femme quand ceux-ci sont affirmés. L'année dernière, le thème de la journée internationale sur le SIDA portait sur « Femmes, filles, VIH/SIDA ». J'ai

vu des affiches de sensibilisation sur ce thème, dont le slogan était : « Allez-vous enfin m'écouter ? ». Cela illustre très bien comment la femme est encore au niveau où elle supplie : « Est-ce que vous pouvez enfin m'écouter ? Est-ce que vous pouvez prendre en considération le fait que je souffre plus que vous ? ».

Face à tout cela, nous faisons des suggestions : il faut instaurer la protection juridictionnelle des droits des femmes sur un pied d'égalité avec les hommes, protéger effectivement les femmes contre tout acte discriminatoire, abroger toutes les dispositions pénales discriminatoires à l'égard des femmes – il en existe beaucoup dans nos constitutions, dans les textes de nos pays du Sud –, minimiser au maximum les disparités des genres dans la scolarisation de la jeune fille, élaborer des politiques incitatives en matière de port du préservatif féminin. Le préservatif féminin, j'en ai entendu parler, je l'ai vu, j'ai eu à l'acheter une fois voici deux ans. Mais au Cameroun, je n'ai pas réussi à trouver de préservatifs féminins. Ce n'est pas qu'il ne soit pas beau, mais il est très rare. De plus, quand il y en a, le coût est exorbitant : il coûte trois à quatre fois le prix du préservatif masculin, voire même plus ! Et il n'est pas disponible. Par ailleurs, une femme qui voudrait mettre un préservatif féminin risque de se trouver dans une situation difficile en Afrique. Elle sera tout de suite considérée comme une femme de mauvaise vie. A la limite, si c'est un préservatif masculin, c'est plus ou moins toléré. Mais quel mari accepterait de voir sa femme avec le préservatif féminin ? C'est un problème réel sur lequel nous devons agir. Il faudrait aussi considérer comme criminelles toutes les formes de violences sexuelles visant les femmes. Un autre sujet est de rendre obligatoire le dépistage chez les femmes enceintes. Ce n'est pas encore évident. Vous avez parlé du problème de prise en charge des femmes enceintes, mais le dépistage n'est pas encore systématique pour elles. Nous essayons de faire des propositions de loi pour le rendre obligatoire. Pour le moment, nous incitons les femmes enceintes à faire le test, mais elles ne sont toujours pas partie prenante. Il faudrait obliger le conjoint infecté par le VIH à informer sa femme sur son état sérologique.

Je vais parler maintenant en tant que parlementaire. Je remercie le Mouvement Français pour le Planning Familial d'avoir vu juste en faisant présider ce colloque par Madame la sénatrice Michèle ANDRE. L'appui des parlementaires à la lutte contre le SIDA est inestimable, tant dans la sensibilisation que dans la prévention et la mise à disposition des médicaments pour soulager les malades. L'Assemblée parlementaire de la francophonie (APF), en tant qu'organisation internationale ayant un statut consultatif de catégorie I auprès du Conseil économique et social des Nations unies, peut être en première ligne pour plaider et faire avancer la lutte contre le VIH/SIDA. Les connaissances du terrain qu'ont les parlementaires peuvent leur permettre d'agir concrètement en matière de prévention et de soutien aux populations. L'appui des parlementaires serait déterminant par le vote des lois et des budgets qui concernent la santé, sans oublier leur action sur le gouvernement pour faire avancer l'idée que l'action contre le SIDA est une responsabilité de santé publique et, à ce titre, engage le secteur public et les autorités publiques de haut niveau. Le réseau des femmes parlementaires de l'APF a fait du SIDA son cheval de bataille. Vu le rythme auquel l'épidémie se féminise, les autres membres du réseau, plus que d'autres parlementaires, doivent s'impliquer davantage.

Notre mot d'ordre, au-delà du rôle qui nous est imparti en tant que parlementaires, est de toujours dire un mot sur la pandémie du SIDA à chacune de nos prises de parole en public. La sensibilisation est donc vraiment notre maître mot. Il faut toujours parler du SIDA. Je dis souvent aux femmes, sans exclure les hommes : « Qui mieux qu'une femme peut parler du SIDA à une femme? ». Des choses sont tellement intimes et personnelles qu'une femme préfère les entendre d'une autre femme plutôt que d'un homme. On a encore un peu honte de la maladie. Dans les meetings politiques, nous retrouvons plus de femmes que d'hommes. Je leur dis souvent : « Si vous voulez que je reste députée, il vaut mieux vous protéger pour que vous puissiez encore voter pour moi ! ». C'est une façon de faire passer le message, en leur disant de se protéger et de faire attention ! Quand vous sensibilisez une femme, quand vous lui parlez de SIDA, de prévention, elle sensibilise tout de suite son fils, sa fille, sa mère, son mari. Cela fait boule de neige et tout le monde est sensibilisé. Il est donc très important qu'elles aient le message. Les fem-

mes font des tontines ensemble, ce sont des espèces de cotisations d'association. Parfois, nous leur distribuons des préservatifs pour qu'elles les donnent à leur mari. Elles sont plus à même de parler à leur mari et à leurs enfants, à leur famille, parce que chez nous, c'est la femme qui est le poumon de la famille ; ce n'est pas l'homme. C'est la femme qui porte la famille et qui éduque les enfants sur le comportement sexuel à venir.

Nous demandons aussi d'intégrer les femmes dans les politiques de lutte contre le SIDA. J'ai créé, personnellement, des comités de lutte contre le SIDA dans les villages de ma circonscription. Il y en a environ quarante. Comme un parlementaire n'a pas d'argent pour faire ce type d'action, je passe par le Conseil National de Lutte contre le SIDA. Dans ces comités locaux, la seule exigence, lorsque le bureau est constitué, est qu'il y ait au moins trois personnes, dont deux femmes et un homme dans chaque groupe. Tant que deux femmes ne sont pas dans le groupe, nous ne finançons pas. Quand les femmes se retrouvent ensemble aux champs, elles peuvent parler de SIDA, ou autour d'un verre, en plantant leur manioc, en semant leurs arachides. Elles ont quelque chose pour pouvoir payer une moto, faire un travail ensemble et, en même temps, discuter autour d'un verre, dans la plantation.

Il faut aborder le débat de la discrimination femmes/hommes dans un esprit de collaboration plutôt que de confrontation. La diversité des genres devrait être un atout et non pas un obstacle dans la lutte contre le VIH/SIDA. C'est pourquoi nous intégrons les hommes dans nos actions. Mesdames, nous ne pouvons pas avancer si nous excluons complètement les hommes ! Nous devons faire avec eux ! Souvent, nous ne choisissons pas le moment ou l'endroit où nous devons avoir des relations sexuelles car les hommes l'imposent la plupart du temps. Mais nous devons faire avec eux. Si nous n'arrivons pas à les amadouer pour soutenir notre cause, c'est voué à l'échec à plus ou moins long terme. Le progrès dans le domaine de l'équité entre les hommes et femmes demande un leadership courageux, une législation soigneusement rédigée, des activités de sensibilisation. Je propose donc aux femmes du monde une réorientation responsable et intelligente du combat amorcé. Mettons à contribution par un moyen subtil dont nous disposons - nous

savons le faire ! - les hommes, nos époux, nos frères, nos amis, qui connaissent la profondeur et la légitimité de nos revendications et qui peuvent nous aider à sortir du chaos.

J'en appelle également aux organismes internationaux, aux bailleurs de fonds et partenaires, pour qu'ils pensent à financer aussi et surtout l'éducation sexuelle. Au-delà de la prévention, des préservatifs – les bailleurs les financent beaucoup maintenant ! -, on devrait prendre le mal à la source, c'est-à-dire promouvoir l'éducation sexuelle. Si les acteurs concernés pouvaient mettre l'accent sur le financement de l'éducation sexuelle et de l'éducation tout court, peut-être que cela nous permettrait de réduire le nombre très important d'orphelins du SIDA. Ce thème est très approprié. L'accès aux médicaments est un autre sujet important. Comme on aime à le dire, le médicament est au Nord, la maladie au Sud. M. de BERNIS de l'OMS a bien rappelé tout à l'heure que plus de la moitié des malades du SIDA vivent en Afrique.

Une dernière remarque en ce qui concerne la sensibilisation. S'agissant des images que nous voyons sur la prévention du SIDA, je vous assure que, dans certains pays en Afrique, il y a encore beaucoup d'images où l'on voit un blanc atteint du SIDA. Il faut adapter l'image au pays ; il faut adapter le langage adressé aux femmes ou aux hommes du pays avec la langue du pays. Un langage est tout à fait codé. Les gens parlent, par exemple, de « condoms », de « mon deuxième bureau ». Ces termes sont incompréhensibles dans les pays du Nord. Il faut faire très attention à tous ces aspects.

Pour une intégration des politiques de lutte contre le VIH/SIDA et de santé sexuelle et reproductive : intervention de Steve SINDING, I.P.P.F. (traduction)

Le docteur Steve SINDING est directeur général de la Fédération internationale pour la planification familiale, IPPF, dont le siège est à Londres. Cette fédération est composée de 147 associations intervenant dans 180 pays et de 6 bureaux régionaux à travers le monde.

J'aimerais m'adresser tout d'abord à la sénatrice Mme LOSIER-COOL et dire que je suis entièrement d'accord avec sa déclaration selon laquelle l'éducation est absolument essentielle comme moyen de lutte contre le SIDA. Je voudrais cependant faire une remarque. La sénatrice Mme LOSIER-COOL a dit que l'éducation était le meilleur contraceptif. Bien que je sois en partie d'accord avec vous, je tiens à faire remarquer qu'il y a dans le monde une pénurie grave de contraceptifs. Ce type de déclaration pourrait conforter ceux qui ne veulent pas mettre l'accent sur ces questions.

Il y a dix ans, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a opéré un déplacement depuis les limites étroites qu'imposaient les cibles en terme de planning familial, de contraception et les cibles démographiques, pour se déplacer vers le domaine plus général de la santé génésique, de la santé de la reproduction, de la responsabilisation des femmes et des besoins de santé et de reproduction des jeunes. Plus important encore, la CIPD a renforcé les concepts de droit et de choix pour en faire la charpente de la santé reproductive. Cependant, en dépit des progrès réalisés jusqu'à présent depuis le Caire, beaucoup de changements positifs demeurent au niveau de simple déclaration, de simple rhétorique et n'ont pas atteint le stade de la mise en œuvre. Notre défi consiste à traduire la volonté politique et la rhétorique en actions concrètes qui apporteront un changement positif dans la vie des populations.

Ce matin, nous avons entendu les chiffres concernant l'épidémie du SIDA. Nous avons entendu parler de la façon dont elle se développe et de l'impossibilité de l'arrêter pour le moment en dépit de tous les programmes qui ont

été mis développés. Nous avons entendu dire que le VIH et le SIDA se nourrissent de la pauvreté, du stigmatisé social, de la discrimination, des inégalités sociales et en particulier des inégalités entre les sexes. Le VIH se répand en partie grâce au fait que, partout dans le monde, la lutte contre la pauvreté n'est pas efficace, mais aussi - et j'en suis convaincu - parce que les pays donateurs n'ont pas respecté leur engagement donné à la CIPD en 1994, qui consistait à investir pleinement dans les femmes et les soins de santé génésique. De plus, depuis la conférence du Caire, le domaine du VIH/SIDA et celui de la santé reproductive se sont éloignés de plus en plus l'un de l'autre. Au lieu de coopérer d'une manière coordonnée et en s'appuyant mutuellement, les programmes de santé reproductive, d'une part, et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, d'autre part, se trouvent de plus en plus en concurrence pour l'accès aux financements et c'est en général la lutte contre le VIH/SIDA qui remporte les plus gros financements. Je dois dire que je suis convaincu, même si ce n'est pas eux qui sont à l'origine de cette séparation entre ces deux domaines, que l'attitude des Etats-Unis a en tout cas clairement contribué à renforcer cet état de fait. C'est en effet sous la pression des Etats-Unis que l'OMS a dû totalement séparer ces deux domaines. Au lieu de traiter le VIH/SIDA comme une maladie sexuellement transmissible, l'OMS a dû le relier à d'autres infections, comme la tuberculose et le paludisme ! Par ailleurs, le Fonds mondial pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme s'oriente vers des actions curatives et non préventives. Ces orientations brisent les liens évidents qui existent entre les activités de lutte contre le VIH et les services de soins dans la santé de la reproduction. Alors que plus de 70 % des nouvelles infections du VIH sont transmises par voie sexuelle, cette distinction des efforts de prévention du VIH/SIDA par rapport à son alliée naturelle, la santé sexuelle et reproductive, va à l'encontre de ses propres objectifs. Personne ne voudrait priver une personne infectée du traitement nécessaire. Mais le fait de privilégier le traitement du SIDA au détriment de la prévention a accentué l'isolement dans lequel se trouve la communauté de la santé sexuelle et reproductive et cela a eu pour conséquence que la prévention du VIH obtient bien moins d'attention aujourd'hui. Et pourtant, la prévention et le traitement se renforcent l'un l'autre. Le défi consiste à réintégrer ces deux éléments et à promouvoir des messages de prévention positive auprès d'une génération qui a cessé d'écouter.

Des approches multiples, impliquant un leadership politique et les différentes parties intéressées, ont montré qu'elles pouvaient réussir à ralentir l'avancée du VIH. Parmi les approches qui se sont révélées utiles, dans des pays tels que l'Ouganda, il y a le fait d'encourager les jeunes à retarder leur premier rapport sexuel et à utiliser des préservatifs lorsqu'ils deviennent actifs sexuellement, le fait d'assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang, les tests volontaires et le counselling. En d'autres termes, il faut des stratégies de santé sexuelle qui soient pluridisciplinaires, complètes et rationnelles. Cependant, au niveau international, une alliance constituée des Etats-Unis, de l'Iran, de l'Irak, de la Libye, du Soudan, de la Syrie et du Vatican s'est efforcée de bloquer, dans des accords internationaux, une des composantes importantes de cette stratégie multi-approche, à savoir la promotion de l'utilisation des préservatifs. Pour justifier cela, ces pays ont argué que la promotion du préservatif encourage la promiscuité sexuelle chez les jeunes. Je voudrais dire catégoriquement que ceci n'est pas le cas et qu'aucun exemple dans le monde n'a montré que la promotion de l'utilisation de préservatifs ait conduit à un abaissement de l'âge des premiers rapports sexuels ou à une promiscuité sexuelle sans frein.

Face à ce contexte décourageant, un nouveau mouvement s'est développé pour aborder le problème du VIH et du SIDA à partir de la perspective des droits à la santé sexuelle et génésique. En avril 2004, au Royaume-Uni, le groupe parlementaire travaillant sur les questions de population, de développement et de santé reproductive a tenu des auditions sur la question de l'intégration de tous ces éléments, sur le contexte, les réussites et les échecs de cette politique jusqu'à présent. En juin 2004, *le Glion call to action*, l'appel à l'action Glion de l'OMS a abordé spécifiquement le rôle du planning familial dans les politiques et programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. En mai, le FNUAP a organisé toute une série de réunions pour explorer des aspects techniques plus larges relatifs à l'intégration de ces différents éléments. Ceci a conduit à la réalisation d'un document qui a été présenté à la Conférence internationale sur le SIDA à Bangkok au mois de juillet 2004. La question de savoir quand, où et comment intégrer le VIH/SIDA dans les services et programmes de santé sexuelle et génésique est un sujet de préoccupation des décideurs politiques, des donateurs

et des acteurs de terrain depuis des années. De plus, dans le cadre des réflexions menées dans ce champ, un nouvel élément a surgi : l'intégration ne suffit pas. En fait, il faut que le VIH/SIDA soit traité de manière transversale dans les programmes, politiques et pratiques, non seulement par le secteur de la santé sexuelle et génésique, mais aussi par le secteur de la santé en général, par celui du développement et d'autres.

Etant donné le temps qui nous est imparti, je pense que je vais arrêter de lire mon discours. Je vais octroyer davantage de temps à la séance questions-réponses et au débat qui va s'instaurer. En conclusion, je voudrais faire deux ou trois remarques fondamentales. La première remarque est que, sans la collaboration étroite entre les communautés qui travaillent dans le domaine du VIH/SIDA d'une part et celles qui travaillent dans le domaine de la santé de la reproduction d'autre part, nous n'allons pas pouvoir agir de façon efficace. Il y a deux domaines, en particulier, dans lesquels la communauté travaillant dans le champ des droits sexuels et de la santé de la reproduction peut apporter une contribution particulière. Le premier concerne les actions de sensibilisation et de communication qui contribuent au changement des comportements. Il n'y a aucun milieu qui ait davantage contribué à changer les comportements que le mouvement pour le planning familial. En l'absence pour le moment d'un vaccin contre le SIDA, en l'absence d'une guérison possible, il est important d'utiliser les quelques 40 années d'expérience que nous avons dans le mouvement pour le planning familial afin de protéger les personnes.

Le deuxième domaine concerne la confidentialité dont devraient pouvoir se prévaloir tous les usagers. Les cliniques et centres de planning familial sont très connus pour le fait qu'ils respectent la confidentialité entre les usagers et le personnel de la clinique. Nous pouvons, grâce à cela, fournir les tests volontaires et également le soutien ou l'accompagnement socio-psychologique nécessaire dans un contexte totalement confidentiel, sans que la personne ne soit frappée des stigmates sociaux qui accompagnent souvent ces tests. De plus, une femme dont la séropositivité ou la séronégativité a été découverte grâce à ces tests peut immédiatement se prévaloir de services qui vont aider l'enfant à naître. Etant donné que 30 % de la transmission se

fait de façon verticale, de la mère à l'enfant, les services de planning familial sont absolument essentiels pour empêcher l'avancée de la maladie.

Enfin, j'aimerais revenir sur une question qui a probablement été mentionnée hier et ce matin : l'objectif de la CIPD d'accès universel à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive est un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui manque ! A mon avis, ce manque inacceptable a été un des échecs fondamentaux de la communauté internationale. Il est à craindre que cette erreur soit répétée lors de la réunion de bilan des OMD qui va avoir lieu au mois de septembre à l'ONU. Il faut remettre la santé sexuelle et reproductive au premier plan de la lutte globale contre la pauvreté. Je demanderai instamment à tous, que vous soyez parlementaire, militant ou travailleur dans la santé sexuelle, de faire en sorte que ceci soit placé au cœur du problème, que vos gouvernements demandent que cette recommandation soit prise en compte. Il est encore temps de demander la modification de l'OMD relatif à la santé maternelle pour y intégrer explicitement la santé reproductive. Je pense que si nous permettons aux ennemis de la santé des femmes, c'est-à-dire les Etats-Unis, le Vatican, si nous faisons en sorte que les ennemis des droits des femmes aient le droit à la parole et remportent la bataille, à ce moment-là, nous aurons perdu une très grande opportunité. Je vous remercie beaucoup.

Extraits des contributions aux débats

M. DATTA.- Merci beaucoup. Je crois que nous retrouvons, dans l'intervention de Steve SINDING, certains des éléments essentiels qui résument les débats de ce matin. Il y a les promesses des bailleurs de fonds qui n'ont pas été tenues. Il y a le problème de la séparation du SIDA et de la santé de la reproduction et de la sexualité qui peut expliquer pourquoi tellement peu de progrès se sont produits ces dernières décennies. Il y a l'urgence à engager certaines actions dans les mois à venir pour influencer sur le déroulement de ce sommet onusien qui aura lieu au mois de septembre et qui va revoir les Objectifs de Développement du Millénaire. Si nous voulons qu'une cible sur la santé sexuelle et la reproduction soit adoptée lors de cette réunion de septembre, c'est maintenant qu'il faut agir, au niveau des associations et des parlementaires. Steve SINDING nous a également parlé de ceux qui sont contre le droit des femmes : les Etats-Unis, ou plutôt l'administration de M. BUSH, ainsi que certains Etats intégristes. Nous sommes ici en France ; il serait peut-être utile de penser quel rôle la France pourrait jouer contre cette alliance néfaste envers les droits des femmes.

Mme NDIAYE.- Je voudrais revenir sur les interventions que nous avons écoutées avec énormément d'attention et qui apportent de nombreux éclairages sur les enjeux que nous vivons, pour aller de l'avant dans cette lutte contre la propagation du VIH/SIDA.

Je voudrais revenir sur les statistiques pour rappeler que, sur les 5 millions de personnes séropositives, 3,5 millions sont en Afrique au Sud du Sahara. La population concernée sur ce continent a entre 18-19 ans et 35 ans. C'est donc toute la force productive nécessaire au développement qui est concernée. On se demande finalement : si nous n'allons pas plus loin, si nous ne créons pas de perspectives pour mettre en place des politiques pertinentes, non seulement pour traiter les problèmes d'infection et de prévention, mais aussi pour créer une alternative au-delà, comment allons-nous faire ? Pourquoi les gens se battent-ils, si nous n'avons pas assez de médecins, d'infirmiers, d'instituteurs ou de paysans ? Vous avez des villages ou des communautés rurales entières où la population en âge de créer la vie et la

richesse a disparu. Comment allons-nous faire ? Est-ce que les politiques s'en préoccupent ? C'est en vous écoutant que ce questionnement m'est venu de manière absolument violente. Il y a cinq ans, dans l'un des pays les plus durement touchés par l'épidémie, il n'y avait pratiquement plus de pilotes d'avion parce que tout ce corps de métier avait été décimé par le VIH/SIDA. Je ne sais pas ce que ce pays a fait en réalité pour remplacer ses pilotes. Ont-ils des gens en formation ? En ont-ils trouvé ?

Nous venons à une réunion, nous prenons une information, nous faisons une analyse, et après nous perdons de vue le nécessaire suivi. D'où le lien absolu à faire entre analyse et pratique : il faudrait que ce groupe ici - si nous répondons à l'appel de Steve SINDING – puisse corrélérer ce qui se fait sur le terrain avec ce qui se fait au niveau politique. Si nous n'arrivons pas à avoir une force de pression pour faire changer les choses dans les gouvernements, je ne pense pas que nous puissions arriver à changer les choses sur le terrain.

La deuxième information que je voudrais partager avec vous, c'est qu'au Nord comme au Sud il y a un besoin important de personnel de santé. Le Zimbabwe « donne », par exemple, chaque année à la Grande-Bretagne 2 000 infirmiers et nurses formés sur place avec les moyens de ce pays, aussi pauvre soit-il. Ces personnels de santé formés par l'Etat zimbabwéen sont absolument phagocytés et happés, année après année, par un pays riche qui a besoin d'un « produit fini ». Tout l'investissement qui aura été fait et donné à ces personnes pour être formées dans leur pays avec nos maigres ressources est perdu quand elles quittent l'Afrique pour aller vers les pays riches ! Nous sommes à l'origine d'une initiative que l'OMS est en train de mettre en œuvre : nous nous sommes demandés « qui aide qui ? ». Est-ce le Sud qui aide le Nord ou bien le Nord qui aide le Sud ? Vous savez que la formation d'un médecin coûte 60 000 dollars à peu près, jusqu'au doctorat ; un technicien supérieur de la santé coûte entre 12 000 et 15 000 dollars à nos pays en voie de développement ; 20 000 « produits finis » quittent le continent chaque année pour aller vers le Nord. Ainsi, c'est environ 500 millions de dollars de subvention indirecte que des pays de l'OCDE reçoivent de la part des pays africains. C'est supérieur à l'aide publique au développement que reçoit le Sud par année. Alors encore une fois, qui subventionne qui ?

Ce sont des problèmes que nous vivons et connaissons. Cet atelier pourra peut-être aider à davantage faire comprendre ce problème au gouvernement français qui, par ailleurs, fait beaucoup d'efforts pour venir en aide aux pays en voie de développement. Car les pays francophones auront de plus en plus besoin de personnels de santé de qualité - les populations jeunes et les performances diminuant, les plateaux techniques ont besoin de personnel -, et il faut que ce problème soit posé dans le cadre de l'aide au développement d'une manière institutionnelle. C'était l'essentiel de ce que je voulais dire. Pour finir, je voudrais insister sur le fait qu'il ne faut pas perdre l'opportunité de l'évaluation des Programmes stratégiques de réduction de la pauvreté pour reposer les problèmes dont nous avons parlé hier. Nous avons pris les devants et dans le cas de la migration, il est absolument clair qu'elle a été absente de tous les débats pour le développement. Tant que nous ne prenons pas en compte les forces productives de la migration, en addition à ce que font déjà les Etats, il y aura un déficit dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

M. DATTA.- Vous abordez là une question très pertinente et en même temps très difficile. Cela force les pays donateurs à s'interroger sur la réalité de leurs relations avec les pays du Sud. Cette question ne devrait pas être abordée uniquement dans le domaine du développement international et de la coopération, mais aussi dans les commissions et les ministères de la Santé des différents pays européens car ce manque de professionnels médicaux qualifiés touche toute l'Europe et d'autres pays développés.

M. Jean-Luc ASANI.- Je suis un prestataire de soins de la République démocratique du Congo. Je travaille dans les milieux ruraux. Je fais miennes toutes les présentations qui ont été faites par les deux premiers intervenants. C'est bien la situation que nous vivons chez nous. Je voudrais raconter une anecdote. Une femme enceinte s'est rendue dans un centre de santé à deux reprises. L'infirmier lui a demandé d'aller accoucher à l'hôpital. Elle avait déjà subi une première césarienne. La femme a reçu un document pour lui permettre d'aller à l'hôpital. Comme son mari était absent à ce moment là, la maman a gardé le document jusqu'à son retour. Mais deux jours après sa visite au centre de santé, les douleurs de l'accouchement ont commencé. Au

moment où la femme se préparait enfin à aller à l'hôpital, il y a eu rupture de l'utérus. Or, pour se rendre à l'hôpital, ce couple devait faire environ 20 kilomètres en empruntant une pirogue. Finalement, la femme est décédée devant la porte de l'hôpital. Vous voyez le drame que nous vivons chez nous. La crise socio-politique, les conflits armés aggravent la situation, l'inaccessibilité aux services de soins. Ce sont autant de problèmes. C'est vraiment une mobilisation de la communauté internationale qu'il faut.

Une PARTICIPANTE.- J'adresse ma question à M. de BERNIS. Elle concerne l'avortement. J'aimerais connaître les stratégies de travail avec les pays en voie de développement en matière d'accès à l'avortement. Puisque c'est un problème de santé publique, j'aimerais connaître la réponse des gouvernements face à cette problématique de santé publique.

M. NGAKAM.- Au Cameroun, nous essayons de scruter d'autres pistes de lutte contre le SIDA et de regarder beaucoup plus du côté politique. Cela nous tient vraiment à cœur. Nous sommes relativement jeunes et, dans mon association, il se trouve des personnes qui pensent comme moi : les fonds mobilisés qui doivent être envoyés en Afrique ou en Asie du Sud-Est, sont soit utilisés à bon escient, soit envoyés sans politique adaptée au préalable. Il faut chercher à voir, s'agissant de l'aide internationale, s'il ne faut pas penser au cadre législatif comme l'une des conditions préalables. Pour les populations du Nord, j'ai été attentif à ce que disent les médias sur le SIDA. Les rapports disent la vérité, le gros des personnes vivant avec le VIH sont d'origine d'Afrique subsaharienne ou du Sud-Est. En Belgique, d'où je viens, quand la question est pointée à la télévision, on dit que le nombre de personnes vivant avec le VIH est en nette augmentation, et on ajoute qu'ils sont d'Afrique subsaharienne et du Sud-Est. La population du Nord se dit très vite : « Je n'ai pas de partenaire venant d'Afrique subsaharienne ou du Sud-Est, je ne me sens donc pas concerné par le SIDA. » C'est une erreur très grave !

Mme NDO ENGOLO EVINA.- Je suis députée du Cameroun. Je voudrais parler du soutien des parlementaires à la population, suite à l'exposé de Madame EFFA qui a si bien retracé l'action concrète des parlementaires sur

le terrain. Madame EFFA a parlé de la sensibilisation que nous avons prise à bras-le-corps. En effet, lors de chaque descente sur le terrain, nous mettons dans notre agenda la discussion sur le VIH/SIDA. Lorsque nous rencontrons les femmes, les problèmes de planning familial sont évoqués. Nous le faisons nous-mêmes ou alors nous organisons des causeries éducatives animées par des spécialistes. Mais elle a aussi mentionné très rapidement le don de matériel agricole, qui est devenu une habitude dans notre action sur le terrain. Cela fait deux années de suite que j'offre aux associations de femmes des villages de ma circonscription du matériel agricole. Pourquoi le matériel agricole qui n'a apparemment pas de lien direct avec le SIDA et le planning familial ? Tout simplement parce que le matériel agricole permet à ces femmes d'améliorer la récolte et donc les revenus qui leur permettent de se déplacer, de résoudre leurs problèmes au quotidien, d'emmener leur famille au centre de santé le plus proche, souvent situé à 50 kilomètres. Nous voulons résoudre le problème en amont. Si les femmes améliorent leur production, elles peuvent en consommer une partie, vendre l'autre et les produits de la vente leur permettent d'assumer leurs autres responsabilités familiales. Ces initiatives font partie de notre lutte au quotidien. Un autre exemple précis : nous avons des centres de santé disséminés à travers le pays et parfois très distants. Mais on peut souvent être obligé de faire 100 kilomètres pour trouver un centre de santé. Pour répondre à ce problème, j'ai trouvé un petit partenariat avec des volontaires des Pays-Bas, qui ont apporté un financement complémentaire à celui d'une communauté villageoise pour construire un centre de santé. Il est actuellement à sa phase finale et nous espérons pouvoir bientôt le mettre à la disposition des populations de notre localité pour qu'elles y reçoivent des soins de santé publique, y compris la prévention du VIH/SIDA et les problèmes en rapport avec le planning familial. Je cite tous ces exemples tout simplement pour dire que l'action du député peut être immédiate sur le terrain.

Du côté de la législation, les députés peuvent infléchir des lois et apporter une grande contribution. Bien sûr, cela ne suffit pas. Vous savez aussi bien que moi que soit les textes existent déjà et leur mise en application relève d'un tout autre exploit, soit ils prennent du temps à se mettre en place. Dans le cadre du réseau local des parlementaires pour la population et le

développement au Cameroun, nous avons demandé que l'éducation sexuelle soit introduite à l'école dès le primaire. Cela a choqué certaines personnes. Mais nous disons qu'il vaut mieux choquer à ce niveau que laisser nos enfants découvrir à la télévision des programmes qui viennent d'ailleurs. Nous parlons de village planétaire aujourd'hui et c'est une réalité chez nous. Des communautés n'ont pas d'eau potable mais les images de la télévision, les films érotiques et pornographiques arrivent directement dans nos maisons ! Si rien n'est fait au départ, nous courons à la catastrophe. Il est important d'initier les enfants dès l'école primaire en matière d'éducation sexuelle.

Nous avons aussi fait, dans le cadre de ce réseau parlementaire, une recommandation à notre gouvernement. Il s'agit de rendre effectivement obligatoire l'école pour tous les enfants. C'est inscrit et prescrit. Mais en réalité, dans certaines zones chez nous, particulièrement dans la région septentrionale, les enfants n'y vont jamais ! Il faut rendre l'école gratuite. Nous avons la possibilité de mettre nos enfants à l'école publique qui est supposée ne pas avoir de frais. Dans la pratique de tous les jours, on demande ceci et cela ; en fin de compte, cela finit par être coûteux pour les parents et nous pensons que l'école n'est pas tout à fait gratuite. Nous avons demandé que le gouvernement fasse des efforts pour mettre en place des stages d'éducation pour les jeunes non scolarisés. Les adolescents quittent très tôt l'école et sont abandonnés à eux-mêmes. Si, au niveau de chaque arrondissement de notre pays, par exemple, nous pouvions avoir un tel centre de formation, cela pourrait aider beaucoup à prévenir certains maux. Nous avons également demandé à ce que, dans le budget national, 10 % soient alloués à la santé publique.

Comme autre contribution, nous avons actuellement au Cameroun un projet en cours d'initiation, dans le cadre d'un partenariat entre l'UNIFEM¹⁰ et le réseau des femmes parlementaires, qui consiste à prendre en compte dans le budget national les questions de genre. C'est une chose que le ministre de la Promotion de la femme et de la famille a commencée durant la semaine internationale de la femme. Quelqu'un a mentionné tout à l'heure le problème de la légalisation de l'avortement ; nous allons devoir ouvrir ce débat. Ce sujet est complètement tabou chez nous. Certaines personnes ne peuvent

pas entendre parler de l'avortement. Elles préfèrent enterrer en silence les mères et les enfants qui naissent dans ces conditions horribles.

M. de BERNIS.- Il est toujours très important d'apprendre et d'écouter vos expériences qui peuvent permettre de mieux appréhender les choses, de voir ce qui avance, ce qui est possible et ce qui a fait ses preuves. Je remercie très particulièrement le directeur de l'IPPF pour avoir mis le doigt sur les problèmes et sur une réalité politique internationale que nous subissons tous. Il a une liberté de parole que je n'ai pas tout à fait, dans la mesure où l'OMS a un rôle technique à jouer et non politique. Pourtant, vous devez l'imaginer, les débats politiques traversent l'OMS et je ne suis pas là pour donner uniquement mon avis personnel. Steve SINDING a mis le doigt sur cette division entre VIH, santé de la reproduction et droit, qui est un point fondamental. Les Etats membres de l'OMS devraient faire en sorte que cette organisation puisse effectivement ne pas subir de plein fouet des décisions budgétaires qui lui sont imposées par les Etats membres et les Etats les plus puissants et qui l'oblige à s'organiser de façons qui ne sont pas forcément celles qu'elle aurait choisies.

Ndiro NDIAYE pose aussi des questions fondamentales. Dans des pays où 40 % de la population est infectée par des virus, comment s'en sortir ? Il faut mettre les choses en perspective. Malgré des situations extrêmement difficiles, nous avons des exemples, qui semblent se confirmer, de pays qui arrivent à faire régresser l'épidémie, comme l'Ouganda ou certaines zones de Tanzanie. Tout cela demande à être analysé et prouvé dans le temps. Toute une série de pays, qui avaient atteint des taux d'épidémie aux alentours de 10 % à 15 %, la stabilisent. Au Sénégal, où la question du SIDA a été abordée depuis le départ par les autorités de manière très ouverte et grâce à la prévention, nous voyons que l'épidémie ne prend finalement pas, malgré les problèmes qu'on peut y rencontrer. Malheureusement, nous ne savons pas quels sont les facteurs déterminants qui font que l'épidémie explose à un moment. Il faut donc rester très vigilant, même dans des pays où la séropositivité reste faible. Nous savons que les politiques de prévention peuvent à long terme, avec des changements de comportement, avoir des effets positifs. Il faut vraiment se battre. Je suis d'accord pour dire que l'accès au trai-

tement est un point important. Il ne doit pas faire obstacle à la prévention, les deux doivent travailler ensemble.

S'agissant de la fuite des cerveaux, c'est un problème pour lequel nous n'avons pas de solution immédiate. Des négociations sur un système de compensation ont lieu entre la Grande-Bretagne et un certain nombre de pays africains, mais cela ne va pas régler le problème sur le fond. J'étais en Haïti assez récemment ; quand je disais qu'il n'était pas normal que le Canada vienne revoir les programmes de formation des infirmières dans l'unique but de recruter des infirmières haïtiennes pour le Canada, le ministre de la Santé, qui a changé après le départ d'Aristide, me répondait : « C'est très bien, il faut que nous soyons capables de produire davantage de personnels et que nous soyons capables de les exporter », parce qu'il avait en tête le fait que la diaspora constituait un soutien économique incontournable pour le pays. Les problèmes sont d'une complexité terrible. Se pose aussi la question du respect des droits de la personne. Comment empêcher un médecin ou une sage-femme de certains pays d'aller voir ailleurs ? Quand on sait les conditions dans lesquelles ces personnels sont obligés de travailler, sans avoir de gants pour les accouchements, les injections ou les prélèvements sanguins, quand on sait qu'ils sont en première ligne pour être infectés non seulement dans leur vie sexuelle mais aussi dans leur vie professionnelle, quand on sait qu'ils ne sont pas payés, etc., il est difficile de leur dire : « Vous manquez de conscience politique ; pourquoi ne restez-vous pas dans votre pays ? ». La solution passe certainement par un appui international beaucoup plus fort. Madame la parlementaire, vous avez dit une chose très importante : les budgets de la santé dans vos pays restent à des niveaux de sous-investissement dramatiques : 2 %, 1 % quelquefois sont donnés à la santé. Il faut passer à 10 % ou 15 %. Il faut aider les pays à pouvoir le faire. Plus ils montreront leur volonté de régler les problèmes de santé, plus ils recevront d'appui extérieur. Il faut aussi absolument permettre aux personnels de santé d'avoir des statuts corrects, d'être payés, d'avoir des plans de carrière, de pouvoir aller travailler dans les zones un peu plus reculées et de quitter les capitales. Un énorme travail est à réaliser. Quand on parle de ressources humaines, il ne s'agit pas uniquement de former plus, mais aussi de donner des statuts à ces professionnels. De même pour les instituteurs, c'est exactement le même problème.

Dans les organisations des Nations Unies, l'avortement est un sujet qui a beaucoup de mal à être abordé de manière sérieuse. L'OMS le fait de manière totalement technique. Comme je vous l'ai brièvement dit, elle a sorti des directives pour la mise en place de services d'avortement à la demande des Etats membres. Dans tous les pays du monde, sauf un, il y a toujours des situations dans lesquelles les femmes peuvent légalement demander un avortement. En général, c'est parce que leur vie est en danger. C'est restrictif mais c'est pour nous une porte d'entrée pour travailler avec les gouvernements. Même si cela concerne une femme par an, elle doit pouvoir trouver, au moment où elle en a besoin, des services de santé qui lui donnent ce à quoi elle a droit. Nous essayons de travailler avec tous les gouvernements, pour faire que ces services de santé existent. Beaucoup de problèmes se présentent, y compris au sein de ma propre organisation, où ce document n'est pas disséminé et n'est pas mis à la disposition des pays comme il le devrait. Les professionnels ne savent toujours pas que ces documents et que les directives existent. C'est un énorme problème. Nous faisons une partie du travail, le reste doit être effectué par les gouvernements évidemment en premier lieu, les parlementaires - je ne vais pas insister là-dessus - et les populations. Celles-ci doivent être informées pour exiger de leur gouvernement, avec le soutien de la communauté internationale s'il le faut, de mettre en place les services auxquels la loi locale les autorise. Le problème de l'avortement illégal est un autre problème. Il faut que tout service de santé de la reproduction donne accès aux femmes et aux professionnels qui vont pouvoir traiter des complications liées à l'avortement et qu'aucune législation ne s'y oppose. Mais pas grand-chose n'est fait dans ce domaine. Les femmes qui subissent des complications d'avortements illégaux doivent avoir accès à des professionnels qui règlent les problèmes, pour lesquels existent des protocoles très bien établis.

Mme FAVIER.- La dernière conférence mondiale sur le SIDA à Bangkok a vu, pour la première fois, une rencontre organisée formellement entre les organisations de planification familiale et les associations de femmes séropositives. C'est important. Cela signifie qu'il existe une volonté et un début de rencontre sur le terrain entre les acteurs de ces deux secteurs. Les politiques ont-ils vraiment pris la mesure de la nécessité de la lutte contre le SIDA ?

Non, je ne crois pas. Il n'y a qu'à voir les conséquences de la politique de la Banque Mondiale – qui a d'ailleurs été dénoncée dans un des exposés – qui demandait aux Etats de répercuter sur les usagers le coût des services de santé et tout le problème de la déstructuration des services publics de santé. C'est une véritable catastrophe. Aujourd'hui, le résultat est une baisse de l'accès aux soins et de la possibilité d'avoir des structures de soins adaptés. Je pense, qu'au niveau international et des gouvernements respectifs, la mesure n'est pas du tout prise de la catastrophe économique et sociale qu'est le SIDA aujourd'hui dans le monde. Je crois que nous sommes tous là pour faire changer un peu cette situation : changer un peu, ce n'est pas si mal que cela !

Mme Hélène FREUNDLICH.- Je suis chargée des actions femmes à SIDA INFO SERVICE, et notamment des programmes de promotion du préservatif féminin. J'ai deux questions, qui se rejoignent, à l'attention de Mme NGUINI EFFA. Il me semble qu'elle a évoqué la possibilité de rendre obligatoire le dépistage chez les femmes enceintes. Je voudrais savoir si j'ai bien compris cette proposition ou s'il ne s'agirait pas plutôt de proposer le dépistage de façon systématique au lieu de l'imposer. Je relie cette question à celle qui concerne la pénalisation de la transmission du virus qui fait actuellement l'objet d'un débat suffisamment sensible et douloureux en France pour que mes oreilles aient achoppé sur cette communication de Mme EFFA.

Mme NGUINI EFFA.- Conformément aux Droits de l'Homme, on ne doit pas obliger quelqu'un à faire un dépistage. Mais si on pouvait le faire pour les femmes enceintes afin de sauver les enfants qu'elles portent, ainsi qu'elles-mêmes - vous avez entendu parler du programme PTME + - ce serait une bonne chose. C'est une proposition parmi tant d'autres qui entre dans ce cadre. Pour la pénalisation des partenaires qui contaminent leur conjoint, je ne parle pas que de l'homme. Quelquefois, il faut sévir et prendre des mesures fortes, même si les Droits de l'Homme nous crient dessus. Chez moi, on disait : « Autrefois, tu vivais dans la barbarie ». Il faut parfois utiliser cette barbarie ! Excusez-moi de le dire.

Mme FREUNDLICH.- Vous incitez au dépistage alors qu'il y aura au-dessus de la tête des personnes la possibilité d'une pénalisation ? Il suffirait de ne pas aller se faire dépister ! C'est l'effet pervers.

Mme NGUINI EFFA.- Ce n'est pas ce que je suis en train de dire. Je parle du dépistage pour les femmes enceintes afin de pouvoir sauver le bébé à naître et ces femmes. Je ne parle pas de pénalisation pour le partenaire qui cacherait sa séropositivité à son conjoint. Si nous ne proposons pas le dépistage, nous ne pourrions arriver à rien ; les gens ne sauraient pas s'ils sont ou non malades.

TROISIEME PARTIE : LA PRATIQUE DU MFPF ET DE SES PARTENAIRES : L'APPROCHE GLOBALE DU PROGRAMME DE REDUCTION DES RISQUES SEXUELS

Table ronde

Avec : Françoise Laurant (présidente du MFPF), Tene Kone (association ALAVI, Burkina Faso), Josiane Randriamanantena (association FISA, Madagascar), Claire Mine Nogme (Cercle d'initiative des filles et des femmes d'Hegba, Cameroun).

Mme LAURANT.- Cette table ronde devrait permettre de mieux comprendre avec qui nous collaborons dans les trois pays concernés par notre programme - Cameroun, Burkina et Madagascar -, comment nous travaillons et quel est le résultat des démarches que nous avons engagées avec les associations locales. Je ne vais pas rappeler, car Carine FAVIER en a déjà parlé, comment est né le programme de « réduction des risques sexuels » que nous développons en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et bientôt dans les territoires d'outre-mer. Aux vues de la pratique que nous avons développée à travers ce programme, divers représentants d'instances nationales et de groupes d'experts nous ont suggéré que cette approche pourrait être pertinente dans le contexte africain. Du coup, nous nous sommes dits que nous pourrions tenter l'expérience, et ce d'autant plus que nous avons déjà des relations avec des associations au Burkina et à Madagascar. Nous avons déposé en 2002 un dossier auprès de la Fondation Mondiale SIDA qui l'a accepté. Et c'est comme cela que nous avons démarré. Le programme est maintenant financé par la Fondation de France.

Nous avons décidé de travailler localement avec des associations de femmes assez diverses, qui ne sont pas forcément des spécialistes ou qui ne sont pas uniquement sur le champ du SIDA, même si certaines d'entre elles le sont. Le parti pris était de ne travailler qu'avec des associations de femmes. Nous formons comme animatrices des militantes que ces associations choisissent. Ce sont ces associations qui développent ensuite la dynamique d'animation de groupes de parole de femmes ou « de causerie » comme on dit plus souvent en Afrique. Ce programme privilégie un travail de terrain avec des femmes en difficulté de prévention, à travers les groupes de parole. Ces groupes se réunissent pendant sept séances environ. Ce sont les mêmes femmes qui se rencontrent régulièrement avec l'animatrice. L'échange entre femmes est primordial dans ces groupes, tout autant sinon plus que l'apport d'information donné par l'animatrice ou par un intervenant extérieur. Ces groupes ne parlent pas uniquement du SIDA et des infections sexuellement transmissibles. On y parle du corps, de la grossesse, de la contraception, des rapports avec les enfants. Il y a aussi des échanges sur les violences, les droits et bien d'autres sujets. La plupart du temps, les femmes reviennent d'une séance sur l'autre et tiennent à ce type de démarche. Elles affirment qu'elles ont repris confiance en elles, qu'elles ont retrouvé une estime d'elles-mêmes et découvert qu'elles pouvaient peut-être faire des choses alors qu'elles s'en croyaient incapables. A partir du moment où le bilan fait par des participantes à ces groupes nous dit positivement cela, nous jugeons avoir atteint une grande partie de notre objectif. Suite à leur participation aux groupes, des femmes se sentent en situation de parler à leur entourage, dans la famille, avec leurs voisines... Notre idée serait d'aller plus loin - en France, nous n'y sommes pas encore - et de permettre à un certain nombre d'entre elles de pouvoir devenir des « femmes relais », selon le terme en France.

Cela fait maintenant trois ans que nous menons cette action. Entre le Burkina et le Cameroun, plusieurs milliers de femmes se sont impliquées dans ces groupes. Même si, pour nous, c'est beaucoup, au niveau de chaque pays c'est peu. D'ailleurs, les représentants des Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou d'autres nous disent souvent : « C'est une goutte d'eau, ce que vous faites ! » Oui, mais nous avons comme théorie que les gouttes

d'eau peuvent parfois faire déborder le vase ! Dans chacun des pays où nous intervenons, nous avons rencontré de nombreux représentants officiels pour présenter notre organisation, le programme et les associations partenaires. Au début, nous avons rencontré des réticences et des incompréhensions. Certains pensaient que nous étions un service de l'Etat, car les Plannings familiaux sont souvent des institutions publiques dans de nombreux pays africains. D'autres se demandaient ce qu'une association de planning familial, à laquelle l'image « contraception » colle, allait bien pouvoir apporter sur le terrain du SIDA. Nous avons eu à expliquer de nombreuses choses, y compris que nous n'étions pas des médecins et que nous ne faisons pas des présentations « médicales » des risques sexuels. Ce n'est pas encore gagné. Mais grâce à la mobilisation d'un certain nombre d'acteurs sur le terrain, l'intérêt pour notre programme commence à se renforcer, y compris de la part des représentants des Conseils nationaux de lutte contre le SIDA. Un autre objectif du programme est d'aider les associations partenaires à développer des relations avec les institutions, à se faire reconnaître par celles-ci et à faire du lobbying. La première action de lobbying à mener consiste à obtenir la baisse du prix du préservatif féminin, qui est beaucoup plus cher que le préservatif masculin. Même si notre programme n'est pas réalisé uniquement dans le but de promouvoir le préservatif féminin, c'est un sacré outil sur lequel nous nous appuyons ! Les femmes sentent qu'elles ont quelque chose à leur disposition dont elles ont la maîtrise. Mais tant qu'il restera à ce prix, il ne sera pas crédible pour les femmes.

Je vais maintenant demander à chacune des intervenantes de se présenter, de présenter son association, puis de nous raconter ce qui se vit dans ces groupes de parole de femmes. En dernière partie de cette table ronde, je demanderai aux intervenantes de nous raconter quelles ont pu être les répercussions de l'action au sein de leur structure, dans les relations de leur association avec d'autres acteurs. Je vous présente : Josiane RANDRIAMANANTENA, de la FISA à Madagascar qui est une association de planning familial membre de la Fédération internationale du planning familial (IPPF) l'équivalent du MFPP à Madagascar. Claire MINE NGOME, du Cameroun. Nous avons fait exprès de faire venir une « copine » du Cameroun qui vient juste d'être formée comme animatrice pour qu'elle nous raconte ce qu'elle attend de la

formation qu'elle a eue. Elle n'a pas encore d'expérience dans l'animation de groupes de parole des femmes. Aminata DIALLO de Bobo-Dioulasso et Tene KONE de Ouagadougou au Burkina Faso.

Mme RANDRIAMANANTENA.- Je voudrais tout d'abord remercier le MFPF d'avoir choisi notre association pour représenter mon pays à ce colloque. Nous sommes deux associations sœurs, comme vient de le dire Françoise, toutes deux membres de l'IPPF. La FISA a été créée en 1967. C'est un mot malgache qui signifie « famille heureuse ». Elle est devenue membre à part entière de l'IPPF en 1971. Elle a connu des hauts et des bas, jusqu'à l'emprisonnement de certains de ses membres à l'époque où le régime était pronataliste. Notre association est la première à œuvrer pour le planning familial dans le pays et aussi la pionnière pour la promotion de la santé de la reproduction. Considérant que le planning familial était un sujet lié à la population, la FISA était et est encore enregistrée auprès du ministère de la Population. Mais vu que les concepts de démographie et de santé sont actuellement indissociables, l'association travaille et développe également des programmes avec le ministère de la Santé. La FISA est une association de dimension nationale. Elle dispose actuellement de 10 cliniques...

Mme LAURANT.- Pour les Français, il faudrait expliquer que les cliniques sont des sortes de centres de planification familiale ou de dispensaires.

Mme RANDRIAMANANTENA.- ... et de 80 services conjoints, au niveau des services publics, des médecins et des cliniques privées. Nous avons également des sites de distribution à base communautaire dans cinq des six provinces que le pays compte. La FISA dispose de 105 permanents répartis au siège et dans les six antennes régionales. Le personnel est composé de médecins, de sages-femmes, d'assistantes sociales, d'infirmières et de quelques personnes de spécialités différentes dans la communication, l'évaluation, ainsi que des agents d'administration. Nos principales activités sont : des prestations de services de santé de la reproduction et de planification familiale, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Nous sommes en train de mettre en place des centres de dépistages volontaires et une politique de prévention qui vise surtout au changement des comportements.

Il faut savoir que Madagascar est encore régi, comme certains pays d'Afrique, par la loi de 1920 : l'interdiction de faire de la publicité des méthodes contraceptives n'est pas encore abrogée. Cependant, une politique nationale de population a été adoptée en 1990 et s'est traduite par une loi qui nous a permis de travailler librement sur le planning familial et de distribuer des contraceptifs. Le taux de prévalence contraceptive n'est qu'à 18 % par rapport au nombre de femmes en âge de procréer, malgré une évolution positive ces dernières années. Les trois quarts de la population vivent en milieu rural, dans des zones enclavées et n'ont pas encore suffisamment accès à des services de planification familiale. L'offre de service est encore insuffisante dans le pays. Beaucoup de demandes et de besoins restent non satisfaits, dûs à une inaccessibilité financière et géographique et des raisons liées aux services même, en l'occurrence la qualité de service.

En matière de VIH/SIDA, le pays déclare avoir un taux de prévalence plutôt bas, de l'ordre de 0,15 en 2000. Mais différentes recherches montrent que le nombre de personnes vivant avec le VIH ne cesse d'augmenter. En 2004, on estime qu'une personne sur 95 est séropositive. Les causes immédiates de l'augmentation constante du VIH sont la forte prévalence des IST¹¹. Majoritairement, les femmes sont les plus touchées. Dans le cadre d'études sur la prévention des transmissions mère-enfant, une enquête a été réalisée auprès des femmes enceintes. Celle-ci a montré que c'étaient surtout les femmes mariées, donc vivant avec le père de leurs enfants, qui sont plus touchées par le VIH.

Mme LAURANT.- Merci, Josiane. Je passe la parole à Claire. Au Cameroun, nous avons formé des animatrices d'une dizaine d'associations dans un premier temps. Nous venons de former une nouvelle génération d'animatrices issues des mêmes associations, mais aussi de nouvelles structures. Claire est militante d'une de ces nouvelles associations.

Mme MINE NGOME.- Je vais présenter notre association qui s'appelle CIFF, cercle d'initiative des filles et des femmes HEGBA, créée par la loi de 1990. C'est une petite association d'aide au développement et à la promotion de la femme dans les domaines socio-économique et culturel. Elle est parrainée

par une association appelée *Sauvegarde* qui regroupe de nombreuses petites associations d'auto-développement. Dans le domaine culturel, le CIFF est très impliqué dans la vie pratique du village. Nous participons par exemple, avec des petites tontines, à l'achat de cahiers pour offrir aux enfants en forme de prime afin d'encourager les parents à les envoyer à l'école. Dans le domaine économique, nous collectons également des fonds qui permettent d'aider les femmes du village à acheter, par exemple, un petit matériel agricole qui les aide à transporter leurs marchandises pour la ville, des roues et des matières pour les champs communautaires. Le CIFF participe à la collecte de fonds pour la construction de petits centres de santé, où les villageois peuvent recevoir des soins infirmiers. Nous organisons régulièrement des causeries éducatives, plus particulièrement dans le domaine de la contraception, de la planification familiale, de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA.

Mme LAURANT.- Cette association travaille dans un village près de Yaoundé. Je passe maintenant la parole à Aminata DIALLO, puis à Tene KONE du Burkina Faso.

Mme DIALLO.- Je suis la présidente d'une association qui s'appelle MAIA. Nous l'avons créée suite à un constat : beaucoup de jeunes filles dans les collèges et lycées abandonnent l'école pour diverses raisons. Parmi ces raisons, on peut citer la pauvreté, le SIDA, la maltraitance des familles d'accueil, les mariages forcés et précoces, les grossesses non désirées. Face à tout cela, nous avons essayé de développer des stratégies pour aider les jeunes filles à poursuivre leur scolarité le plus longtemps possible. Nous pensons que la scolarisation des filles est très importante. Les activités de MAIA sont les suivantes : le parrainage d'enfants en difficulté, la formation des jeunes filles, la sensibilisation des femmes dans le domaine du droit et de la santé reproductive. Nous avons un bureau d'écoute dans notre lycée. Les filles peuvent venir y expliquer leur problème et nous essayons de leur apporter un soutien moral, psychologique, juridique, etc. Actuellement, nous parrainons 80 jeunes filles. Nos formations s'adressent aux jeunes filles qui abandonnent leurs études et qu'il n'est pas possible de scolariser à nouveau. Nous organisons des séances éducatives. Comme les intervenants

l'ont sans cesse souligné, l'importance de l'éducation sexuelle s'impose. Nos jeunes n'ont pas d'information concernant leur sexualité. Ce n'est pas dans le programme scolaire et les élèves ne savent pas où trouver l'information. Nous donnons cette information sexuelle.

Mme KONE.- Je suis de l'association ALAVI : « La santé, c'est la vie. » Nous avons abrégé en : « A la vie ». L'association ALAVI a été créée en 1995 à Bobo-Dioulasso. Elle fait partie des toutes premières associations de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso. Elle a pour mission de promouvoir la dignité et l'autonomie des personnes vivant avec le VIH. Nous intervenons aussi bien en ville que dans les milieux ruraux.

Nous proposons une prise en charge psychosociale et médicale aux personnes atteintes par le VIH. Notre spécialité est de les prendre en charge sur le plan de la santé en les aidant à se prendre en charge par leurs propres moyens mais à moindre coût. C'est pour cela que nous intégrons la promotion des activités génératrices de revenus, afin d'améliorer l'accès économique aux soins. Nous menons aussi des activités de prévention de la transmission mère-enfant et des activités d'éducation des femmes et des jeunes à la prévention et au traitement de l'infection à VIH, ainsi que la prise en charge des enfants orphelins du SIDA de père ou de mère et de veuve. Nous nous occupons aussi de prévention et de promotion de la santé reproductive auprès des jeunes. Nous nous appuyons sur les jeunes pour cela, en mettant en place des formations de jeunes pairs éducateurs. L'association a six antennes en zone rurale et couvre 79 villages. Ce sont les jeunes pairs éducateurs, que nous formons dans les villages, qui mènent l'activité en matière de sensibilisation auprès de leurs camarades et de leurs parents. Ces jeunes sont constitués en équipe de deux à trois personnes. Dans chaque équipe, il y a une fille et un garçon. Le programme avec le MFPP nous a amené à compléter nos activités de sensibilisation sur le terrain. Nous sensibilisons des groupes de femmes, dans les associations et même dans le milieu scolaire.

Mme LAURANT.- Je vais maintenant demander à chacune d'entre vous, en commençant par Claire, de nous dire ce que vous avez découvert à travers le

programme de « réduction des risques sexuels », les points saillants de ce qui s'est passé avec les femmes dans les groupes de parole que vous avez animés. Claire nous a dit que, dans son association, elles animaient déjà depuis un moment des causeries. Pourtant, elle a participé à la formation que nous venons d'encadrer au Cameroun. Claire, peux-tu nous dire pourquoi tu as suivi cette formation et quel changement cela pourrait provoquer dans les causeries ou d'autres types d'intervention que tu mènes avec des femmes sur le terrain ?

Mme MINE NGOME.- Je n'ai pas encore animé de groupes depuis la formation d'animatrices avec le MFPP. D'abord, je pense que cela va renforcer mes connaissances pour savoir comment mieux aborder les femmes. Je n'avais pas de formation de ce type. Cela va me permettre d'écouter les femmes, de les comprendre, de savoir les mobiliser pour les amener à une causerie éducative.

Mme LAURANT.- Tu es la seule dans ton association à être formée ?

Mme MINE NGOME.- Oui. Comme je suis beaucoup sur le terrain avec les femmes, les autres membres de mon association ont demandé à ce que ce soit moi qui aille faire la formation.

Mme LAURANT.- Je vais maintenant passer la parole à nos amies du Burkina Faso ! L'une est à Bobo-Dioulasso, l'autre à Ouagadougou et leurs associations sont très différentes.

Mme DIALLO.- Nous avons rencontré le MFPP en 2002. Ce fut pour nous une bonne chose car nous étions confrontés à un problème auquel nous ne savions pas répondre: les grossesses non désirées et précoces chez les jeunes filles. Cela concernait des élèves de 6^e, de 14-15 ans, qui sortaient à peine du primaire et qui se retrouvaient enceintes. Je voudrais donner l'exemple d'une adolescente de 6^{ème}, qui venait aux activités de l'association et qui était tout le temps malade. On pensait qu'elle était atteinte de la malaria et je l'ai encouragé à se faire soigner. Lorsque j'ai revu cette jeune fille trois mois plus tard, elle m'a avoué ceci : « Madame, j'ai honte de vous

le dire, mais je suis enceinte. » Nous voyons donc des filles qui tombent enceintes et qui ne le savent pas ! Il y a un gros problème d'information.

La rencontre avec le MFPF nous a permis de former quatre animatrices dans les deux grandes villes du Burkina : Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Le MFPF travaille en partenariat avec six autres associations de la ville de Bobo-Dioulasso, dont des associations de lutte contre le SIDA, de défense des droits de la femme, de promotion de la scolarité des jeunes filles, de protection de l'environnement. Cela a permis de former plus d'une trentaine d'animatrices qui sillonnent maintenant les quartiers, les bars, les cours et les villages environnants, pour diffuser les informations en matière de santé sexuelle auprès des populations.

A MAIA, nous avons eu l'appui des chefs d'établissements qui, voyant le problème des grossesses précoces, étaient désemparés parce qu'il n'y a pas d'éducation sexuelle dans les établissements. Ils nous ont autorisé à utiliser des salles de classe pour faire des groupes de parole avec les jeunes filles. Les thèmes abordés lors de ces causeries portent sur la connaissance du corps, la contraception, le VIH/SIDA, le suivi gynécologique, les violences... De nombreuses jeunes filles et femmes ne connaissent pas leur corps. Lors de la causerie sur l'anatomie, des filles ne pouvaient pas citer certaines parties de leur corps. Les causeries sur le suivi gynécologique intéressent beaucoup les femmes âgées. Nous avons été très étonnées de savoir que ces femmes étaient en demande. Elles étaient là parce qu'elles ne vont pas dans les structures de santé, sauf si elles sont malades. Tant que cela va, elles vaquent à leurs occupations. Quand cela ne va pas, elles vont à l'hôpital et quelquefois c'est trop tard, surtout pour les cancers féminins.

C'est toute une stratégie que nous développons selon les groupes de parole. Il faut l'adapter au contexte culturel, social... Dans la constitution des groupes, nous veillons par exemple à ce que les jeunes et les adultes ne soient pas ensemble pour permettre une meilleure participation des membres du groupe. De même, l'approche est différente dans les villes et les villages. Dans les villes, nous passons par les associations de femmes ou nous faisons du porte à porte, tandis que dans les villages, nous passons par les chefs de

village et les griots avant de rencontrer les femmes. Dans l'ensemble, les causeries se passent bien. Les animatrices s'excusent à l'avance auprès des femmes lorsqu'elles abordent les thèmes liés à la sexualité, particulièrement à l'anatomie. Les causeries sont faites soit en français, soit dans les langues locales et cela dans une ambiance chaleureuse. Quand le besoin d'information complémentaire se fait sentir, nous faisons appel à des personnes ressources : éducatrice sociale, magistrat, sage femme, gynécologue... On peut dire que ces groupes de parole ont été très bénéfiques pour les femmes qui y ont trouvé un cadre d'expression, d'échange et de partage de leurs connaissances.

Mme KONE.- Le programme nous a permis de nous rapprocher davantage des femmes, de les soutenir et cela les a beaucoup aidées. Elles se sont libérées. Elles étaient renfermées chez elles avant. Les femmes ne savent pas quoi faire quand elles ont des problèmes sexuels. Quand elles vont dans les centres de santé, elles ont honte d'expliquer leur problème au médecin, soit parce que c'est un homme, soit parce que c'est une femme qu'elles imaginent supérieure à elles. Elles ne se sentent pas capables d'expliquer leur problème réel à cette dame. Dans les causeries, c'est tout le contraire qui se passe. Une fois que nous abordons le sujet et qu'elles discutent entre elles, elles veulent toutes nous parler de leurs problèmes. A partir de là, nous nous sentons un peu débordées. Au lieu de rentrer chez elles après la causerie, elles viennent chacune à tour de rôle pour nous poser le problème réel qui existe ! Ensemble, nous sommes obligées de nous asseoir. Nous les écoutons. Ensuite, nous les conseillons, nous les orientons en leur proposant des solutions. Nous ne disons jamais : « Il faut faire cela », mais nous leur proposons : « Tu peux faire ceci ou cela ; à toi de choisir ce qui te convient. » C'est à partir de là que les femmes se libèrent et commencent des démarches.

Nous avons, par exemple, rencontré une femme qui a des problèmes avec son mari et toute la famille parce qu'elle n'a pas fait beaucoup d'enfants. Elle en a deux. La famille veut que le mari divorce pour en épouser une autre, parce qu'ils ont vraiment besoin d'enfants. La femme se retrouve avec ce problème sur le dos, avec son mari qui écoute ses parents. Elle est toute seule, sans

soutien. Quand nous avons fait l'évaluation avec les femmes du groupe auquel elle participait, la femme s'est approchée de nous pour dire : « Tout ce que vous avez dit, cela me concerne ». Pour elle, ce qu'elle vit est une violence ; elle est violée mais d'une autre façon. Quand nous avons abordé le thème des violences dans son groupe, elle s'est sentie tout de suite concernée et elle est venue nous demander : « Qu'est-ce qu'il faut faire ? ». Nous l'avons orientée vers une juriste, qui l'a aidée. Je vous assure que, à titre individuel, le programme m'a intéressé parce que je fais partie de ces femmes qui ont subi des violences. Pourquoi m'asseoir sans aider les autres ? En Afrique, la violence se fait d'une manière douce. Ce n'est pas en frappant que la femme est violée, ce n'est pas en l'insultant, mais par le mariage forcé. Nous sommes obligées d'accepter, nous n'avons pas choisi. Et beaucoup de femmes africaines subissent cela. Le programme avec le MFPP nous intéresse beaucoup. Nous aimerions qu'il soit national, sur toute l'étendue du territoire du Burkina Faso. Moi-même, sincèrement, je m'engage à le faire jusqu'au bout du Burkina !

Mme LAURANT.- A Madagascar, nous avons démarré le programme plus tard que sur les autres sites à cause de la situation politique dans ce pays. Une première génération d'animatrices a été formée. Vous avez fait des groupes, mais nous n'avons pas encore fait la formation de la deuxième génération d'animatrices.

Mme RANDRIAMANANTENA.- Nous sommes deux associations d'envergure nationale choisies par le MFPP : la FISA et le SAF/FJKM qui est une association religieuse d'obédience protestante. Dix neuf animatrices ont été formées en tout, dont trois de notre association et seize de l'association protestante. Ces dernières ont plutôt travaillé en milieu rural, et nous en milieu urbain. Après les formations, nos trois animatrices ont organisé des séances de groupes de parole. Six groupes ont été constitués et trois cents femmes y ont participé.

Les résultats ont été satisfaisants, en ce sens que les femmes se sont vraiment senties considérées dans les groupes et ont pu mettre en valeur l'estime d'elles-mêmes. Nous avons senti que des hontes ont été levées.

Certaines femmes, qui avaient déjà eu recours à la planification familiale, en ont parlé dans le groupe et leurs témoignages ont incité et motivé les autres à le faire. Les animatrices ont pu ensuite orienter les femmes vers nos centres de planification familiale. Nous avons constaté que les femmes étaient vraiment assidues et encouragées dans les groupes de parole. Elles se sentaient considérées, elles étaient motivées et surtout libérées de certaines contraintes du mari, de la famille, de la belle-famille. A la fin des séances, elles se sont constituées elles-mêmes en femmes relais : « Je vais faire des groupes dans mon quartier, je vais en parler à ma famille, à ma belle-famille. » Elles ont montré que beaucoup de choses avaient changé dans leur vie. Par ailleurs, le programme a eu un impact positif sur les animatrices elles-mêmes. Elles se sont découvertes à travers l'animation des groupes. Au moment des évaluations, elles nous ont dit qu'elles commençaient à se sentir plus sûres d'elles.

Cependant, le travail d'animation des groupes n'a pas toujours été facile. Les animatrices ont rencontré des difficultés. Par exemple, pour constituer des groupes, il a d'abord fallu faire un long travail auprès des chefs de quartier pour obtenir leur soutien. C'est tout un processus. Certaines difficultés s'apparentent aussi aux blocages liés aux traditions et aux croyances. Les traditions ne sont pas très différentes de celles de nos amies africaines. Le SAF/FJKM, qui est d'obédience protestante, a été plus directement confronté à des problèmes de croyance et de foi. Les groupes de parole animés par cette association étaient surtout composés de femmes d'église. Très souvent, les réunions se passaient dans l'église même. Mais comme il s'agissait de parler de sexualité et surtout de l'utilisation du préservatif féminin, il a fallu chercher un autre lieu de réunion, plus neutre ! Un autre problème était l'hétérogénéité des groupes, souvent constitués de femmes de différents âges. Cela pouvait aller de 15 à 45 ans, voire même plus de 65 ans. Il fallait aussi compter avec les différences d'instruction, certaines femmes étant très instruites et d'autres illettrées. Une autre chose était les différences dans la situation matrimoniale des femmes, avec des divorcées en même temps que des mariées, des veuves et des célibataires. Il était difficile de gérer tout cela. Les animatrices ont aussi eu de grandes difficultés à trouver des créneaux horaires où les femmes pouvaient être disponibles pour tenir les

séances. Il fallait pour certaines travailler le samedi et le dimanche. Grâce à leur enthousiasme et à celui des femmes, les animatrices ont pu tenir des réunions en dehors des heures de travail, travailler très tard le dimanche après les réunions des femmes d'église. Les difficultés ont été surmontées. Les équipes qui ont fait l'évaluation ont vu ce que c'était. Les femmes des groupes, tout comme les animatrices, veulent vraiment continuer le travail engagé.

Mme MINE NGOME.- Nous rencontrons aussi beaucoup de difficultés dans notre travail. D'abord, l'accès à nos villages est difficile et il nous arrive de ne pas trouver de moyens de transport. Nous sommes obligées de marcher, sous le soleil ou sous la pluie. Il faut faire un aller-retour, partir le matin et rentrer dans l'après-midi. Pendant les causeries éducatives, nous ne pouvons pas parler de VIH sans parler de sexualité. Cela pose problème à certaines mamans, qui ont des filles de 15-16 ans. Elles ne veulent pas assister aux causeries avec leurs filles car elles ne peuvent pas parler de leur sexualité devant leur enfant. Elles ont un peu honte. Du coup, ces femmes reviennent vers nous en dehors des séances de causerie pour parler plus ouvertement de leurs problèmes, de ceux de leur couple, du plaisir sexuel...

Les femmes sont souvent confrontées à la violence de leur mari dès qu'il s'agit de contraception. Le mari ne veut pas que la femme prenne de pilule, qu'elle se protège et qu'elle planifie ses naissances. Il veut que la femme ait toujours des enfants. Quand cette dernière doit prendre la pilule, il faut qu'elle se cache. Elle doit cacher ses pilules dans le grenier, dans son panier de semence... Si le mari s'en rend compte, cela cause des problèmes. Du coup, certaines femmes préfèrent des injections, mais le centre de santé du village n'est pas ravitaillé en médicaments ! Les infirmiers ne viennent plus parce qu'on ne peut pas les payer, et il n'y a même plus de médicaments. Notre association a essayé de mettre des pilules à la disposition des femmes au centre de santé. Mais comme nous n'avons pas beaucoup de moyens - nous ne sommes pas une grosse association - nous ne pouvons pas tout le temps financer l'achat de médicaments.

Nous sommes aussi parfois confrontées à l'agressivité des hommes du village. Quand ils nous voient rassemblées en train d'expliquer aux femmes, au cours des causeries éducatives, comment utiliser le préservatif, ils nous

disent : « Voilà l'école que vous voulez donner aux enfants et à nos femmes. Est-ce que vous trouvez cela normal ? » Nous nous retrouvons face à une situation difficile. Si nous ne sommes pas courageuses, nous ne pouvons plus rentrer au village. Mais nous sommes déterminées, nous voulons que la situation des femmes change. Je voudrais que d'autres femmes ne vivent pas ce que j'ai vécu. Je suis mère de six enfants. J'ai fait des enfants sans planifier les naissances. Cela ne veut pas dire que je n'étais pas au courant, mais j'ai été obligée d'avoir des enfants. Ce sont des violences que nous subissons dans nos ménages. Et aujourd'hui, je suis seule à m'occuper de mes enfants. C'est une situation difficile, mais c'est ce qui me pousse à ne pas lâcher, à aller toujours vers ces femmes et jeunes filles pour leur parler.

Mme DIALLO.- Effectivement le travail des animatrices n'est pas toujours facile, surtout pour celles qui vont dans les villages. Nous avons un groupe de parole dans un village situé à une vingtaine de kilomètres de Bobo-Dioulasso. Notre animatrice a dû passer par le chef de village, qui a désigné deux personnes pour faire le tour des pâtés de maisons, afin que les hommes laissent les femmes venir à la causerie. La contribution de ce chef de village a été vraiment bénéfique, il nous a beaucoup facilité les choses.

Mme KONE.- Les difficultés rencontrées sont surtout au niveau des hommes, comme cela vient d'être souligné. Parfois, certains hommes acceptent dans un premier temps que leurs femmes participent aux causeries. Mais après plusieurs séances, quand la femme commence à changer, cela devient autre chose ! La femme se trouve alors confrontée à d'autres difficultés qu'il faut l'aider à gérer. Par exemple, l'homme commence à croire que ces causeries incitent les femmes à refuser les rapports sexuels. Dans le travail quotidien de notre association, nous recevons tout le monde : ceux qui viennent pour se faire dépister, pour la prise en charge, pour les soins médicaux, pour des informations etc. Quelques maris de femmes qui participent aux causeries cherchent à me rencontrer. Je prends alors le temps de m'asseoir pour converser avec eux et leur parler de l'importance de ces causeries avec les femmes. Je leur explique que ce n'est pas pour leur dire de refuser les rapports sexuels, mais pour leur dire que nous devons nous protéger. Nos familles sont assez nombreuses. Les enfants ont besoin de nous. Si la

maman est infectée en même temps que le papa, il n'y aura personne pour prendre la relève. Qui va éduquer les enfants ? C'est pourquoi nous avons décidé de nous entraider, puisque nous n'avons pas les moyens d'avoir tout ce qu'il faut et de subvenir à tous ces besoins. Mais en parlant entre nous et en passant par l'éducation, nous arrivons à sauver ou à retarder le déclenchement de la maladie. Même si cela est difficile, certains hommes comprennent et nous devenons des amis plus tard ! C'est pour dire qu'avec du courage et de la patience, nous pouvons y arriver. Il ne faudrait pas que nous baissions les bras en disant : « C'est comme cela ! ». Nous devons aussi éduquer les hommes. Ce n'est pas facile pour nous mais c'est très important.

Mme RANDRIAMANANTENA.- Je voudrais aller dans le sens de ce qu'a dit Tene KONE à propos de la sensibilisation des hommes. Cela est très important. D'ailleurs, à partir de l'expérience acquise dans le programme avec le MFPP, nous comptons développer des groupes de parole en direction des hommes. Nous arriverons certainement à ce que vient de dire Tene, c'est-à-dire faire parler les hommes, car ils ont eux aussi des difficultés.

Mme LAURANT.- Nous allons prendre une première série de questions et commentaires de la salle avant de poursuivre les échanges avec nos intervenantes.

Mme LOSIER-COOL.- Quel est le financement de chacune de ces associations ? Est-ce qu'il vient du Mouvement Français pour le Planning Familial ?

Mme KONE.- Le Planning familial finance la formation des animatrices et les groupes de parole.

Mme LAURANT.- J'en profite pour donner la parole aux militantes de nos associations départementales qui animent le programme en Afrique. Elles vont répondre à la question du financement. Vos points de vue suite aux évaluations peuvent être aussi très riches.

Mme Christine MAUGET.- Je fais partie de l'association départementale du Planning Familial de la Vienne (Poitiers). Je participe au programme de

« réduction des risques sexuels » au Burkina Faso depuis le début. Avec le soutien de la Fondation de France, le planning finance la formation des animatrices, les groupes de parole et la fourniture de préservatifs féminins aux associations partenaires. Chaque association reçoit une dotation, qui correspond à une somme calculée en fonction du coût de la vie, des besoins, etc. pour mettre en place chaque groupe de parole. Au début, nous avons financé deux, puis trois, puis quatre groupes. Les associations ont proposé qu'une part de cette dotation aille au fonctionnement de l'association, l'autre part étant donnée à l'animatrice pour les groupes de parole. L'argent sert notamment à payer l'essence, qui est très chère au Burkina, les animatrices se déplaçant souvent en mobylette. En Afrique, les distances sont parfois importantes. Sept interventions pour un groupe de parole, cela fait beaucoup d'allers-retours. Cette dotation comprend aussi les petits défraiements pour les animatrices - c'est beaucoup de travail bénévole - et, parfois, les petits cadeaux et le pot, les petites choses qu'elles apportent au chef de village et aux femmes. Dans certains villages, les animatrices donnent au groupe du savon, du sel etc... Ce que nous donnons aux associations est modeste, parce que notre financement l'est aussi. Voilà ! c'est un appel aux financeurs !

Au Burkina, nous intervenons sur Bobo-Dioulasso et Ouagadougou, mais nous commençons à aller aussi sur Kaya et à étendre notre action aux villes alentour, à essaimer sur le territoire grâce aux associations partenaires. Il y a actuellement 67 animatrices formées. Normalement, fin 2005, quand nous retournerons au Burkina pour faire une évaluation, 4 000 femmes auront été touchées par ce programme. Ce n'est pas de la sensibilisation oméga, c'est-à-dire une tribune où on vous dit de mettre des préservatifs. Ce sont des sensibilisations où pendant 15 heures, voire plus, des femmes vont entendre parler de leur cœur, de leur pratique, des violences et autres. C'est une sensibilisation assez conséquente. Les femmes des groupes disent souvent que : « Le temps était débordé ! » J'adore cette expression qui montre bien que les questions arrivaient à flots à la suite des séances.

Au départ, nous avons conçu un module de formation au regard de ce qu'étaient nos pratiques en France et de la petite connaissance du terrain

en Afrique que nous avons. Ce cadre a été ensuite adapté dans chaque pays avec les animatrices, en fonction de ce qui ressortait des évaluations. Au Burkina, les animatrices ont fait remonté deux thèmes-clés et liés qu'on a retravaillé lors de la formation complémentaire. Ces thèmes ont été repérés à partir des préoccupations exprimées par les femmes dans les groupes de parole. Il s'agit de la question des violences et de celle des droits. Les femmes ne connaissent pas leurs droits et puis il y a le problème de coexistence du droit de l'Etat et du droit coutumier. Souvent le droit coutumier s'impose au détriment du droit de l'Etat. Cela est particulièrement vrai pour l'excision. Il y a donc tout un travail de sensibilisation à faire pour casser les représentations et les idées reçues sur l'excision. Du coup, nous avons fait appel à des intervenants locaux pour travailler sur ces questions dans les formations: des juristes qui font partie d'associations de juristes, des personnes du Comité national de lutte contre l'excision... Plus généralement, on essaie d'intégrer systématiquement des professionnels locaux dans les formations (infectiologues, gynécologues, sages-femmes...), qui peuvent ensuite devenir des personnes ressources, des partenaires pour les associations impliquées dans le projet.

Mme Latifa DRIFF.- Je fais partie du Planning familial de Montpellier et je participe aussi au programme au Burkina. Je voudrais souligner un autre élément de l'évaluation. Notre programme, qui intègre complètement la dimension femme dans la lutte contre le VIH, a permis de sensibiliser et de mobiliser des femmes qui n'étaient pas touchées avant par les actions de prévention mises en place par les associations de lutte contre le SIDA.

Mme TOUAMI.- Je participe au programme au Cameroun. Un autre aspect important de notre action est de faire connaître et reconnaître les associations locales et l'intérêt du programme auprès des institutions locales et autres. Par exemple, lors de chaque session de formation et d'évaluation, nous organisons des cérémonies de clôture auxquelles nous invitons des représentants institutionnels locaux. La dernière fois, le médecin qui s'occupe de la section provinciale du Conseil National de Lutte contre le SIDA est venue à la cérémonie. Il a pris ensuite rendez-vous avec les associations et nous savons qu'il les a rencontrées peu de temps après, pour

étendre ce travail qui lui semblait d'un intérêt important et qu'il avait suivi dès le départ, depuis 2003.

Mme AUDOUZE.- Je suis salariée à la confédération du Planning familial, en charge des activités internationales. J'ai participé à l'évaluation du programme à Madagascar. Lors de cette évaluation, un des partenaires, qui est une association protestante, a souligné à quel point la formation leur avait permis d'ouvrir un espace de discussion au sein des communautés protestantes sur le thème de la sexualité, sujet qui reste très tabou. Cette association avait inscrit dans ses priorités d'action la lutte contre le SIDA mais de façon complètement déconnectée des questions de sexualité. La formation d'animatrices leur a donné l'occasion, pour la première fois, de discuter de sexualité entre femmes. Elles se sont rendues compte à quel point l'enjeu de l'éducation à la sexualité était fondamental dans la lutte contre le SIDA.

M. de BERNIS.- J'ai deux questions très rapides. Dans beaucoup de pays, notamment en Afrique, les femmes utilisent des produits pour modifier leur sexualité, souvent pour plaire au mari ou au partenaire. Certains de ces produits, particulièrement ceux qui sont mis à l'intérieur du vagin, irritent, créent des inflammations et favorisent la transmission du SIDA et d'autres maladies. Est-ce que ce sont des réalités que les femmes vous décrivent et est-ce un sujet sur lequel vous travaillez ? Ma seconde question est : lorsque vous travaillez dans les villages ou dans les villes, avez-vous des contacts professionnels officiels avec les dispensateurs de santé ? Les médecins, les sages-femmes et les infirmières qui travaillent sur le terrain n'ont souvent pas de formation concernant les thèmes sur lesquelles vous travaillez. Y a-t-il des actions que vous envisagez de faire ou souhaitez faire en direction des professionnels afin qu'eux-mêmes puissent aussi, dans la communauté, délivrer les messages et avoir des attitudes en faveur de ce que vous-mêmes essayez de faire passer ?

Mme MINE NGOME.- Des professionnels de santé sont souvent invités à intervenir dans les formations d'animatrices. Lors de la dernière formation, une gynécologue nous a parlé de ces pratiques dangereuses pour les fem-

mes. Elle nous a même demandé, dans nos causeries, de dire aux femmes que ces méthodes n'étaient pas bonnes. Je crois que nous allons le faire. Quand nous sommes sur le terrain, nous contactons souvent des professionnels, comme des infirmières ou des infirmiers, pour nous aider et participer avec les femmes à nos causeries éducatives.

Mme DIALLO.- Au Burkina Faso, nous invitons aussi des médecins, notamment un gynécologue, qui vient s'entretenir avec les animatrices ; des contacts sont noués entre ces spécialistes de la santé et nos animatrices. Ces spécialistes leur ouvrent vraiment les portes. A tout moment, les animatrices peuvent les contacter, quand elles ont des problèmes sur le terrain. C'est ce que nous faisons en gynécologie, mais aussi au niveau des droits de l'Homme, de la Femme, avec des spécialistes telle qu'une juge.

Mme NGUINI EFFA.- Au Cameroun, les femmes mettent des feuilles de chanvre pour réduire le vagin afin de plaire plus aux hommes. On utilise aussi une sorte de sel, du vin rouge chauffé... Il y a des recettes miracles ! Mais ce n'est pas un problème purement camerounais. C'est un problème qui montre bien la place des femmes, qui ne prennent pas en compte leur plaisir mais qui font tout pour procurer du plaisir à l'homme. Elles se font des blessures pour rétrécir leur vagin et pour plaire à leur époux. Ainsi, il sait que la femme ne va pas voir ailleurs. Pour l'homme, elles veulent devenir presque vierges. Ce sont des recettes que nous nous passons entre femmes ; même les mères disent à leurs filles qu'il faut faire de cette façon. Cela continue. Je ne sais pas si ces femmes savent que les infections sexuellement transmissibles proviennent aussi de ces pratiques. Nous n'en parlons pas.

Mme MINE NGOME.- Toutes ces pratiques sont une forme de violence à l'encontre des femmes !

Une participante – Quelles mesures envisagez vous pour rendre ce programme pérenne ?

Mme LAURANT.- Une des pistes de pérennisation de ce programme est de mettre en place une formation de formatrices. Cette action permettrait à

certaines animatrices déjà formées de devenir ensuite des formatrices. Comme cela les associations partenaires pourront former elles-même d'autres animatrices dans leurs associations et étendre l'action auprès d'autres associations, surtout en milieu rural.

Mme Sylvia ERRA - Je travaille à l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) à Genève. Je voudrais poser une question et faire deux commentaires. Ma question porte sur la formation. Vous en avez parlé, mais vous n'avez pas dit quel était son contenu, les modules, s'il y avait des spécificités entre les pays, si l'approche au Cameroun était différente de celle de Madagascar ou du Burkina Faso. Je voudrais connaître le contenu de la formation et ce qui fait qu'elle est particulière. Mon commentaire concerne la nécessité de cibler les hommes. A l'OIM, nous avons commencé à nous intéresser aux mutilations génitales féminines depuis quelque temps. Nous nous sommes aperçus que les hommes, que nous considérons comme des bourreaux dans ces cas-là, étaient aussi victimes de violence en quelque sorte. Ils n'ont jamais vu de clitoris sains, ils les ont toujours vus excisés. Ils ne savent donc pas à quoi cela ressemble, ils ne savent pas comment réagit une femme qui n'a pas été excisée. La famille ne les laissera jamais épouser une femme qui n'a pas été excisée. Eux aussi sont en quelque sorte pris en otage de toutes ces traditions. Par ailleurs, on ne fait pas le lien direct entre l'excision et les difficultés à l'accouchement, la stérilité ou les infections et les morts. C'est quelque chose qui se passe entre les femmes elles-mêmes et, généralement, aucun homme n'a jamais assisté à une excision. Souvent la mère s'enfuit et ce sont les vieilles du village qui le font. Il faudrait arrêter de voir les hommes comme des bourreaux et les femmes comme des victimes, et voir que tout le monde est otage du système. Cela permettrait d'avoir une approche différente. Je voulais aussi parler de la question de la pérennité du programme. Peut-être que l'outil de la formation de formateurs pourrait être intéressant. Cela permettrait d'en faire un programme camerouno-camerounais, sans besoin d'aide extérieure et avoir ainsi une pérennité.

Mme Catherine EUDELIN – Je suis de l'association Femmes Solidaires. Concernant l'excision, il faut effectivement absolument collaborer avec les

hommes, informer les femmes et les hommes, faire évoluer les mentalités avec eux. Les hommes convaincus, qui sont sensibilisés sur cette question, peuvent aussi travailler avec les femmes pour informer et convaincre leurs amis masculins. C'est un travail qui se fait un peu en France par l'association GAMS. Mais je ne suis pas pour dire que les hommes ne savent rien des conséquences de l'excision, qu'ils ne connaissent rien. En France, c'est ce que les hommes ont tendance à nous dire lorsqu'ils excisent, alors qu'ils sont très bien informés des lois et de ces questions. Il faut faire attention. Les victimes restent quand même les femmes. L'excision a bien à voir avec le pouvoir masculin de domination sur les femmes.

Nous avons un défaut, nous, les femmes : quand nous faisons un travail énorme, nous ne saisissons pas toujours sa portée. C'est pourquoi je voudrais encourager et féliciter nos amies africaines. Ce que je viens d'entendre est impressionnant, elles font un travail énorme. En France, quand nous participons à des débats avec des femmes africaines et d'autres, on nous renvoie souvent durement : « Il faut respecter les cultures et les traditions ». Nous leur répondons que les traditions ne sont pas celles des violences faites aux femmes. Dans leur pays d'origine, les femmes luttent et sont très actives pour faire reculer ces atteintes aux droits des femmes. Vous faites un travail énorme et vous devenez de plus en plus compétentes. Je ne veux surtout pas que vous banalisiez le travail que vous faites. Même avec l'expérience que j'ai, j'avoue avoir appris beaucoup de choses aujourd'hui.

Mme FAVIER.- Pour répondre à la question sur les contenus de formation, je vous renvoie vers notre document sur le programme car nous n'avons pas le temps ici de détailler les choses. Concernant l'adaptation du programme aux réalités locales, en fait nous avons construit le programme et surtout la formation comme on construit les groupes de parole, c'est-à-dire que nous le faisons progressivement avec les animatrices. C'est ainsi qu'il prend une connotation locale et qu'elles s'en emparent. Elles le construisent, ainsi que l'animation en fonction de leur réalité. C'est en cela qu'il devient approprié et transformé. Le programme qui se fait à Madagascar est différent de celui du Cameroun, car les animatrices et les situations sont différentes. Elles s'en emparent et en font ce qui leur paraît le plus opportun. Votre proposition

est tout à fait ce que nous demandons : notre objectif est de passer au stade de la formation de formateurs. Suffisamment d'animatrices sont formées et connaissent bien le programme. Elles peuvent faire une formation de formateurs et gérer le programme comme il leur semble le plus adapté. Nous avons déposé des demandes de financement auprès de la Francophonie et auprès d'autres financeurs et nous attendons les réponses pour pouvoir pérenniser le programme.

Une participante.- Je suis artiste-chanteuse de variétés. Je suis parrainée par le Conseil mondial de la diaspora panafricaine. Hier, j'ai entendu la représentante de Madagascar dire que les positions du Vatican posaient problème et que les animatrices de religion protestante avaient des difficultés à parler de sexualité, de préservatifs. A mon avis, quelle que soit la religion, qu'elle soit juive, catholique ou musulmane, tant que les religions n'auront pas compris que la sexualité fait partie intégrante de la spiritualité dans les couples - il faudrait faire sauter ce verrou -, il y aura toujours ce blocage.

Mme LAURANT.- Pour terminer ce tour de table, pourriez vous nous dire, en quelques mots, en quoi le programme a pu contribuer à modifier les relations de votre association avec d'autres associations ou avec d'autres types d'acteurs locaux ?

Mme KONE.- Cela nous a beaucoup aidé avec l'extérieur, surtout avec les associations sœurs. Au Burkina, il y a énormément d'associations, surtout des associations féminines qui ne travaillent pas dans la santé. Cela nous a rapproché d'elles. Il y a aussi maintenant des hommes, qui sont des leaders d'associations, qui commencent à s'intéresser à notre travail. Nous ne travaillons pas seules, mais en collaboration avec toutes les autorités et les structures existantes à Ouagadougou.

Mme DIALLO.- Je voudrais ajouter que cela nous a permis de créer une certaine synergie entre les différentes associations qui participent au programme. Maintenant, nous travaillons ensemble. Lorsqu'il y a un problème, nous nous consultons et nous essayons de trouver une personne ressource qui pourrait intervenir pour nous aider à résoudre les problèmes. Je voudrais

dire aussi que nous bénéficions maintenant d'une certaine considération de la part du corps médical. Quand nous allons dans les villages, les quartiers, les gens nous prennent souvent pour des personnels de la santé. Or nous ne sommes que des guides, nous leur donnons des informations et nous essayons de les orienter vers des structures de santé. Nous devenons des relais pour ces structures. Cela nous a permis notamment de créer des liens avec l'association de planning familial du Burkina et d'autres structures qui s'occupent de Planning Familial.

DERNIERE PARTIE : INTERVENTIONS DE CLOTURE

L'impact des politiques de santé sexuelle et reproductive sur les rapports sociaux de sexes : intervention de Nathalie Bajos, INSERM.

Madame Bajos est socio-démographe, chercheuse à l'INSERM, spécialiste des recherches sur la sexualité, la contraception et l'avortement. Responsable de l'équipe « Santé sexuelle et reproductive ».

La tâche qui m'a été confiée est difficile : faire une synthèse de ces trois demi-journées de colloque, avec des interventions aussi diverses que des expériences de terrain, le bilan du Programme du Caire et la mise en évidence d'un certain nombre d'obstacles. Je voudrais plutôt vous proposer une lecture sociologique des difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des politiques de santé sexuelle et reproductive, lecture qui permette de donner un sens aux obstacles rencontrés, évoqués par nombre de participants. En particulier, je voudrais laisser de côté – il faut bien faire des choix – les obstacles qui relèvent de l'offre de soins, bien qu'ils soient extrêmement importants, pour me concentrer sur tous ceux qui renvoient à ce qu'on appelle, parfois de manière inadéquate, les rapports de genre, tout ce qui concerne fondamentalement l'absence d'égalité hommes/femmes, les problèmes rappelés à plusieurs reprises sur les questions d'éducation des filles, l'absence de pouvoir décisionnel des femmes, mais également l'absence d'implication des hommes aussi bien dans la pratique que dans les discours. Je voudrais aussi souligner dans ces obstacles l'évitement des enjeux liés à la sexualité, comme en témoigne la séparation entre santé reproductive et VIH, alors que les actions de terrain remarquables qui viennent d'être présentées montrent à quel point tout se joue autour de la sexualité. Il me semble, en effet, intéressant de pousser plus loin la réflexion théorique et critique,

pour comprendre comment jouent ces rapports de genre, donc être à même de véritablement les déconstruire, aussi bien théoriquement que politiquement, pour essayer d'arriver – c'est le but - à une vraie égalité hommes/femmes. Je vais essayer de déconstruire avec vous ces différences soi-disant naturelles entre les hommes et les femmes. Je voudrais m'interroger sur ce que veulent dire fondamentalement le droit des femmes et leur choix dans ces domaines. Dans cette perspective, je voudrais discuter avec vous de manière approfondie l'impact de la contraception sur les rapports de genre, ce que nous, sociologues en France, nous appelons les rapports sociaux de sexe. Je prends l'exemple de la contraception, mais c'est vraiment à titre d'exemple car mes propos concernent aussi bien la prévention de l'infection VIH que les risques liés à la sexualité dans leur ensemble. Je conclurai sur la nécessité, d'un point de vue théorique, de ne surtout pas appréhender d'un côté l'infection VIH, d'un autre les violences sexuelles, d'un autre encore les grossesses non prévues et l'avortement. Cette intervention s'appuie sur une réflexion menée avec Michèle Ferrand, sociologue au CNRS, qui a été publiée en septembre dernier dans la revue Sciences Sociales et Santé sous le titre « La contraception : levier réel ou symbolique de la domination masculine ».

La diffusion de la contraception moderne, dont l'efficacité théorique est extrêmement élevée, permet une maîtrise féminine de la procréation, ce qui a représenté un phénomène majeur dans la modernisation des sociétés occidentales, avec – il faut le rappeler - le recours à l'avortement en cas d'échec de contraception. Dans mon intervention, c'est vraiment le tandem contraception/avortement auquel je me réfère. Cette avancée technologique a été interprétée comme une avancée fondamentale dans l'égalité entre les sexes, puisqu'elle libérait les femmes d'un destin ancré dans le déterminisme biologique de la maternité. Je vais discuter avec vous le postulat de Françoise HERITIER – une anthropologue remarquable - qui a considéré, je cite : « La diffusion de la contraception médicalisée dans les pays occidentaux a fourni le levier permettant aux femmes de soulever le poids de la domination masculine, car la contraception agit au point même où s'est fondée et cristallisée cette domination, c'est-à-dire sur la période féconde féminine qui a été assujettie à la volonté des hommes pour leur propre reproduction ». En

d'autres termes, le postulat anthropologique de l'origine de la domination masculine était la nécessité, à l'aube de l'humanité, pour les hommes de contrôler la sexualité des femmes, pour en fait contrôler leur reproduction, puisque les femmes avaient et ont toujours la possibilité de produire non seulement du semblable, des filles, mais surtout des garçons, du sexe différent. Vous voyez derrière cela les enjeux d'autonomie des femmes dans la reproduction des sociétés, que les hommes ont voulu contrôler, d'où la nécessité de contrôler la sexualité des femmes et, pour qu'elle le soit efficacement, la nécessité de contrôle aussi dans beaucoup d'autres sphères sociales.

Quand les sociologues parlent de domination masculine ou de rapport de genre, il ne s'agit en aucun cas d'individualiser les enjeux : ce ne sont pas « les méchants hommes » qui dominent « les pauvres femmes ». Je me réfère ici à une domination socialement construite entre le groupe socialement constitué des hommes et celui des femmes. Les anthropologues ont montré que ces rapports de domination à un niveau social se retrouvaient dans l'ensemble des sociétés humaines. Je vais discuter le postulat de Françoise HERITIER et m'interroger sur les limites de ce pouvoir subversif de la contraception moderne. La thèse que je voudrais défendre ici est que, si la contraception moderne a effectivement engendré ou accompagné des bouleversements sociaux importants et fondamentaux, en même temps, elle s'avère être un facteur de persistance de la domination masculine, mais sous des formes renouvelées. C'est un exercice un peu intellectuel, une réflexion théorique. Il ne s'agit bien évidemment pas de remettre en cause l'intérêt formidable, fondamental que la contraception moderne a apporté dans l'histoire de l'humanité. En d'autres termes, l'hypothèse que je pose est que la contraception médicale n'a pas le pouvoir à elle seule de subvertir la hiérarchie entre les sexes, que son usage non seulement ne remet pas en cause mais conforte la construction d'une identité féminine toujours fondée sur la maternité. Par maternité, j'entends ici non seulement la procréation, mais aussi la prise en charge de l'éducation des enfants, le rôle de la contraception se cantonnant en définitive à proposer de nouvelles modalités de la division millénaire du travail reproductif et productif, plus en accord avec les aspirations égalitaristes et individualistes des sociétés du Nord.

La contraception aurait contribué à redéfinir l'identité féminine en permettant le passage du modèle du destin maternel à un modèle beaucoup plus diversifié qui se réclame aujourd'hui de trois composantes : la maternité, l'épanouissement sexuel et l'investissement professionnel. C'est l'impact de la contraception sur ces trois dimensions d'identité féminine que je vais explorer, en montrant chaque fois les avancées que la contraception a permises et les limites auxquelles elle se heurte. Il ne s'agit bien évidemment pas de vouloir utiliser la situation des pays du Nord comme une quelconque référence de ce qui pourrait advenir dans des pays où la contraception moderne commence à se diffuser. Mon objectif ici est d'utiliser la situation des pays du Nord comme une situation paradigmatique des étroites interrelations entre sexualité – et j'insiste sur le mot sexualité –, gestion des risques dans ce domaine et statut des femmes dans une société donnée. Il s'agit, en d'autres termes, de discuter des effets de la contraception moderne sur les transformations sociales de nos sociétés et des effets des structurations sociales sur la pratique contraceptive. Quand j'ai dit que je voulais insister sur la sexualité, c'est que je voudrais, à travers cette présentation, sortir de ce dilemme qu'on ressent sous-jacent en permanence entre la femme qui est soit la maman soit la putain. Cela me paraît être un obstacle extrêmement important sur lequel il faut que nous revenions.

Dans une première partie, je vais parler des pratiques sexuelles et de leur évolution, pour repérer en quoi la contraception a permis une formidable avancée dans le vécu, les pratiques et les représentations de la sexualité et, en même temps, où est-ce qu'on observe toujours des résistances et quel est le sens de ces résistances dans le domaine de la sexualité. Dans une deuxième partie, je vais montrer que, si la contraception permet effectivement aux femmes de penser plus facilement le maintien d'une activité professionnelle après une maternité, elle ne remet pas en cause la division sexuelle du travail productif et reproductif parce que cette division reste inscrite dans l'organisation sociale. Dans la troisième partie, je soulignerai qu'en dépit d'un investissement massif des femmes sur le marché du travail, la sphère du privé résiste fortement aux conséquences de cette évolution. Cette résistance à l'évolution de la sphère du privé atteste de la prégnance, sous des formes actualisées, du modèle de la mère idéale dont la contraception a, quelque part, favorisé la diffusion.

De la révolution contraceptive à la révolution sexuelle, tout le monde sait que la contraception moderne permet théoriquement une dissociation entre l'acte sexuel et les conséquences procréatives et que cette contraception moderne, qui relève de la gestion féminine, place théoriquement les hommes et les femmes dans une position équivalente par rapport aux risques pris dans le domaine de la sexualité. Cela ne peut que favoriser la prise en compte du plaisir et du désir sexuel féminin, aussi bien par les femmes que par les hommes. Finalement, quand on prend toutes les enquêtes sur la sexualité dans les pays du Nord, on voit que toute une série d'indicateurs, qu'il s'agisse du nombre de partenaires, des pratiques sexuelles, des normes sur l'infidélité, des normes sur l'orgasme, de la satisfaction sexuelle, connaissent une évolution spectaculaire. On a toujours dit que les choses n'avaient pas changé, ce n'est pas vrai. Les déclarations des hommes sont très stables dans le temps. Mais celles des femmes ont beaucoup évolué, attestant d'un véritable bouleversement dans la façon dont les femmes vivent leur sexualité. Sans rentrer dans le détail des chiffres, tout semble aller dans le sens d'une sexualité féminine plus diversifiée et davantage éloignée de sa seule finalité reproductive. Cette évolution n'est pas sans impact sur le vécu de la sexualité et les femmes se déclarent aujourd'hui, dans les sociétés du Nord, beaucoup plus souvent satisfaites de leur sexualité qu'elles ne l'étaient voici quelques décennies. Même s'il est évidemment important de le rappeler, les évolutions observées en matière de sexualité résultent aussi des mutations en cours dans les autres sphères sociales, notamment l'essor spectaculaire des scolarités au cours de ces dernières décennies dans les sociétés du Nord et la généralisation du travail féminin, en particulier du salariat. La contraception a indéniablement, même si ce n'est pas à elle seule qu'elle a provoqué ces effets, contribué à transformer le vécu et le rapport des femmes à la sexualité.

Cependant – ce sera une touche un peu moins positive –, parallèlement à ces avancées, les représentations et les pratiques sexuelles des hommes et des femmes diffèrent encore fortement et renvoient toujours aujourd'hui à un clivage, même fortement atténué, entre d'une part une sexualité féminine qui renvoie à l'affectivité et à la conjugalité et d'autre part une sexualité masculine qui est une sexualité de plaisir. Aujourd'hui, comme il y a 20 ou

30 ans, l'initiative du rapport sexuel relève le plus souvent de la prérogative de l'homme. Ces données renvoient à un point extrêmement important d'un point de vue anthropologique. Cela renvoie au fait que la pulsion sexuelle masculine reste considérée comme pleinement licite et incapable d'être réprimée, ce qui n'est pas sans lien avec une certaine légitimation psychologique et sociale de la violence sexuelle dans le domaine des relations hommes/femmes, puisque les hommes ne peuvent pas, c'est normal, c'est naturel, contrôler leur sexualité. On a pu voir, dans une enquête toute récente sur la sexualité en France, que cette représentation que les hommes ont une sexualité et des besoins naturels reste extrêmement prégnante dans nos sociétés. Cette prégnance de ce modèle de sexualité, en particulier celui où il y a un primat du désir et du plaisir sexuel masculin, n'est pas sans influencer sur la pratique contraceptive, sur la gestion des risques dans le domaine de la sexualité, de l'infection au VIH, etc. Nombre de nos travaux ont montré que cette représentation de la sexualité rend compte du nombre d'échecs de contraception qui surviennent, y compris dans un pays comme la France où, soi-disant, tout va bien puisque les Françaises sont les femmes qui ont le plus recours à la contraception moderne réversible.

Certes, le plein effet de la contraception sur la sexualité ne saurait être atteint en quelques décennies. Il faut rappeler, pour les pays du Nord, que l'arrivée de ces méthodes de contraception vient des années 1970. Mais on voit bien que nombre d'indicateurs vont dans le sens du maintien d'une conception de la sexualité féminine profondément ancrée dans la dimension conjugale. C'est ce qui nous conduit, en tant que sociologues, à nous interroger sur l'impact de la contraception sur la transformation d'une identité féminine fondée sur la maternité, en d'autres termes sur la division sexuelle du travail. Comme on va le voir, cette dernière reste très organisée socialement, dans le champ même du travail, en dépit de la conciliation entre engagement maternel et investissement professionnel que la contraception semble justement autoriser. La contraception autorise donc cette conciliation entre les deux univers et pourtant, je vais essayer de vous montrer rapidement que c'est plus compliqué qu'il n'y paraît.

La généralisation du salariat féminin constitue une des transformations essentielles des sociétés du Nord et de la deuxième moitié du XX^e siècle, notamment en France et le modèle de la mère au foyer a été rapidement supplanté par celui de la mère travailleuse. La contraception, en permettant aux femmes non seulement de choisir le nombre d'enfants qu'elles auront, mais surtout d'organiser le calendrier de leurs naissances, a ainsi accompagné la construction d'une nouvelle identité féminine qui intègre désormais la composante professionnelle. Toutefois, l'effet de la diffusion de la contraception médicale sur la construction de cette identité est plus complexe qu'il n'y paraît. Incontestablement, la contraception a permis aux femmes de penser un avenir où scolarité, entrée dans la vie active et maternité peuvent se succéder de manière harmonieuse. Toutes les enquêtes montrent que la composante professionnelle de l'identité féminine est la plupart du temps reléguée au second plan dès qu'elle entre en concurrence avec la dimension maternelle. En cas de grossesse non prévue, qu'est-ce qui fait que 60 % des femmes vont interrompre leur grossesse et 40 % la poursuivre ? C'est tout d'abord le contexte affectif dans lequel les femmes se trouvent et la concurrence entre les enjeux professionnels et les enjeux maternels. L'arbitrage que les femmes vont faire est fonction des normes dominantes en matière de planification familiale. En particulier, si les jeunes filles scolarisées, qui ont un avenir par les études, en cas de grossesse non prévue, avortent dans la très grande majorité des cas en France, celles en situation d'échec scolaire poursuivront plus souvent la grossesse. Cela leur permet d'acquérir un statut et une identité sociale. Si l'on prend les femmes quelques années plus tard, quand les études se prolongent et quand la grossesse survient à un moment où la maternité est socialement valorisée, alors, très souvent, l'arbitrage se fait au détriment du projet professionnel de la femme. Nombre de femmes que nous rencontrons dans nos enquêtes accordent une priorité à la dimension maternelle dans la construction de leur trajectoire personnelle et familiale, ce qui révèle la moindre légitimité sociale du modèle de la femme qui fait le choix de sa carrière au détriment de la maternité.

Je voudrais souligner aussi un clivage hommes/femmes, au sens sociologique du terme : alors que la responsabilité familiale d'une femme ne semble pouvoir aller de pair avec de lourdes responsabilités professionnelles, l'évi-

dence de l'activité professionnelle masculine n'est pas perturbée par le changement du statut familial qui semble au contraire conforter l'homme, devenu soutien de famille, dans sa trajectoire professionnelle. Ce sont des tendances évidemment. Mais pour résumer, les enfants sont un frein dans la carrière professionnelle des femmes, c'est un facteur positif dans celle des hommes. Non seulement, ils ont une famille et des enfants, mais en plus ils arrivent à travailler.

Ceci dit, cette prégnance majoritaire dans les représentations des femmes et des hommes d'un modèle identitaire où l'enjeu professionnel peut toujours s'effacer devant l'évidence de la maternité s'explique aussi par la place que le marché du travail réserve aux femmes. Je ne vais pas dresser un tableau complet, vous connaissez bien les inégalités de salaire, la précarité de l'emploi, le chômage ou le temps partiel imposé, autant d'indicateurs qui, si vous les déclinez selon le sexe, font apparaître des écarts extrêmement importants en défaveur des femmes. C'est bien en raison des responsabilités maternelles et familiales qu'on attribue aux femmes qu'au niveau symbolique, politique et idéologique, aujourd'hui comme hier, leur droit à l'emploi peut toujours être remis en cause, notamment dans les périodes de crise économique. Nombre de politiques sociales, ayant pour objectif déclaré de favoriser cette conciliation entre temps familial et temps professionnel, ne semblent pas avoir fondamentalement amélioré les positions féminines dans le monde du travail. Elles ont été améliorées, bien sûr, mais pas fondamentalement. Je pense ici à toutes les mesures sur les gardes d'enfant à domicile qui ont vraiment permis à des femmes de certains milieux de mieux concilier activité professionnelle et vie de famille. Mais nombre de femmes qui ont recours aux congés parentaux ont de grandes difficultés à revenir ensuite sur le marché du travail. Finalement, ces politiques familiales ont créé une inégalité sociale forte entre les femmes de milieux sociaux différents.

Cependant, la capacité de mener de front activité professionnelle et maternité ne peut être réduite à la seule décision de faire ou non un enfant, à un moment de sa vie. Elle dépend aussi essentiellement, pour les femmes, de la manière dont peuvent être prises en charge, passé le temps de la grossesse

et l'accouchement, les tâches matérielles de l'élevage des enfants. Finalement, la possibilité nouvelle offerte aux femmes de planifier les naissances n'a ni affecté la division traditionnelle entre la sphère privée et la sphère publique, ni favorisé l'émergence d'une autre manière de partager la prise en charge des enfants. C'est là mon dernier point sur les liens entre contraception et disponibilité maternelle. La contraception a permis aux femmes et aux hommes de choisir le moment d'entrer dans la parentalité ; elle n'a pas remis en cause le modèle idéal, qui reste le modèle de la famille nucléaire. Dans le choix du conjoint, même si on peut le choisir librement, les études sociologiques montrent qu'il obéit encore à des règles d'homogamie, dont on sait qu'elles ne sont jamais totalement exemptes d'une certaine domination consentie de la part de la femme, c'est-à-dire une préférence pour une relation de couple où l'homme occupe une position sociale plus élevée que sa compagne. Cette préférence s'appuie sur une représentation d'une division du travail entre les sexes d'autant plus efficace qu'elle joue la complémentarité. Dans cette perspective, la prise en charge du travail parental et domestique apparaît donc d'abord comme du ressort des femmes et c'est vraiment le postulat de la disponibilité maternelle. Tout se passe comme si la contraception, en permettant de n'envisager une maternité que si la grossesse est souhaitée, avait consacré l'idéologie de la responsabilité d'abord maternelle. L'enfant désiré, qui ne vient plus interrompre une carrière, se voit être l'objet de toutes les attentions et son éducation nécessite une grande disponibilité, qui se conjugue toujours au féminin. Avec la contraception, le modèle de la mère disponible confirme celui de la bonne mère, changeant seulement les qualités dont elle doit faire preuve. Un enfant bien élevé aujourd'hui, ce n'est pas seulement un enfant propre, bien nourri et en bonne santé, mais c'est un enfant qui s'épanouit, qui réussit et qui est heureux. Ainsi, malgré la conception de plus en plus égalitaire - et il faut bien le reconnaître, cette conception est de plus en plus égalitaire - dans les relations de couple, l'entrée des femmes sur le marché du travail n'a pas été contrebalancée par une augmentation de la prise en charge du travail domestique par les hommes.

J'en arrive à la conclusion - pour relativiser ce constat quelque peu pessimiste que vous pourriez être tentés de tirer de mon intervention - pour dire

que, finalement, faire le constat que la contraception médicale n'a pas conduit à ce jour à subvertir la population masculine, qu'évoquait Françoise HERITIER, n'implique pas qu'elle n'en ait pas la capacité. Tout d'abord, il faut évidemment souligner que quatre décennies représentent peu au regard des millénaires pendant lesquels le refus d'une grossesse relevait principalement du bon vouloir des hommes, avec la solution ultime et très risquée de l'avortement clandestin. Même si plusieurs générations de femmes se sont déjà largement appropriées la contraception médicale, non seulement cette contraception n'a pas déstabilisé ce que les anthropologues appellent la valence différentielle des sexes - autre façon anthropologique de parler de domination masculine -, mais elle la renforce symboliquement et matériellement, au sens où elle contribue à souligner comme première la responsabilisation maternelle. Puisque tout enfant doit être désiré, les femmes se doivent d'être les meilleures des mères pour cet enfant qu'elles ont décidé de mettre au monde, comme si la contraception avait favorisé le passage d'une maternité sous contrainte à une maternité idéale, proposant simplement des habits neufs à un vieux modèle des rapports hommes/femmes. Encore une fois, je ne veux pas nier le rôle fondamental de la contraception dans l'émancipation des femmes, même si de fortes résistances s'ancrent dans le maintien d'une sexualité féminine qui ne peut se libérer de la maternité comme essence de la féminité accomplie. La contraception a aussi permis aux femmes de se penser comme des actives continues, même si la conciliation du travail parental et professionnel reste toujours de leur seule responsabilité.

Finalement, l'analyse globale des effets de la légalisation de la contraception et de l'avortement ne peut se faire indépendamment de son articulation avec celle de l'évolution sociale actuelle qui se caractérise, dans la plupart des sociétés occidentales, par la double revendication égalitariste et individualiste. Cela permet une lecture beaucoup plus positive parce qu'on peut penser que ce mouvement de fond égalitariste et individualiste va permettre l'atténuation, voire - soyons optimistes ! - la disparition des inégalités, notamment salariales, ce qui pourrait avoir éventuellement à terme un impact majeur sur les définitions du rôle du père et sur la construction de l'identité féminine.

Ceci me conduit à souligner que, s'il est extrêmement important, comme on l'a vu au cours de ces trois demi-journées, de s'interroger sur la question de l'inadéquation entre l'offre et la demande dans le domaine de la santé sexuelle au sens large et reproductive en particulier, s'il est essentiel de raisonner en termes d'adéquation des méthodes proposées aux conditions de vie sociales, économiques, affectives et sexuelles des hommes et des femmes, s'il est impératif de diversifier l'offre dans ce domaine, aussi bien dans celui de la prévention que dans celui de la contraception, y compris avec la contraception d'urgence dont nous n'avons pas eu l'occasion de parler, avec les méthodes médicamenteuses de recours à l'avortement, ces questions, soulevées avec beaucoup d'exemples dans les pays du Sud, se posent aussi dans les pays du Nord. La question de l'offre de soins est bien sûr fondamentale.

Le deuxième point - cela a été dit et répété - est le suivant et ce que j'ai essayé de vous montrer va complètement dans le même sens : la nécessité d'une approche globale en santé sexuelle et reproductive, contraception, avortement, SIDA, violence, MST, etc. Cette approche globale de la santé sexuelle et reproductive permet aussi de sortir l'identité féminine de sa composante exclusivement maternelle. On a vu à quel point cela pouvait être un obstacle à l'adoption de pratiques de prévention dans tout le domaine de la sexualité. Au-delà de cette inadéquation, au-delà de la nécessité d'une approche globale, il est important de réduire les tensions normatives dans lesquelles se trouvent les femmes et les hommes au niveau de la légitimation de la sexualité et de la modification des normes sociales. Il est important de déconstruire ces représentations de différence de sexualité entre hommes et femmes, ces représentations sur les pulsions sexuelles que les hommes ne pourraient pas contrôler et de faire attention de ne pas tomber dans des extrêmes inverses avec une injonction à la sexualité où on ne serait « bien et normaux » que si on avait une vie sexuelle. On a aussi le droit de ne pas avoir de sexualité à certains moments de sa vie, voire plus pour qui le veut.

En résumé, premièrement, la légitimation de la sexualité modifie les normes. Deuxièmement, l'égalité des chances doit se concrétiser dans l'éducation,

mais aussi dans le travail et en politique. On voit que, dans une société comme la nôtre, on est bien loin d'avoir atteint une égalité dans ces domaines. Il faudrait arriver à modifier la structuration et l'organisation du travail et ouvrir des domaines de prise de position et de responsabilité en politique. Troisièmement, la nécessité de travailler sur l'investissement des hommes dans le privé, dans la prise en charge de l'éducation, pour qu'on arrive vraiment à considérer que la prise en charge des enfants relève autant des femmes que des hommes. En travaillant sur tous ces niveaux, je pense que nous pourrions alors vraiment parler d'égalité hommes/femmes comme facteur fondamental des droits sexuels auxquels tout individu devrait pouvoir avoir accès. Je vous remercie.

Mme LAURANT.- Nous avons voulu que le débat de ces deux jours s'ouvre sur des enjeux, y compris des enjeux qui pourraient ne paraître sensibles que dans le Nord, pour bien montrer que, même quand on a le sentiment d'avoir gagné une conquête fondamentale - la contraception est la conquête fondamentale que l'on attribue au siècle dernier -, celle-ci ne remet pas forcément en cause les problèmes de fonds. L'égalité hommes/femmes est sujette à beaucoup d'autres enjeux qui ne sont peut-être pas mieux pris en compte que la santé reproductive. Il faut absolument les rappeler. Je vais maintenant donner la parole à Madame la représentante de la délégation parlementaire aux droits des femmes de l'Assemblée nationale qui est, en France, le groupe de parlementaires qui est membre du Forum parlementaire inter-européen sur la population et le développement.

Intervention de Danielle Bousquet, députée

Madame Bousquet est députée des Côtes d'Armor, vice-présidente de la délégation parlementaire aux droits des femmes de l'Assemblée nationale ; membre de la commission des affaires étrangères.

Je voudrais excuser madame Marie-Jo ZIMMERMANN, députée et Présidente de la délégation parlementaire de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances. Elle m'a demandé de la représenter en tant que vice-Présidente de cette délégation. En tout état de cause, je m'étais déjà inscrite à ce colloque auparavant, car je suis une militante du Planning familial de vieille date. Merci de vos contributions, je crois que cela a vraiment permis de faire avancer nos réflexions. Ce qui a été dit hier et aujourd'hui permet de rappeler quelles sont les positions institutionnelles sur les questions de droits sexuels et reproductifs. Je le disais ce matin, ces termes me semblent complètement hermétiques en France. Il serait très important que des personnes travaillent sur une nouvelle traduction en français, compréhensible par tous, de la notion de droit sexuel et reproductif. Je pense qu'on est complètement à côté de la plaque quand on utilise ces termes en direction de la population. Il y a vraiment urgence à trouver des termes que tout le monde puisse comprendre et qui signifient des choses pour les femmes. Je vais quand même l'utiliser, puisque c'est le seul que nous connaissions.

Cela permet donc de rappeler les positions institutionnelles et de les comprendre à l'éclairage de ce que vous faites sur le terrain, c'est-à-dire de faire entendre la parole des femmes, puisque c'est auprès de femmes que vous travaillez. Cela a été rappelé tout au long des interventions : tous ces droits sexuels et reproductifs ne peuvent être compris qu'à l'éclairage du rapport de genre, c'est-à-dire du rapport hommes/femmes dans la société. Je n'entends pas ce rapport au niveau des individus mais en tant que rapport qui constitue la manière dont fonctionne une société. C'est la seule grille de lecture que l'on puisse avoir. Vous avez bien montré à quel point, en particulier sur les questions de développement du SIDA mais pas seulement, cette grille est la seule valable à l'heure actuelle.

Pour nous qui sommes des parlementaires françaises, qui souhaitons introduire ces questions dans le débat politique français où elles sont très peu présentes - le débat politique français aborde assez peu ces questions en termes généraux -, nous avons besoin d'entendre des ONG¹² qui parlent de pratiques de terrain pour les prendre en compte au plan législatif, au plan des politiques publiques et au plan des budgets, plus particulièrement de ceux de l'aide publique au développement.

Vous disiez tout à l'heure à quel point l'éducation sexuelle, voire l'éducation sexualisée, est extrêmement importante dans la prévention. Je partage complètement cette analyse ! C'est bien la raison pour laquelle nous avons, dans la loi sur l'avortement de 2001, inscrit l'obligation pour tous les enfants du système scolaire, dès l'école élémentaire, d'avoir un certain nombre de séances d'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires. Vous avez peut être lu, comme moi, dans la presse voici trois jours, à quel point la mise en œuvre de cette décision était un fiasco. Il y a aussi chez nous des résistances extrêmement importantes qui se manifestent par le fait de ne pas mettre les moyens pour que les choses ne se fassent pas. La volonté politique ne s'exprime pas en disant : « nous ne sommes pas d'accord » mais en ne votant pas les budgets nécessaires à la mise en œuvre d'une orientation votée. On constate en France que, dans toute une série de situations, nous avons des difficultés, des blocages que nous ne devrions pas trouver dans un pays développé qui connaît la contraception depuis 40 ans. On voit bien que nous sommes particulièrement déficients dans ce domaine. C'est un vrai problème qui a émergé mais que les responsables politiques continuent à ne pas vouloir prendre en compte.

L'idée que vous avez formulée, selon laquelle il fallait que l'éducation sexuelle dans les pays en voie de développement puisse être financée dans le cadre de l'aide publique au développement, me semble une excellente idée. Il faut réussir à la promouvoir. Lors de la discussion du budget de l'aide au développement, puisque c'est le seul moment où on parle en France du développement, nous avons à plusieurs reprises insisté pour savoir quelle était la place affectée au soutien aux politiques de santé reproductive et sexuelle. Dans la construction du budget de l'aide publique au développe-

ment de la France, ces lignes n'existent pas en tant que telles. Ce sont des questions que nous posons afin de faire apparaître les carences, dans la mesure où la France a été signataire des conclusions de la conférence internationale du Caire et que la France, comme beaucoup d'autres pays donateurs, ne répond pas aux exigences qu'elle s'était elle-même données. Vous savez aussi bien que moi que l'approche française en matière d'aide au développement a toujours été bilatérale, en direction des anciennes « colonies ». Tout ce qui concerne l'aide, non pas directement aux pays, mais aux organisations multinationales ou internationales n'est pas considérée comme la meilleure approche par les responsables politiques français. C'est pourquoi nous avons considéré comme une grande victoire le fait d'avoir fait augmenter cette année de manière très substantielle l'aide au fonds des Nations unies pour le développement. Nous avons réussi à l'obtenir par des pressions politiques très importantes en direction du PNUD. Ce n'était jusqu'à présent pas la politique retenue. Au contraire, on avait plutôt tendance en France à diminuer les financements au bénéfice des organismes internationaux.

Pour ce qui est des échéances qui nous attendent à court terme - je veux parler de ce qui va concerner les objectifs du Millénaire en septembre -, nous nous engageons, Michèle ANDRE et moi, à la suite de cette rencontre, à obtenir un rendez-vous auprès du ministre BARNIER pour lui dire à quel point il est indispensable que, dans les objectifs du Millénaire, soit inscrit ou bien un neuvième objectif - ce qui reste à discuter - ou bien en tout cas la prise en compte explicite des droits reproductifs et sexuels dans la redéfinition ou la réappropriation des objectifs du Millénaire. Nous allons argumenter auprès de lui grâce aux éléments qui nous ont été fournis aujourd'hui et qui montrent bien comment la réduction de la scolarisation des filles est liée au développement du SIDA et comment la lutte contre le SIDA passe aussi par la prise en compte de la réaffirmation de ces droits et des moyens mis à la disposition des populations. Des droits sans moyens d'exercice sont très théoriques. Les droits théoriques, c'est important mais cela ne suffit pas. Nous nous engageons, avec nos collègues, à tout faire pour que la France - ce seront certainement Michel BARNIER et Nicole HAMELINE qui représenteront la France au mois de septembre au sommet de l'ONU - défende cette position comme étant celle de la France.

Intervention de Françoise Laurant, présidente du MFPP

Je ne vais pas tenter de tirer de conclusions des riches débats que nous avons eus au cours de ces deux journées. Je voudrais simplement donner quatre pistes d'action où il y a clairement des choses à faire.

D'abord, dix ans après la Conférence du Caire, on s'aperçoit que notre pays - même s'il n'est pas le seul - a beaucoup de choses à se faire excuser. Affirmer que la France appuie les recommandations de la conférence du Caire est important politiquement mais cela n'est pas suffisant. La mobilisation de la France, avec de nombreux autres gouvernements, a certes permis d'éviter toute remise en question des engagements pris par les Etats il y a dix ans. Les Etats-Unis n'ont pas réussi dans leur entreprise de démontage des accords du Caire. Mais nous ne pouvons pas nous contenter d'éviter les retours en arrière. Il faut que l'esprit et les objectifs du Caire soient réellement mis en œuvre et vite. Et pour cela, il faut que les pays donateurs, et en particulier la France, respectent les engagements financiers qu'ils ont pris au Caire. Il y a de la pression sur les politiques à faire, mais qui en dehors de cette salle sait ce qu'est la conférence du Caire en France ? Pas grand-monde. Il y aurait certainement un travail à mener avec les médias afin que l'opinion publique soit mieux informée sur les enjeux du Caire. Cela passe aussi par un travail de sensibilisation des associations, notamment de solidarité internationale. Quand on voit la situation des pays en voie de développement, que l'on écoute tout ce qui nous a été décrit - c'est dramatique quand on regarde les chiffres comme disait Michèle ANDRE -, on a l'impression qu'on est loin de répondre à l'immense catastrophe qui est en train de se passer. Les ONG et les parlementaires volontaires qui sont avec nous doivent faire pression sur le gouvernement français. Il faut exiger que la France tienne ses engagements financiers. Ils sont bien inférieurs à ce qu'ils devraient être à mi-parcours. D'ici dix ans, si nous voulons que la France tienne la totalité de ses engagements, il faudrait au moins tripler ou quadrupler le montant de l'Aide publique au développement consacrée aux questions de population, et en particulier à la santé sexuelle et reproductive. Aujourd'hui, l'aide au développement de la France est tellement opaque que nous ne savons même pas quel est le volume de l'aide consacré à nos ques-

tions. Il y a donc un travail de lobbying à faire et le MFPF souhaite y contribuer activement. Mais il faut le soutien des parlementaires, des associations et de l'opinion publique.

Deuxièmement, il faut vraiment arrêter de séparer prévention du VIH/SIDA et santé sexuelle et reproductive. C'est totalement contre-productif, et le mot est faible quand on parle de millions de vies en danger. Le SIDA a bien à voir avec la sexualité et l'essentiel est bien de soutenir des démarches préventives dans le domaine de la sexualité, qui passent aussi nécessairement par la promotion de l'égalité hommes/femmes, par la remise en question des rôles de domination du masculin sur le féminin. Sinon, beaucoup de choses n'avanceront pas. Dans ce domaine, comme l'ont souligné de nombreux intervenants, l'éducation à la sexualité joue un rôle clé. Il faut que l'éducation à la sexualité soit intégrée dans les politiques d'aide au développement de la France, que ce soit dans le domaine de la santé ou de l'éducation. Au delà de cet enjeu, il est également important de promouvoir une approche globale de la santé des femmes, y compris dans les actions auprès des femmes elles-mêmes.

Troisièmement, il faudrait renforcer les synergies entre les politiques et les personnes de terrain. Ce colloque a réuni ces différents types d'acteurs et plusieurs intervenants, dont des parlementaires, ont souligné l'intérêt de tels échanges. Il y a souvent les politiques d'un côté et le terrain de l'autre. Il est nécessaire de trouver un moyen d'organiser, de façon pérenne, des relations entre les parlementaires et les associations de terrain, que ce soit ici ou au Sud. L'accès des associations au monde politique n'est pas toujours aisé en Afrique. Il faut essayer de décloisonner tout cela et c'est ce que nous nous efforçons de faire en encourageant nos associations partenaires en Afrique. Les échanges entre parlementaires de différents pays ont aussi leur importance, même s'ils agissent dans des environnements différents et qu'il n'y a pas de solutions toutes faites. Cela se fait déjà, notamment entre groupes parlementaires travaillant sur les question de population au niveau africain. Mais des choses sont encore à faire. La Francophonie est un espace à utiliser dans ce domaine, d'autant plus que, sur la question des droits, elle peut peut-être plus facilement intervenir que dans la mise en place de poli-

tiques. Tout cela est à explorer et, comme toujours, on sort des réunions avec beaucoup de travail et pas plus de personnes pour le faire !

Pour terminer, il y a une urgence. Il s'agit de la réunion des Nations Unies en septembre 2005 où un point sera fait sur la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Qui connaissait la Déclaration du Millénaire avant d'entrer dans cette salle hier ? Pas grand-monde peut être. A travers cette déclaration, 189 chefs d'Etat ont défini des priorités pour réduire la pauvreté et promouvoir le développement et la démocratie. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement sont devenus le nouveau cadre international de toutes politiques de lutte contre la pauvreté. Du coup, les Etats concentrent maintenant leurs politiques sur ces objectifs et tout ce qui n'entre pas dans ce cadre risque d'être relégué au second plan dans les priorités de développement. Et c'est bien le problème qui se pose pour les objectifs de la Conférence du Caire en santé sexuelle et reproductive qui n'ont pas été pris en compte dans le Millénaire. Il faut donc absolument qu'au sommet de septembre, les Etats reconnaissent que le programme du Caire est nécessaire pour réaliser les Objectifs du Millénaire. Les ennemis, nous les connaissons, on nous les a cités ce matin, il y en aura peut-être d'autres. Il faut que la France soit déterminée dans ce combat et qu'elle pèse sur les autres pays de l'Union européenne. Très souvent, dans ces conférences onusiennes, c'est le poids et les engagements collectifs des pays de l'Union européenne qui font avancer. D'une certaine façon, cela participe d'une démarche collective respectée et considérée par les autres pays.



Mouvement Français pour le Planning Familial

www.planning-familial.org

4, square Saint-Irénée 75011 Paris

Tél. : 01 48 07 29 10

mjpf@planning-familial.org