



Commission
Femmes et
Développement

Droits sexuels et reproductifs & genre. Où en sommes-nous ?

Belgique
Bolivie
Equateur
Mali
Maroc
République Démocratique du Congo
Sénégal
Vietnam

Etat des lieux et recommandations
en vue de renforcer le plaidoyer



Droits sexuels et reproductifs & genre. Où en sommes-nous ?

Belgique • Bolivie • Equateur • Mali
• Maroc • République Démocra-
tique du Congo • Sénégal • Vietnam

Etat des lieux et recommandations
en vue de renforcer le plaidoyer

Ce document est l'aboutissement de deux ans de
recherches du groupe de travail "Santé reproductive
et mutilations génitales féminines" de la Commission
Femmes et Développement, auquel ont participé :

- Jasmine Alem,
- Zahra Ali Cheik (GAMS Belgique),
- Marleen Bosmans (ICRH),
- Cécile Charot (DGCD),
- Emmanuelle Debouverie
(Amnesty International Belgique Francophone),
- Khadidiatou Diallo (GAMS Belgique),
- Giulia D'Odorico
(Amnesty International Belgique Francophone),
- Sylvie Grolet (DGCD),
- Françoise Guillitte
(Amnesty International Belgique Francophone),
- Florence Hosteau (Interfaces-FUNDP),
- Katinka In't Zandt (FLCPF/Free Clinic),
- Sabine Kakunga (CNCD 11.11.11),
- Yvette Makilutila (La Zairoise et ses sœurs),
- Pascale Maquestiau
(FLCPF/Le Monde selon les femmes asbl),
- Jeanine Moninga,
- Suzanne Monkasa (CCAEB),
- Marie-Thérèse Ndumba (Transfaires),
- Françoise Nimal,
- Sarah Potvin,
- Magdeleine Willame (CFFB),
- sous la présidence de Sabine Kakunga
(CNCD 11.11.11).





Publié avec le soutien de la DGCD,
Direction Générale de la Coopération au Développement.

Droits sexuels et reproductifs & genre. Où en sommes-nous ?, CFD, Mai 2008

© Commission Femmes et Développement

Dépôt légal : 0218/2008/11

Présidence du groupe et coordination du document : Sabine Kakunga

Rédaction finale : Françoise Nimal

Traductions : Alias Languages et Brussels Translation

Illustrations : ©Clarice (www.clarice-illustrations.be)

Impression : Chauveheid

Réalisation du CD-Rom : Françoise Guillitte

Pages Web : Gerardo Lopez Vega

Commission Femmes et Développement

Rue des Petits Carmes 15

1000 Bruxelles

Belgique

Tel: +32 (0)2 501 44 43

Fax: +32 (0)2 501 45 44

E-mail: cvo-cfd@diplobel.fed.be

<http://www.dgcd.be/fr/themes/gender/cfd.html>

Table des matières

5	Introduction
	Maternité sans risque
9	Définitions
9	Instruments juridiques internationaux
10	Application dans les législations nationales
11	Contributions de la société civile
12	Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques
16	Recommandations
	Information et services en planning familial
17	Définitions
18	Instruments juridiques internationaux
18	Application dans les législations nationales
21	Contributions de la société civile
22	Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques
24	Recommandations
	L'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA
25	Définitions
26	Instruments juridiques internationaux
26	Application dans les législations nationales
27	Contributions de la société civile
29	Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques
30	Recommandations
	L'intégration des programmes de lutte contre les violences
31	Définitions
32	Instruments juridiques internationaux
33	Application dans les législations nationales
34	Contributions de la société civile
35	Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques
38	Recommandations
	L'intégration des programmes destinés aux jeunes
39	Définitions
40	Instruments juridiques internationaux
41	Application dans les législations nationales
42	Contributions de la société civile
44	Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques
46	Recommandations
	L'intégration des programmes de lutte contre les MGF
47	Définition
48	Instruments juridiques internationaux
49	Application dans les législations nationales
50	Contributions de la société civile
51	Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques
53	Recommandations

	L'intégration des programmes de lutte contre les fistules
55	Définitions
55	Instruments juridiques internationaux
56	Application dans les législations nationales
57	Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques
59	Contributions de la société civile
61	Recommandations
63	Quelques recommandations générales
	Annexe : instruments juridiques internationaux et glossaire
65	1. Instruments juridiques internationaux pris en compte
70	2. Instruments juridiques internationaux : panorama pays par pays
86	3. Glossaire
88	Annexe : Liste des sigles, acronymes et abréviations

Introduction

Lors de l'élaboration de cette publication, le groupe de travail "santé reproductive et mutilations génitales féminines" de la Commission Femmes et Développement s'est fixé comme objectif de procéder à une lecture "genre" des liens existants entre santé reproductive et droits reproductifs. Cette introduction entend préciser quelques-unes des orientations méthodologiques et stratégiques qui ont été prises tout au long de notre recherche.

Tout d'abord, une remarque concernant le nom même de notre groupe de travail. Le groupe a pris l'option de mettre en évidence les mutilations génitales féminines (MGF)¹ vu leur caractère atypique et leurs impacts particuliers sur la santé et les droits des filles et des femmes. C'est pourquoi les MGF sont mentionnées explicitement dans le nom du groupe de travail, même si elles font partie de la santé reproductive.

Une autre remarque préliminaire, relative à la terminologie employée, concerne le terme de "droits reprosexuels" que nous utilisons à plusieurs reprises. Ce néologisme, contraction de "droits reproductifs et sexuels", se veut un clin d'œil à celles qui l'ont inventé : un groupe de femmes africaines du Réseau Mondial des Femmes pour les Droits Reproductifs.

Nous définissons la santé reproductive comme suit: "le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode

de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé."²

Notre travail se situe dans un cadre de référence précis qui comprend les grandes conférences des Nations Unies, plus précisément la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995. Ceci explique le choix des thèmes suivants qui rythmeront nos différents chapitres :

- Maternité sans risque
- Informations et services en planning familial
- Intégration des programmes IST et VIH/SIDA
- Intégration des programmes de lutte contre les violences
- Intégration de programmes pour les jeunes
- Intégration des programmes de lutte contre les MGF
- Intégration des programmes de lutte contre les fistules.

Chaque chapitre est suivi de recommandations.

Il est essentiel de tenir compte des contextes nationaux. En effet, les services de santé et leur accessibilité, de même que l'application des instruments juridiques internationaux, varient selon les réalités politiques, sociales et religieuses de chaque pays. Dès lors, pour dresser un état des lieux de la prise en compte des thématiques citées plus haut, nous avons choisi quelques pays exemplatifs parmi les partenaires de la coopération bilatérale avec la Belgique. Sept pays ont ainsi été sélectionnés: la Bolivie, l'Equateur, le Mali, le Maroc, la République Démocratique du Congo (RDC), le Sénégal et le Vietnam. Nous y avons ajouté la Belgique elle-même.

Notre réflexion s'enracine dans une analyse de genre. Ce concept ne se réfère pas aux différences biologiques entre hommes et femmes

¹ Une liste des principaux sigles et abréviations utilisés dans cette brochure se trouve en annexe, page 88.

² Chapitre VII, §72 du Programme d'action de la CIPD.

(sexe), mais bien à la construction sociale de la masculinité et de la féminité. Le concept du genre met en évidence que les relations entre hommes et femmes ne sont pas définies de manière biologique ou "naturelle", mais que les rôles attribués aux hommes et aux femmes sont socialement et culturellement définis. L'analyse de genre est un outil qui permet de mettre en valeur les besoins éventuellement différents des hommes et des femmes, ainsi que les obstacles et les opportunités spécifiques. Cette analyse inclut les besoins pratiques (liés à l'amélioration des conditions de vie) et les besoins stratégiques (amélioration structurelle de la position sociale des femmes et évolution vers une société plus égalitaire).³

Par ailleurs, notre méthode de travail se caractérise par le souci d'une approche systémique et holistique; c'est pourquoi nous nous intéressons à l'intégration des programmes dans chaque thème abordé.

Ainsi, nous avons conçu un tableau à cinq colonnes comprenant, pour chaque thème :

- les **définitions**/concepts officiels ;
- les plates-formes d'action et autres recommandations issues des différentes Conférences tenues au Caire en 1994 et à Beijing en 1995, ainsi que d'autres **instruments juridiques et internationaux** relatifs aux droits reproductifs et aux droits des femmes. Nous avons cherché à identifier les instruments ratifiés par les pays choisis comme exemples et à relever les motifs du refus éventuel de ratification ;
- **l'application dans la législation** : au regard des thèmes choisis, nous avons identifié les articles de la constitution ou de la législation de chaque pays où sont inclus ces thèmes. Souvent, les législations nationales reconnaissent de manière implicite les droits individuels des femmes et des hommes à prendre des décisions libres quant à leur sexualité et reproduction. Mais elles signalent explicitement qu'il s'agit des droits du couple et de la famille. Compte tenu de la construction du genre, des rôles dévolus aux femmes et aux hommes, dans certains pays cela équivaut à reconnaître que c'est le mari qui prendra les décisions dans la grande ma-

jeorie des cas. De façon plus générale, nous posons la question de savoir, au-delà des instruments juridiques que les gouvernements ont signés, au-delà de l'application de certains de ces instruments dans les législations nationales, quelles sont les mesures prises pour éliminer toutes formes de discrimination à l'égard des femmes et toutes les formes de pratiques dangereuses qui les affectent ?

- **la contribution de la société civile** : nous avons cherché à comprendre essentiellement deux choses. D'une part les stratégies de différents acteurs et actrices qui agissent sur le terrain, le travail en réseau qu'ils et elles font, le plaidoyer ou lobby. D'autre part, le lien des actrices et acteurs locaux avec la coopération au développement, et notamment avec les organismes d'aide multilatérale tels que le FNUAP ;
- **le contexte** : nous avons cherché à comprendre et à relever les facteurs d'influences ou facteurs déterminants (économiques, sociaux, culturels, historiques, religieux). Par rapport aux thèmes concernés, ces facteurs peuvent avoir un impact et des conséquences positives ou négatives.

Nous n'avons pas cherché à être exhaustives, mais bien à brosser un tableau fidèle de la question. Les échanges au sein du groupe ont permis de clarifier le concept de santé reproductive et ses différentes composantes. Les membres du groupe, venant d'horizons variés (lieu d'origine, âge,...), ayant connu des modèles de socialisations différents, étant engagées sur des terrains divers, abordaient le sujet avec des sensibilités différentes. Ainsi, les notions de droits, d'identité féminine et d'identité sexuelle ont fait l'objet de discussions passionnées. Nous avons pris le temps de comprendre les préoccupations des unes et des autres et de consolider notre approche commune.

Notre travail a puisé tant à des sources écrites (recherche de littérature) qu'à des récits de pratiques, avis d'expert-e-s, témoignages de terrain recueillis directement par interviews.

La recherche de la littérature s'est faite essentiellement grâce à deux outils : les biblio-

³ Voir la fiche "Terminologie" éditée pour les 10 ans de la Commission Femmes et Développement, disponible sur <http://www.dgci.be/documents/fr/themes/gender/CFD%20276mmB-terminologieFR.pdf>

thèques⁴ et internet⁵. En complément, certains attachés de la DGCD et chargés de coopération dans des pays partenaires ont pu nous fournir des données sur les pays que nous avons choisis; qu'ils en soient ici vivement remerciés.

Ce travail a été enrichi par les échanges d'expertise. Deux membres du groupe de travail étaient présentes en avril 2005 au 3ème congrès latino-américain de la santé sexuelle et reproductrice, qui se tenait à Rosario (Argentine), ainsi qu'à une rencontre organisée ensuite par le Réseau Mondial des Femmes pour les Droits Reproductifs. Nous avons également participé à la 10ème rencontre internationale des femmes et de la santé, qui a eu lieu à New Delhi (Inde) du 21 au 25 septembre 2005. Le thème en était " Challenges & Strategies for Movement Building ". Plusieurs éléments de la présente brochure sont repris d'interviews ou témoignages de femmes de la société civile qui ont été recueillis lors de ces rencontres.

Cinq membres du groupe de travail se sont rendus au siège du Réseau mondial des femmes pour les Droits reproductifs à Amsterdam. Il s'agit d'un réseau autonome d'environ 2000 organisations et individus originaires de 157 pays, créé en 1984, qui travaille à améliorer et à défendre la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes.

Nous avons invités des expert-e-s en droit sexuel et reproductif, dont Rocio Gutierrez, membre de la table ronde de vigilance des droits sexuels à Lima; Berhane Ras-Work, présidente du Comité inter africain sur les pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des enfants (CI-AF); Jean-Louis Lamboray, l'un des premiers médecins à s'être engagés avec la Banque mondiale puis l'ONU dans le combat contre le VIH/SIDA; ou encore Marie-Henriette Balanda, médecin responsable du centre médical OFIDA, Office de Douanes de Kinshasa (RDC), qui s'occupe spécifiquement de la sensibilisa-

tion et des soins par rapport au VIH/SIDA, à l'encadrement des veuves et des enfants victimes de la pandémie.

Nous avons organisé le 25 mai 2007 une journée de travail avec différents expert-e-s de Belgique et du Sud qui traitent de la problématique de la santé reproductive. Au cours de cette journée, l'essentiel des apports sur les thématiques s'est fait en ateliers, en se plaçant dans une perspective de genre, et en se servant comme fil conducteur général du tableau que nous avons conçu.⁶ Nous avons également fait le lien avec la note politique *La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs* de mars 2007⁷, note qui rappelle que la Belgique doit contribuer à la lutte contre toutes les formes de discrimination, et que les droits sexuels et reproductifs font partie intégrante des droits humains et des libertés fondamentales.



⁴ Principalement des centres de documentation spécialisés et centres de ressources d'associations.

⁵ Toutes les références "en ligne" mentionnées en notes de bas de page ont été vérifiées en janvier 2008.

⁶ Nous avons plus particulièrement bénéficié de l'expérience et de l'expertise de Marie-Henriette Balanda (thème VIH/SIDA), Myriam Ilunga (thèmes santé maternelle et planification familiale), Solange Beatrice Kouo Epa (thème fistules), Véronique Fraccaro (thème jeunes), Isabelle Gillette-Faye (thème MGF), et Patsy Sørensen (thème violences). Pour clôturer la journée, Aika van der Kleij, Coordinatrice du Réseau mondial des femmes pour les droits reproductifs (Amsterdam, Pays-Bas) a abordé les questions de méthodologie de plaidoyer, en lien avec les OMD. Nous avons également réfléchi autour de la Note politique *La Coopération belge au développement dans le domaine de la Santé et des Droits sexuels et Reproductifs*, qui nous était présentée par Ludo van Rossum, expert à la DGCD.

⁷ *La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, note politique*, mars 2007. Voir <http://www.dgcd.be/fr/actualite/20070417.html>. La note est disponible en format .pdf sur : http://www.dgcd.be/documents/fr/themes/sante_publique/note_politique_sante_droits_sexuels_reproductifs.pdf

Cette publication est essentiellement destinée aux responsables politiques et aux responsables de terrain de la société civile. Nous espérons qu'ils et elles trouveront dans les divers chapitres de cette publication des éléments importants pour renforcer leurs analyses, appuyer leurs politiques et guider leurs actions.

A cette fin, la brochure se conclut par quelques recommandations générales sur le thème des droits reproductifs. En annexe, des tableaux synthétiques reprennent les instruments juridiques et la situation de ratification pays par pays. De plus, un CD-Rom fourni en

complément reprend tous les textes juridiques internationaux qui peuvent être utilisés pour le plaidoyer, et ce en anglais, français, néerlandais et espagnol, dans la mesure où ils sont disponibles en traduction dans ces différentes langues. Un autre outil, encore en préparation au moment de la mise sous presse de notre brochure, est un site internet reprenant de façon interactive les éléments de notre tableau. Il sera accessible à partir de la page internet de la Commission Femmes et Développement, hébergée sur le site de la DGCD⁸. ■

⁸ <http://www.dgcd.be/fr/themes/gender/cfd.html>

Maternité sans risque

“ Chaque année, quelque 210 millions de femmes sont soumises à des complications de grossesse comportant un risque pour leur vie. 529 000 femmes, dont 99 % dans les pays en développement, meurent en cours de grossesse, d'accouchement ou de conséquences puerpérales. ”⁹

Définitions

On trouve dans la littérature de l'OMS et d'autres institutions tantôt l'expression “maternité sans risque”, tantôt l'expression “maternité à moindre risque”. Il s'agit d'assurer aux femmes les services dont elles ont besoin pour traverser sans danger la période de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum afin de pouvoir mettre au monde un bébé bien portant et de continuer à jouir d'une bonne santé pour élever ce bébé dans la joie.

La plupart des décès maternels sont causés par le manque de soins adéquats au moment de la naissance. La notion de maternité sans risque va bien au-delà de la lutte contre la mortalité maternelle. Il s'agit aussi, d'une part, de permettre aux femmes de porter à terme une grossesse et d'accoucher sans séquelles (maladies et infirmités)¹⁰, d'autre part d'une vision holistique qui intègre dans la santé la notion de bien-être.

Se plaçant dans une perspective de droits humains et dans une perspective de genre, on abordera la maternité sans risque en lien avec le droit à la vie et la survie, mais également en lien avec d'autres droits, comme le droit à se marier librement, à éviter les mariages précoces ou forcés, et à fonder une famille.

Aussi, allons-nous constater que malgré les différents engagements internationaux comme celui de l'objectif 5 des OMD (améliorer la santé maternelle)¹¹ les réponses restent encore trop légères. L'accès des femmes aux préalables à une grossesse et un accouchement dans de bonnes conditions de santé et de sécurité dépend essentiellement d'une volonté politique et de l'engagement réel des gouvernements à assurer cet accès, c'est-à-dire au développement de politiques sociales intégrées.

Instruments juridiques internationaux

Nous ne détaillerons pas ici tous les instruments juridiques portant sur la périnatalité et la santé de la mère et de l'enfant. Un instrument a retenu toute notre attention, parce qu'il n'a été signé par aucun des pays sur lesquels notre analyse a porté. Il s'agit de la convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité.

La convention n°183¹² est une révision de la convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité de 1952. Elle s'applique à toutes les femmes employées y compris les femmes qui le sont dans le cadre de formes atypiques de travail dépendant, et prévoit diverses dispositions pour la santé de la travailleuse, telles que l'extension du congé de maternité à 14 semaines au moins, l'amélioration des dispositions en matière d'allaitement, etc. Elle comporte également d'importantes dispositions sur les droits sociaux de la travailleuse : période de protection de l'emploi, garantie du droit au retour au même poste de travail, etc.

Sept ans après l'entrée en vigueur de la convention n°183, seuls treize pays l'ont ratifiée. Aucun des sept pays sur lesquels porte notre étude ne figure parmi les bons élèves. Quelle conclusion pouvons-nous en tirer ? D'une part, nous pouvons faire l'hypothèse que l'intérêt financier exprimé par les employeurs prime encore trop souvent sur la protection de la santé des femmes : lors des

⁹ La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, note politique, mars 2007.

¹⁰ Parmi les infirmités graves, la fistule, qui fera l'objet d'un chapitre à part.

¹¹ http://www.un.org/french/millenniumgoals/goal_5.html

¹² <http://www.ilo.org/public/french/dialogue/actrav/genact/gender/mother/mater00.htm>

discussions en 2000 à l'OIT, les délégations des employeurs – soutenues par plusieurs gouvernements – avaient tenté de revenir sur les acquis de la convention de 1952¹³. Les conventions de l'OIT sont des instruments qui tiennent compte des rôles sociaux, et de la fonction sociale importante que les femmes assument à travers la maternité. A contrario, ne pas signer les conventions, c'est renvoyer la maternité dans le domaine du privé.

Application dans les législations nationales

“ De nombreux pays intensifient aujourd'hui leurs efforts pour faire reculer la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, presque toujours en élaborant et en menant des plans d'action nationaux pour une maternité sans risque ”¹⁴, constate l'OMS, qui a mis au point divers instruments d'évaluation des besoins relatifs à la maternité sans risque et guides pratiques pour l'implémentation de programmes de santé maternelle.

On observe toutefois des stratégies différentes selon les pays et leurs spécificités. Les contextes d'un pays à l'autre sont très différents : notre propos n'est pas de faire des comparaisons, mais de montrer quelques exemples de politiques mises en œuvre dans quelques-uns des pays choisis pour notre étude. On verra que la porte d'entrée législative choisie peut être le programme d'action de Beijing, ou celui du Caire (CIPD), et qu'il peut aussi être fait appel aux recommandations et autres apports de la société civile.

Ainsi, l'Equateur, à partir de la déclaration et du programme d'action de Beijing, développe des initiatives comme le programme de promotion et de protection de l'allaitement maternel, le projet santé et survie de l'enfant, le programme d'alimentation complémentaire maternelle et infantile.¹⁵

Au Vietnam, la mise en œuvre du programme d'action de Beijing est réalisée suivant diffé-

rents plans d'actions liés à CIPD et Beijing, notamment à travers une résolution gouvernementale¹⁶ sur les soins de santé donnés aux mères et aux enfants, avant, pendant et après l'accouchement, afin de réduire leur taux de mortalité. Son objectif¹⁷ est de développer les services de soins de santé locaux. Le Ministère de la santé a adopté des politiques axées sur les zones et communautés rurales qui prévoient que davantage d'agents de santé seront affectés aux localités. La volonté est d'améliorer la qualité des services de soins de santé et de protection sanitaire destinés à la population, notamment aux femmes, aux groupes cibles et aux pauvres afin d'assurer l'accès de tous, sur un pied d'égalité, aux services de soins de santé.¹⁸

Le Mali a développé des plans d'action (1996-2000, 2002-2006) pour la promotion des femmes, élaborés par le Commissariat à la Promotion des Femmes, en collaboration avec ses partenaires techniques, les associations et ONG féminines.

La démarche du Sénégal est plutôt de tenir compte des recommandations de la CIPD ; pour cela, le gouvernement a élaboré, en mars 1997, un Programme national de santé reproductive (1997-2001), suivi par un programme de santé de la reproduction pour la période 2001-2006. Les objectifs étaient d'intégrer différentes dimensions : accroître de manière durable l'utilisation des services de santé de la reproduction, survie de l'enfant, santé maternelle, planification familiale, infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA dans le cadre de la décentralisation dans les zones ciblées.



¹³ <http://www.cne-gnc.be/—dossiers/DOSjuin07.htm>

¹⁴ Document OMS, *Maternité sans risque - Evaluation des besoins*, Version 1.1 – 2001, Ref. WHO/RHT/MSM/96:18. Rev.1. Disponible en ligne le 23/01/2007 : http://www.who.int/reproductive-health/mere_nouveau_ne/smna_index.fr.html

¹⁵ Information fournie par le réseau mondial des femmes et droits reproductifs

¹⁶ Résolution gouvernementale 37/CP.

¹⁷ http://www.unfpa.org/worldwide/country.cfm?&country_code=64000

¹⁸ www.crlp.org/fr_vw_iss_maternite.html

La complexité de la situation résultant des conflits armés en RDC n'a pas permis aux différents gouvernements d'intégrer des applications ni des législations en faveur des droits des femmes sur cette thématique. Cependant, en 2006, le Ministère de la Santé s'est doté d'un document stratégique pour le renforcement de son système de santé (SRSS). Celui-ci pourrait constituer la base et le cadre référentiel de la reconstruction du système de santé en RDC. On y trouve un état des lieux reprenant les indicateurs des OMD.

En Belgique, actuellement, les enjeux de la législation liée à la maternité et santé périnatale sont déplacés vers des enjeux éthiques : lois et propositions de loi se focalisent surtout sur la procréation médicalement assistée.

Contributions de la société civile

Selon les différentes prises de conscience et réponses des gouvernements et leur lien avec la coopération internationale, des stratégies vont être développées par la société civile, comme nous le verrons à travers quelques exemples.

Souvent, comme en Equateur, les associations défendant la maternité sans risque s'engagent aussi sur les autres thématiques de la santé reproductive et sexuelle. Des liens se font avec la lutte contre la pauvreté (relations entre zone urbaine et rurale, entre métisses et indiennes) et la lutte contre les violences.¹⁹

De même, en Bolivie, les ONG de femmes ont inclus la dimension de la santé maternelle dans le cadre plus large des droits reproductifs et des programmes de lutte contre les violences. En 2004, un travail de lobby et de pression a été fait : les associations ont fait alliance avec des parlementaires et appuyé leur travail. En mai 2004, les parlementaires boliviens approuvaient sans opposition une " loi-cadre sur les droits sexuels et reproductifs ". Le texte se plaçait dans la défense des droits

reproductifs et sexuels comme faisant partie des droits humains et affirmait explicitement le " droit à la jouissance et à l'exercice des droits sexuels et reproductifs (...) sans distinction de classe, d'âge, de sexe, de genre, d'origine ethnique, d'option sexuelle ou autre ". En découlait l'obligation pour l'Etat de favoriser la promotion de la santé reproductive, par exemple, en garantissant l'information et le libre-choix des moyens de contraception, ainsi que l'anonymat du planning familial. La loi-cadre donnait aussi mission à l'Etat de lutter contre les discriminations vécues par les femmes et par les minorités sexuelles.

Ceci est donc un bel exemple de plaidoyer efficace des associations féministes auprès des parlementaires. Malheureusement, une semaine après le vote, le président de l'époque, Carlos Mesa, recevait une lettre de la Conférence épiscopale bolivienne l'invitant à opposer son veto à la promulgation de la loi. Comme les évangeliques, la hiérarchie catholique voyait dans ce texte, ressenti comme une porte ouverte à la légalisation de l'avortement et du mariage entre personnes de même sexe, un ferment de la " destruction de la famille ". Le président a donc envoyé la loi-cadre dormir dans un tiroir.²⁰ Il faudra attendre un nouveau président, et la réforme de la Constitution, en 2008, pour que soit désormais inscrite dans la constitution bolivienne, l'article 66 qui " garantit aux femmes et aux hommes l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs qui impliquent de décider librement du nombre de filles et de fils qu'ils désirent avoir, ainsi que de l'espacement " entre eux/elles.²¹

En RDC, la fragilité du contexte a donné lieu à des stratégies plus éclatées. Par exemple, les sages-femmes de Komanda (Ituri) produisent un plan d'action pour améliorer leur travail. Elles ont décidé d'ouvrir une caisse à laquelle chaque mère contribuerait en versant chaque mois une petite somme. Vingt-cinq mères ont immédiatement accepté. Deux mois plus tard, elles ont choisi des leaders et ont formé un comité composé d'un membre du personnel du centre de santé, de quelques conseillers et des représentantes des mères de famille.²²

¹⁹ Movimiento nacional de mujeres de sectores populares Luna Creciente, Sendas, et d'autres.

²⁰ Document : 9 y 10 de setiembre 2004, *Foro internacional exigibilidad de los Derechos Humanos : el caso de los derechos sexuales y reproductivos*.

²¹ Source : *Le courrier*, quotidien suisse, repris en ligne par le site Le grand soir, 11 février 2008, <http://www.legrandsoir.info/spip.php?article6027>

²² Source : ONG tearfund. <http://www.tearfund.org/> en ligne le 23/01/2008.

Où se situe la Belgique dans ce domaine ? La société civile s'est mobilisée autour des droits reproductifs et sexuels et a réalisé des alliances suivant les thématiques portées. La société ne se mobilise plus sur une maternité sans risque mais sur les questions liées aux droits liés à la procréation et aux diverses formes de parentalité.

Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques

Voici une liste non exhaustive de facteurs que nous avons relevés. Il est important de garder à l'esprit qu'aucun facteur n'existe seul mais bien en lien avec les autres. L'interdépendance de ceux-ci est fondamentale pour construire une réponse stratégique en matière de droits sexuels et reproductifs.

Insuffisance des infrastructures, manque d'accès aux soins

Les causes immédiates de la mortalité périnatale élevée sont dans la plupart des cas évitables. Il s'agit des maladies infectieuses et parasitaires y compris le VIH/SIDA et autres IST, des conséquences de violences et traumatismes divers ainsi que des complications des avortements clandestins et des accouchements. Pour la RDC, les chiffres suivants sont cités : les hémorragies (25 %), l'éclampsie (8%), les infections puerpérales, le paludisme.²³ Toujours pour la RDC, on peut diagnostiquer que les causes sous-jacentes sont liées au comportement et comprennent l'hygiène individuelle et collective insuffisante en milieu communautaire et hospitalier, la malnutrition, l'influence des pesanteurs socioculturelles

(coutumes nuisibles, interdits et tabous religieux et autres), le faible niveau d'instruction de la femme.²⁴

On note, parmi les principaux facteurs de décès maternels différents "retards" : retard dans la décision de recourir aux soins, retard pour rejoindre les structures de soins (souvent trop éloignées des lieux de vie des femmes), retard dans l'apport de soins adéquats. Ces retards se combinent avec des facteurs tels que l'âge des mères (trop jeunes - moins de 20 ans - ou trop âgées), les grossesses trop rapprochées et les grossesses trop nombreuses (+ de 7)²⁵. Cette analyse peut certainement être étendue à d'autres pays que la RDC.

Dans les pays où coexistent deux systèmes de santé, le système public et le système privé, le problème de l'accessibilité aux soins se conjugue de deux manières : manque de moyens dans le système public, et freins financiers à l'accès à un système privé extrêmement onéreux. Ainsi, en Equateur, au sein du système public, les soins en matière de grossesse sont gratuits mais les moyens des hôpitaux sont réduits (problèmes de ressources matérielles et humaines liés aux manques de moyens financiers), tandis que dans le système privé, les moyens ne manquent pas mais les soins se paient au prix fort. Dans plusieurs pays d'Amérique latine, le problème s'est accentué ces vingt dernières années, en conséquence directe des politiques d'ajustement structurel.²⁶

Remarquons cependant que les moyens techniques eux-mêmes, lorsqu'ils sont à disposition, posent question. Avec les évolutions technologiques, la notion d'"accouchement sans risque" sert de levier à une certaine systématisation du recours à la (sur-)médicalisation. Ainsi, en Bolivie, on constate une systématisation de la pratique de la césarienne, appelée aussi "accouchement sans douleur". Cette appellation contribue à la diffusion de l'idée selon laquelle la césarienne est ce qu'il y a de mieux en matière d'accouchements.

²³ Kinza/AEMS-ASBL, *Situation de la santé maternelle et néonatale en R.D Congo*, dans Société Civile.cd du 17 /7/2006.

²⁴ *ibidem*.

²⁵ Dr Tsheke, directeur du Programme national de santé de la reproduction, 4 avril 2005, commune de Bandalungwa. Source <http://www.lepotentiel.com>

²⁶ Rocio Gutiérrez R., *Movimiento Manuel Ramos Pérou*, présentation au groupe de travail de la CFD, en octobre 2006.

Le manque de personnel qualifié est parfois criant. Dans certains pays, comme au Mali, la répartition des sages-femmes par région est inégale : 68 % d'entre elles sont en exercice dans le district contre 32 % dans les régions. A cette faiblesse de gestion des ressources humaines s'ajoutent l'absence de plan de carrière, la faible motivation, l'insuffisance de formation continue du personnel, la migration etc.²⁷ Au Maroc, le nombre de gynécologues exerçant dans le système public est insuffisant.

Certains pays rencontrent des problèmes de planification. Cela pourrait être en partie lié à un manque de vision globale, holistique, de la santé. C'est en tout cas semble-t-il le cas du Maroc, où l'on observe les facteurs suivants : qualité faible de prise en charge des soins obstétricaux d'urgence ; implication faible des ONG et du secteur privé dans l'offre des services de santé ; difficultés liées à l'analphabétisme, à l'accessibilité géographique, à la pauvreté. Ceci fait apparaître des lacunes et défaillances comme la portée limitée des enquêtes conduites par le Ministère de la santé. Ces enquêtes se cantonnent dans une vision étroite de la santé des femmes. En effet, elles n'intègrent qu'une composante de celle-ci ; à savoir la planification familiale.

Au Maroc, on constate un niveau de risque presque trois fois plus élevé parmi les femmes rurales que citadines. Force est de souligner que les services de soins en santé reproductive sont à la fois de couverture limitée et d'accessibilité réduite en milieu rural.²⁸

En règle générale, les fortes disparités régionales et la persistante iniquité géographique en termes de structures sanitaires et de personnel de santé œuvrent toujours dans le sens du maintien de l'exclusion de bon nombre de femmes dont les besoins en santé reproductive sont parfois même totalement méconnus. La faible coordination des programmes menés et des actions engagées, aggravée par l'insuffisance des ressources matérielles et humaines mobilisées, handicape lourdement la portée de ces programmes.

Le rôle des traditions et des croyances religieuses

En Bolivie comme en Equateur, les cultures indigènes influencent fortement la conception de la fertilité chez les femmes. Par exemple, pour les populations indiennes d'Equateur, la fertilité des femmes est liée à la fertilité des éléments ; cette fertilité est un don des dieux et la femme qui exercerait un contrôle sur sa propre fertilité mettrait en péril celle de la terre.

La société équatorienne, tout comme une majorité de l'Amérique latine, a conservé une mentalité très machiste. Le rôle de la femme se résume très strictement à celui d'être mère, son statut est lié à son rôle de reproduction. En Bolivie, on observe une tension entre les pratiques culturelles traditionnelles et des approches plus médicalisées. Par exemple, la pratique de "conserver"²⁹ le placenta afin de "protéger la fertilité" de la maisonnée disparaît. L'accessibilité des programmes de maternité sans risque semble parfois moins compromise par un manque de ressources financières que par la force des croyances selon lesquelles les naissances sont des faits de la nature ne relevant pas nécessairement des interventions de spécialistes.

Les discours religieux actuels perpétuent souvent l'idéal de fertilité présent dans les religions indigènes.



²⁷ « Les Echos », Atribone Mali, 09 juin, 2006.

²⁸ Femmes et santé au Maroc 1999-2003/Abdel-Illich yaakoubt/Insea, Rabat, <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51238>

²⁹ En l'enterrant devant la maison.

Au Mali, la conception coutumière selon laquelle une femme doit avoir beaucoup d'enfants, est relayée par les religieux musulmans qui prêchent que " l'existence d'une personne dépend du bon dieu ". Un contexte très peu favorable à la planification des naissances.

De même, en Equateur, " l'église catholique influence véritablement la population, surtout en zone rurale (chez les populations indigènes) où celle-ci est très présente à travers des représentations idéalisantes de la maternité comme projet principal féminin."³⁰

Situation de guerre et paix

Une autre catégorie d'obstacles sérieux est constituée par les catastrophes, naturelles ou provoquées par l'homme, qui détruisent rapidement les infrastructures et désorganisent les services.

Concernant la RDC, la rupture de la coopération intervenue en 1991, la longue crise socio-économique et les conflits armés, ont eu une incidence sur le taux de mortalité maternelle, qui a augmenté. Les zones de conflits sont évidemment les plus précarisées. Cependant, comme le souligne un rapport de MSF³¹, la surmortalité ne se limite pas aux zones de conflits. Ainsi, " les taux de mortalité extrêmement élevés à Inongo, une zone située loin du front et qui n'a jamais connu directement l'impact du conflit, sont également déconcertants. La zone de santé d'Inongo est difficilement accessible et n'a jamais bénéficié d'un appui externe en matière de santé. Il est fondamental de reconnaître cet état de fait et de ne pas associer exclusivement la surmortalité en RDC aux situations de conflits persistantes dans le pays."³² En RDC, l'offre de soins est très insuffisante et financièrement inaccessible. "Dans un pays où l'activité économique est quasi paralysée en dehors des grandes villes et où le potentiel d'activités génératrices de revenus est très limité, la disponibilité physique d'argent est un problème."³³ Dans ses recommandations, MSF préconise donc d'envisager la gratuité des soins de santé de base, recommandation qui est valable pour d'autres contextes que celui de la RDC.

Analphabétisme et pauvreté

Chaque année, dans le monde, environ 15 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance.³⁴ La grossesse chez les adolescentes présente un risque pour la santé de la mère et celle du nouveau-né : plus la mère est jeune plus les risques de complications sont importants.

Or, le lien entre la prévalence des grossesses adolescentes, le niveau d'instruction et le niveau de pauvreté est parlant. En RDC, par exemple, les grossesses adolescentes "sont relativement plus nombreuses en milieu rural (22%) qu'en milieu urbain (17%) certainement à cause de la précocité plus prononcée du mariage en milieu rural. La proportion des mères parmi les adolescentes diffère également selon le niveau d'instruction. Elle est plus grande chez les adolescentes non scolarisées (24%) et faiblement scolarisées (21 %) que chez celles qui ont un meilleur niveau d'instruction (15%). La même tendance s'observe selon le niveau de pauvreté. La proportion des mères chez les adolescentes les plus pauvres (26%) est deux fois plus élevée que celle des adolescentes les plus riches (13%). C'est donc dans les couches sociales les plus pauvres que le phénomène de la fécondité des adolescentes se pose avec plus d'acuité."³⁵

La marginalisation économique et sociale d'une bonne frange de la population féminine continue à la priver des bénéfices des actions menées et des programmes de santé maternelle.



³⁰ Interview de Tamara Idrobo Tapia, experte au Réseau Mondial des Femmes pour les Droits sur la Reproduction (RMFDR), Amsterdam, décembre 2006.

³¹ *Accès aux soins, mortalité et violence en République Démocratique du Congo. Résultats de cinq enquêtes épidémiologiques : Kilwa, Inongo, Basankusu, Lubutu, Bunkeya — De mars à mai 2005.*

³² Ibidem.

³³ Ibidem.

³⁴ Alan Guttmacher Institute (AGI). Risks and realities of early childbearing worldwide. Issues in Brief. AGI. 1997.

³⁵ *Enquête sur la situation des enfants et des femmes, MICS2/2001, Volume II, Rapport d'analyse, Kinshasa, juillet 2002, P57.*

Manque de prise en considération du genre et d'autonomisation des femmes

Outre leur conception à bien des égards encore classique et limitée, bon nombre de programmes de maternité sans risque pèchent aussi par leur faible prise en considération du rôle de l'homme et des relations de genre dans la problématique de santé des femmes. En plus de l'incapacité matérielle et des contraintes liées à l'éloignement, les femmes subissent les circonstances astreignantes auxquelles elles sont assujetties du fait de leur faible statut. Dans nombre de contextes, elles sont encore privées de toute autonomie de décision concernant leur propre santé.

Les facteurs à incriminer ne se réduisent pas aux insuffisances en termes d'infrastructures et de personnel médical ; le comportement des femmes, la perception qu'elles se font de leur propre santé, le pouvoir de décision qu'elles s'accordent et se voient accorder au sein de la famille et du ménage, les priorités qu'elles se donnent en termes de besoins et tâches à assurer sont autant de facteurs qui concourent à une relative négligence de suivi et de contrôle de leur état de santé dans la phase post-accouchement. Les représentations sociales et leurs impacts sur nos comportements sont-ils liés au contrôle sur les corps des femmes ? En tout état de cause, il nous semble que les croyances liant la fertilité des femmes à la fertilité de la terre restent à déconstruire. ■



Recommandations en matière de maternité sans risque³⁶

Toutes les femmes peuvent prétendre aux conditions nécessaires pour avoir des grossesses et des accouchements dans de bonnes conditions de santé et de sécurité. L'accès des femmes à ces conditions dépend essentiellement de l'engagement des gouvernements à assurer cet accès et de la société à défendre ce droit.³⁷

Dès lors, nous formulons les recommandations suivantes :

- Assurer des soins anténataux, à l'accouchement et post-partum appropriés à toutes les femmes, avec une attention particulière pour les femmes en situation de précarité (femmes en milieu rural, en situation de conflit, etc.).
- Intégrer aux programmes de maternité sans risque l'accès aux services et à l'information en matière de planification familiale de toutes les femmes et toutes les adolescentes en âge de procréer.
- Veiller à l'accessibilité géographique des services et des équipements, d'une part en programmant une meilleure dispersion géographique des dispensaires, d'autre part en améliorant la mobilité des usagères (infrastructures, routes, ainsi que la prise en compte des coûts de transport).
- Affirmer la primauté de la santé de la mère et du nouveau-né sur toutes considérations de type religieux, culturel, traditionnel qui les mettraient en danger.
- Que la Belgique ratifie la convention n°183 de l'OIT sur la protection de la maternité et qu'ensuite elle plaide auprès des gouvernements des pays partenaires de la coopération afin qu'ils ratifient également la convention.

³⁶ Pour des recommandations plus générales, qui complètent celles spécifiques à ce thème, voir page 63.

³⁷ http://www.reproductiverights.org/fr_wv_iss_maternite.html

Informations et services en planning familial

“ 80 millions de femmes, chaque année, sont enceintes contre leur gré. Il s’agit soit de grossesses non désirées dans une relation de couple, soit de grossesses dues à une contrainte sexuelle. 46 millions de ces femmes choisissent d’interrompre leur grossesse. Pour 18 millions d’entre elles, dont 40 % n’ont pas 25 ans, l’interruption de grossesse se fait dans des conditions insalubres, ce qui entraîne à nouveau 68.000 décès dus à des complications. ”³⁸

Définitions

Le planning familial (ou la planification familiale) est la possibilité, pour la femme et pour le couple en activité sexuelle, de planifier sa vie reproductive, de contrôler les naissances (en choisir le moment : réduire leur nombre et/ou les espacer). Ceci implique une information sur les différentes méthodes de contraception et un accès à celles-ci.

On peut dire également que le planning familial est l’ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances. Par extension, on nomme planning familial les lieux qui mettent à disposition ces moyens et qui informent sur leur mise en œuvre. Dans ces lieux, des équipes pluridisciplinaires informent sur la contraception et l’interruption volontaire de grossesse (dans les pays où elle est autorisée), mais assurent également d’autres missions. C’est pourquoi d’autres thèmes traversent

cette thématique, notamment l’éducation sexuelle (qui est traitée dans le chapitre consacré aux jeunes).

Nous avons choisi d’aborder ici le thème de la pratique de l’avortement, même si ce thème a également sa place dans le chapitre consacré à la maternité sans risque, puisque, dans le monde, 68.000 femmes par an meurent des suites d’un avortement à risque. Le choix de placer ce thème ici peut faciliter la compréhension des rôles des différents acteurs et actrices. Selon nous, la position belge consistant à réaliser cette pratique essentiellement de manière extrahospitalière (contrairement aux accouchements) est une stratégie à réfléchir. Les questions de planning familial sont souvent le lieu de débats politiques et idéologiques importants, non seulement sur les thèmes de l’avortement et de la contraception d’urgence qui sont les plus controversés, mais aussi autour des méthodes de contraception (méthodes modernes versus méthodes dites “naturelles”).³⁹ Cette thématique reste la plus difficile à traiter au niveau international et il convient de rester vigilant afin de maintenir les acquis apportés dans les deux grandes conférences des Nations Unies qui défendent les droits des femmes dans cette matière.

La capacité de la femme de planifier sa vie reproductive, d’être autonome dans ses décisions et de négocier avec son partenaire est fondamentale pour la libre détermination en matière de reproduction. Pouvoir choisir le nombre d’enfants qu’elle aura et le moment de les avoir, permet à la femme de désirer ses enfants, mais aussi de se pencher sur le droit au plaisir et d’avoir une sexualité plus épanouie.



³⁸ La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, note politique, mars 2007.

³⁹ Exposé de Myriam Ilunga, lors du colloque « Les droits reproductifs, état de la question » organisé par la Commission Femmes et Développement, le 25/05/2007 à Bruxelles.

Instruments juridiques internationaux

Nous centrerons ici notre réflexion sur le Protocole de Maputo.

Le Protocole de Maputo,⁴⁰ qui est un protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes est un instrument de valeur qui est entré en vigueur en octobre 2005, après avoir été ratifié par les quinze Etats membres nécessaires.⁴¹ Ce protocole englobe un nombre étendu de droits des femmes, et met en exergue le droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction. L'article 14 stipule que les Etats assurent aux femmes le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité; et le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances.

Alors que bon nombre de femmes à travers le monde se réjouissent de la ratification du Protocole de Maputo, l'on constate malheureusement qu'aux yeux d'un certain nombre d'institutions de la société civile, les droits des femmes ne méritent pas de figurer à l'ordre du jour. Il suffit de lire la déclaration des Evêques de l'Afrique centrale : " Nous, Archevêques et Evêques, membres de l'Association des Conférences Episcopales de l'Afrique Centrale (ACEAC), messagers de l'Evangile de la vie, témoins de la civilisation de l'amour, réunis en Assemblée plénière de l'ACEAC à Kinshasa du 17 au 20 juin 2007, voulons affirmer, à la suite du Christ, la valeur inaliénable de la personne humaine et participer avec fermeté à la défense de la vie dans le monde. Préoccupés par la culture de mort que semble répandre en Afrique une certaine éthique hédoniste, considérant toute vie humaine comme un don sacré dont l'homme ne peut disposer à sa guise, soucieux de sauvegarder les valeurs africaines de la famille, de la dignité de la femme comme mère et source de vie, nous avons pris la résolution de nous prononcer sur le protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes pour aider nos gouvernants à bien en découvrir les enjeux et pour attirer

leur attention sur la gravité des questions posées afin qu'ils en tiennent compte avant toute éventuelle ratification de ce Protocole. (...) Malgré les visées positives de ce Protocole, une lecture attentive notamment dans les articles 4 et 14 met en évidence ce qui du point de vue culturel, anthropologique, juridique et éthique fait problème et constitue une menace grave pour les valeurs de la morale chrétienne et de la culture africaine."⁴²

En RDC par exemple, cette prise de position s'est concrétisée dans certains Diocèses par l'organisation de marches contre les articles 4 et 14 du Protocole de Maputo.

Application dans les législations nationales

L'accès à la contraception est rarement légiférée, elle s'inscrit en général dans des programmes d'action des pays. Par contre tous les pays se positionnent en matière d'interruption de grossesse et légifèrent à ce sujet en situant l'interruption de grossesse dans le code pénal.

Interruption de grossesse

Ainsi, en droit pénal équatorien, l'avortement pratiqué par un médecin, avec le consentement de la femme ou celui de son mari ou de ses proches lorsque elle-même n'est pas en mesure de le donner, est passible de poursuites sauf s'il est pratiqué pour éviter de mettre en danger la vie ou la santé de la mère, et si ce danger ne peut être évité par d'autres moyens; ou si la grossesse est due à un viol ou à un abus sexuel commis sur une femme handicapée mentale ou malade mentale.

L'inclusion dans le code pénal signifie des poursuites judiciaires, des peines de prison et des amendes, tant pour la femme qui subit l'avortement que pour les personnes qui réalisent la pratique.

⁴⁰ http://www.aidh.org/Biblio/Txt_Afr/instr_prot_fem_03.htm

⁴¹ Malheureusement, plusieurs des pays qui font l'objet de notre étude ne l'ont pas signé.

⁴² Travaux de l'Assemblée plénière de l'Association des Conférences Episcopales de l'Afrique Centrale (ACEAC), qui a eu lieu à Kinshasa du 17 au 20 juin 2007.



Au Maroc, par exemple, toute personne qui pratique un avortement illégal sera condamnée à cinq années de prison et au paiement de 120 à 500 dirhams. La peine est doublée dans le cas où il s'agit de personnes qui pratiquent régulièrement des avortements. Le personnel médical et de santé qui pratique un avortement illégal est en outre condamné à la suspension temporaire ou permanente de l'exercice de la profession. Une femme qui demande un avortement est condamnée à un emprisonnement de six mois à deux ans et au paiement d'une amende de 120 à 500 dirhams. Le Sénégal détaille des pratiques ou comportements punissables. "Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle y ait consenti ou non." De plus, "sera puni (...) quiconque qui, soit par des discours proférés dans les lieux ou réunions publics ; (...) soit par la publicité de cabinets médicaux, (...) aura provoqué au délit d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet."⁴³

En général, l'avortement thérapeutique est la seule forme d'avortement admise.

En Belgique, depuis la loi du 3 avril 1990, l'interruption de grossesse pratiquée dans les conditions prévues par la loi n'est plus considérée comme un délit. Avant 12 semaines, la femme doit être dans une situation de détresse (l'appréciation de la situation se fait par la femme et le médecin). Par conséquent, une femme enceinte qui sollicite une interruption est présumée en état de détresse. Il faut que l'intervention soit faite par un médecin (pas obligatoirement gynécologue). Les lieux d'in-

terventions sont les hôpitaux ou centres extrahospitaliers. L'intervention après la douzième semaine de gestation n'est autorisée que s'il y a un péril grave pour la santé de la femme (au point de vue physique ou psychologique ou social), ou affection grave incurable de l'enfant (l'avis d'un deuxième médecin est requis). En cas de non-viabilité du fœtus, il n'y a pas de limite dans le temps.

Le cas du Vietnam est particulier : non seulement l'avortement y est légal (depuis 1945), mais c'est le pays au monde ayant le plus haut taux d'avortement (83 avortements pour 1000 femmes en 1999). Pour maîtriser la croissance de la population, depuis les années 1980, le Vietnam encourage, sans imposer, un maximum de 2 enfants par famille. Tant la contraception que l'avortement font partie de l'offre de santé des services publics. Le Ministre de la Santé a pris diverses mesures pour promouvoir davantage l'usage de méthodes contraceptives. Aujourd'hui, au Vietnam, l'avortement est permis, et gratuit, au cas où la femme tombe enceinte alors qu'elle utilise des mesures contraceptives cliniques (IUD, stérilisation, injections contraceptives ou implants) et possède la carte de membre du planning familial. Ainsi, selon la circulaire sur la planification familiale de 2000, les femmes appartenant aux minorités ethniques dans les districts de la montagne et souhaitant interrompre une grossesse doivent remplir un formulaire et certifier qu'au moment de la grossesse, elles utilisaient des contraceptifs et décliner leur appartenance (nom, ethnie et lieu de naissance)⁴⁴.

Contraception

Le programme d'action du Caire préconise aux gouvernements de diminuer le recours à l'avortement par l'amélioration de l'offre de services en planning familial. Cependant, les politiques nationales sont encore très en retard en matière de promotion des méthodes contraceptives efficaces.

En 2003, le gouvernement vietnamien a mis en œuvre une ordonnance sur la population centrée sur le choix informé et la qualité des services de santé reproductive et sexuelle. Pour sa part, le FNUAP se penche sur les soins

⁴³ Code Pénal du Sénégal, article 305.

⁴⁴ OMCT, June 2001, *Implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women by Vietnam*, p. 31.

sanitaires génésiques à l'intention des jeunes.⁴⁵ Avec une démographie de 84 millions d'habitants et sa structure de jeune population, le nombre de femmes en âge de procréer est chaque année trois fois plus important que celui des femmes ménopausées. En conséquence, s'il n'y a pas suffisamment de moyens de contraception pour appliquer les mesures de planning familial, le Vietnam sera devant le risque de voir sa population augmenter d'une manière incontrôlable. Le manque de ces produits, notamment de préservatifs, limite en outre les capacités de contrôler la contamination rapide par le VIH/SIDA.⁴⁶

La Belgique a changé son interdiction de diffusion des moyens contraceptifs seulement dans les années 1970. La RDC, qui avait hérité de la législation du colonisateur en la matière, n'a pas changé les textes. Néanmoins, le président Mobutu avait, par une ordonnance, institué un comité pour la planification des naissances. Cette ordonnance, toujours en vigueur, consacre un désordre juridique qu'il conviendrait de clarifier. Lors de la CEDAW, en 2000, demande expresse a été faite auprès du gouvernement congolais de s'efforcer d'améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives, d'abroger l'article 178 du Code pénal qui interdit la diffusion des méthodes contraceptives, et de donner une éducation sexuelle aux jeunes. Cette recommandation n'a jusqu'à présent pas été mise en œuvre.⁴⁷

Certains pays se dotent d'instruments législatifs intéressants : c'est le cas du Mali. La loi malienne n° 44 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction dispose que " les hommes et les femmes sont égaux en droits et en dignité en matière de la santé de la reproduction ". Elle pose le principe que toute personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque. Les membres du couple et les individus ont le droit de décider librement avec discernement du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances et de disposer des informations né-

cessaires pour ce faire. Cependant la promotion et la mise en œuvre restent la pierre d'achoppement.

Au Sénégal, la santé reproductive a été intégrée dans la " Déclaration de politique de santé " (1995) grâce aux recommandations issues de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). De plus, le gouvernement a élaboré un Programme national de santé reproductive (1997-2001), et plus spécifiquement un programme de santé de la reproduction pour la période 2001-2006 dans les différentes régions.⁴⁸ Il a abrogé la loi de 1920⁴⁹ qui réprimait l'incitation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Le programme est exécuté en partenariat avec le Ministère de la Santé. Dans les zones ciblées, une politique de planification familiale est mise en route.

L'Equateur va jusqu'à inscrire la thématique dans sa Constitution (Article 34). La procréation responsable et une éducation appropriée en vue de la promotion de la famille sont encouragées, et l'Etat garanti le droit des personnes de décider du nombre d'enfants qu'elles peuvent avoir, adopter, entretenir et élever. L'article 39 propose que l'Etat protège la famille : " la maternité et la paternité responsables sont encouragées " .

Le gouvernement marocain a soutenu la planification familiale depuis l'indépendance, en 1956.⁵⁰ Les contraceptifs sont distribués gratuitement aux femmes mariées dans les centres gouvernementaux de planification familiale. Depuis les années 1980, le Ministère de la Santé Publique a introduit deux programmes innovants : d'une part, des cliniques mobiles pour fournir des services de planification familiale, de santé maternelle et de pédiatrie dans des zones rurales éloignées ; d'autre part, des visites systématiques à la maison pour encourager l'utilisation de contraceptifs et pour fournir des services de planification familiale et de santé.

⁴⁵ *Courrier du Vietnam* du 20 décembre 2006.

⁴⁶ *Courrier du Vietnam* du 22 décembre 2006.

⁴⁷ Marie Mossi (Association Africaine pour la Défense des droits de l'homme), Mariana Duarte (Organisation mondiale contre la Torture), Juillet 2006, *La violence contre les femmes en République Démocratique du Congo. Rapport alternatif préparé pour le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes*. http://www.omct.org/pdf/NAW/2006/CEDAW_36th/CEDAW36_RDC_fr.pdf (online le 23/01/2008)

⁴⁸ Dakar, Fatick, Kaolack, Louga, Thiès et Ziguinchor.

⁴⁹ Loi No.80/49 du 24 décembre 1980.

⁵⁰ Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department for Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

Contributions de la société civile

En matière de droits liés à la planification familiale, il y a une constante parmi les acteurs (ou plutôt actrices) qui se mobilisent. Les mouvements de femmes donnent l'impulsion, cherchant l'alliance avec le pouvoir médical. Cette démarche est régulièrement appuyée par des organisations internationales qui favorisent la création de centres offrant des services de planification familiale.⁵¹ Ces dix dernières années, les associations ont travaillé la qualité de leur plaidoyer en développant différentes formes de stratégies appuyées sur les initiatives antérieures. Des espaces d'échanges et de collaboration comme les Rencontres Internationales Femmes et Santé en sont un exemple.⁵²

Nous évoquerons ici brièvement trois pays : la Bolivie, le Mali et la Belgique.

En Bolivie, un lobby important d'organisations de femmes a travaillé à appuyer la promulgation de la loi de 1994 sur les droits sexuels et reproductifs.⁵³ Le réseau inclut des ONG qui travaillent autour de l'intégration des différentes dimensions de ces droits en fournissant des informations et formations sur la thématique en incluant une dimension de genre, des actions d'autonomisation des femmes et de lutte contre les violences conjugales.⁵⁴

Plusieurs associations se mobilisent autour de la date du 28 septembre comme jour de lutte en Amérique latine pour la dépénalisation de l'avortement ; ces organisations forment un réseau avec d'autres organisations de pays latino américains.⁵⁵ Citons notamment le groupe *Católicas por el Derecho a Decidir* qui travaille sur le plaidoyer à partir de la position de femmes et d'hommes de religion catholique.

Le Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia⁵⁶ travaille en réseau pour rendre accessible l'information sur la contraception d'urgence, disponible en pharmacie sur prescription médicale. Ce consortium regroupe plusieurs associations de différents pays et réalise un travail de plaidoyer auprès des décideurs et décideuses politiques et d'information auprès des professionnel-le-s, avec pour objectif de toucher les secteurs plus défavorisés.

Au Mali, de nombreuses ONG féminines à base communautaire sont impliquées dans des programmes de planning familial et réalisent de la distribution de contraceptifs.⁵⁷

Pour les associations de femmes, une stratégie intéressante a été de développer l'offre locale de services et de s'inscrire dans une dimension de mobilisation politique, notamment en mettant en place un système de monitoring de l'application des programmes d'action internationaux.⁵⁸

En Belgique francophone, la fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF) a une spécificité qui se base sur une longue histoire de combats féministes et d'engagement de médecins. La pratique professionnelle s'est développée dès le départ sur une pluridisciplinarité.⁵⁹ Celle-ci favorise une prise en charge globale de la personne et lui évite très souvent d'être orientée vers une multitude de lieux qui pourraient la déstabiliser et/ou décourager dans les démarches à suivre. Le premier élément de qualité et d'accessibilité est l'accueil, qui sera le premier moment de rencontre et d'écoute.



⁵¹ Cas des Associations de planification familiale (APF) émergeant de IPPF ou de Maris Stopes International.

⁵² Voir rapport de la 10^{ème} Rencontre Internationale Femmes et Santé en Inde : <http://www.iwhm.info/index-f.html> (online le 23/01/2008).

⁵³ Voir plus haut, pp 7-8.

⁵⁴ <http://www.redada.org> (online le 23/01/2008).

⁵⁵ <http://www.nodo50.org/mujeresred/aborto.htm> (online le 23/01/2008).

⁵⁶ <http://www.clae.info/>

⁵⁷ Source d'information : Direction de la santé reproductive (Bintou Keita).

⁵⁸ Présentation de Rocio Gutierrez au groupe de travail de la CFD, le 11/10/2005.

⁵⁹ Exposé de Myriam Ilunga, lors du colloque « les droits reprosexuels » organisé par la Commission Femmes et Développement, le 25/05/2007 à Bruxelles.

Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques

Les politiques de planifications familiales mises en place pour répondre à des enjeux démographiques ne seront adéquates et efficaces que si elles reconnaissent que les femmes en âge de procréer ont des droits sexuels et reproductifs. On constate que les choix en matière reproductive des femmes et des couples (choix du nombre d'enfants désiré, et de l'espacement entre leur naissance), restent dans l'espace public. Le corps des femmes reste une question d'Etat. Des enjeux idéologiques s'expriment. Ainsi, certaines organisations politiques et religieuses conservatrices cherchent à limiter les choix des femmes en matière de reproduction en qualifiant à tort les méthodes contraceptives " d'avortement " .

Or, le recours aux méthodes contraceptives que certains veulent ainsi disqualifier est clairement préconisé par l'OMS et les grandes conférences internationales telle que la conférence du Caire, et ce pour d'évidentes raisons de santé publique.

Soulignons toutefois ici que le respect du droit de la femme à la liberté de choix en matière de reproduction exige également des gouvernements de garantir que les femmes donnent leur plein consentement en connaissance de cause avant qu'il ne leur soit prescrit une méthode contraceptive. Les politiques gouvernementales qui, afin de faire face à des objectifs démographiques, ne tiennent pas compte des souhaits de la femme, risquent de recourir à des pratiques coercitives et violentes (stérilisation chirurgicale, injections de produits contraceptifs ou implants sans le consentement éclairé des patientes) qui violent les droits fondamentaux des femmes en matière de reproduction.

Le rôle des traditions et des croyances religieuses

Nous l'avons évoqué au chapitre précédant, la notion de planification familiale peut heurter à des croyances symboliques et religieuses fortes.⁶⁰ Les droits reproductifs sont d'ailleurs une cible privilégiée de divers groupes de pression.

On songe par exemple au cas concret de la Bolivie, ou le lobby anti-choix du pouvoir ecclésiastique catholique est très puissant et s'associe aux associations de parents pour éviter la promulgation de lois dépénalisant l'avortement. Un des moyens de pression utilisé est de rappeler les valeurs liées au rôle traditionnel reproductif des femmes.

Au Maroc, pour certains leaders religieux, l'avortement devrait être permis seulement dans des circonstances exceptionnelles et ne devrait pas être dépénalisé.

De façon plus générale, mentionnons ici le problème de la dite "loi du bâillon". Les messages diffusés par les programmes IEC se modifient selon les bailleurs de fonds. Ainsi, les Etats-Unis, qui finançaient via USAID énormément de programmes, ont exigé que les organisations qu'ils financent basent leur message sur l'abstinence et la fidélité.

Pourtant, l'action de groupes religieux peut également avoir un impact positif sur les droits des femmes et sur la planification familiale. Ainsi, au Mali, l'implication des leaders religieux de plus en plus favorables à la planification a permis de faire évoluer la participation des hommes et des femmes dans la pratique contraceptive.



⁶⁰ Voir page 13.

Les limites des politiques et l'aspect financier

L'accès des femmes à une contraception adaptée, et de qualité, n'est pas toujours facile.

Par exemple, en Bolivie, l'accès à la contraception est prévu dans le code de la Santé et la loi sur les Médicaments (17 décembre 1996). Il existe une instruction du Ministère de Santé par rapport à l'offre de la contraception d'urgence, mais il n'y a pas de prise en charge publique. La contraception d'urgence est accessible uniquement sur prescription médicale et payante.⁶¹ Promouvoir le recours à la planification familiale n'est pas efficace si rien n'est fait pour répondre à la demande croissante pour la planification familiale, et donc pour prendre en charge le coût des produits.⁶² Sans quoi la contraception restera un luxe, réservé aux femmes riches.

La pratique d'avortements illégaux met la vie des femmes en péril, mais a aussi un impact financier. Restreindre le droit des femmes à interrompre une grossesse qu'elles ne peuvent pas mener à terme entraîne que les avortements clandestins sont une source de revenus non négligeable pour ceux qui les pratiquent de manière lucrative.

L'accessibilité géographique

Comme on l'a déjà souligné dans le chapitre sur la santé maternelle, la répartition des services sur les territoires nationaux est cruciale. Nous avons vu l'importance du secteur associatif dans ce domaine. Ainsi, au Mali, la répartition inégale des ONG impliquées selon le milieu (urbain – rural) et les régions (Sud - Nord) montre que l'accessibilité géographique est certainement problématique. La faible intégration du Planning Familial dans l'offre de soins des services de santé⁶³ accentue cette faiblesse.

Le problème de l'inaccessibilité géographique interagit avec d'autres obstacles, comme l'appartenance à des groupes minoritaires. C'est le cas par exemple au Vietnam, où vivent 54 ethnies différentes et où les minorités et les groupes indigènes souffrent non seulement d'isolement géographique, mais également de discriminations ethnique, et présentent des taux élevés de pauvreté. De plus, selon un rapport publié en 1999, les femmes indigènes et les femmes des minorités ethniques ont un faible pouvoir décisionnel au sein du ménage, surtout concernant les décisions reproductives.⁶⁴ Cette situation est aggravée par le manque de référents issus des communautés : il y a un manque de personnel formé (femmes travailleuses de santé et sages-femmes) issu des différentes minorités ethniques dans le Nord du Vietnam.⁶⁵

Les représentations sociales

Les représentations sociales de la sexualité féminine et masculine mériteraient une analyse en profondeur. Le regard de la société sur la sexualité des femmes et des hommes est basé sur ce qui est accepté par la dite société, renforçant une construction d'identité traditionnelle. La vision du normal/anormal reste l'angle d'approche de la société sur la sexualité et la reproduction. Pourtant, "il n'y a pas une façon d'agir normale et une façon anormale ou perverse. Les notions de normal et d'anormal ne sont pas fondées scientifiquement. Ce sont des notions statistiques, culturelles et traditionnelles qu'il ne faut pas ériger en dogme. Par exemple, la masturbation était décrite comme le pire des maux par les médecins du siècle dernier."⁶⁶

En matière de contraception, les perceptions sociales, nourries par des rumeurs positives ou négatives, ont un impact sur l'acceptabilité du moyen. La personne qui véhicule l'information est donc capitale. ■

⁶¹ <http://ideas.ipas.org/cgi-bin/ideas.ipas.org/ideas.cgi?request=Policy&COUNTRY=Bolivia> (online le 23/01/2008).

⁶² Sur la prise en charge des coûts des méthodes contraceptives, lire notamment : James N Gribble, ScD, *Attention au fossé: Comment répondre à la crise du financement international pour la planification familiale*, Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2004 : 30(3), ainsi que les informations publiées par le Guttmacher Institute, sur http://www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/FB_unmetNeed.pdf (online le 23/01/2008)

⁶³ Source d'information : Direction de la santé reproductive (Dr Bintou Keita).

⁶⁴ OMCT, June 2001, *Implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women by Vietnam*, p. 14.

⁶⁵ <http://www.dowusa.org> (online le 23/01/2008).

⁶⁶ Extrait de l'exposé de Véronique Fraccaro, lors du colloque « Les droits reproductifs, état de la question » organisé par la Commission Femmes et Développement, le 25/05/2007 à Bruxelles.

Recommandations en matière de planning familial⁶⁷

- Assurer l'accès aux services et à l'information en matière de planification familiale à toutes les femmes, à tous les hommes, et tou-te-s les adolescent-e-s en âge de procréer. Cela doit comprendre une éducation à la vie affective et sexuelle, l'accès à des moyens de contraception appropriés et fiables, l'accès aux soins en cas d'interruption de grossesse, et l'accès à l'avortement sans risque.
- Quelle que soit la législation en vigueur concernant les IVG, et faisant abstraction des contraintes éthiques ou morales que la société impose sur l'avortement, assurer aux femmes l'accès à des soins de qualité après toutes les interruptions de grossesse, afin de réduire la mortalité et de garantir la santé et la sécurité des femmes. Ceci doit comprendre notamment les soins d'urgence de l'avortement incomplet et de ses complications, ainsi que les conseils et services de planification familiale après avortement pour empêcher les grossesses non désirées.
- Cesser les pratiques discriminatoires dans les structures publiques de soins de santé, notamment l'exigence du consentement du conjoint pour l'accès à ces services.
- Promouvoir une vision de la santé sexuelle et reproductive qui inclut la construction des identités et la diversité des orientations sexuelles, ainsi qu'une formation des intervenant-e-s à un accompagnement respectueux de la diversité des orientations sexuelles.
- Favoriser une approche de travail pluridisciplinaire permettant la démedicalisation de certaines pratiques.
- Encourager les échanges de bonnes pratiques (ex : l'éducation par les pairs) entre les réseaux de planning, Nord-Sud, Sud-Sud, Sud-Nord et Nord-Nord.
- Œuvrer à l'abrogation des lois qui entravent l'accès à la santé reproductive et sexuelle telle qu'elle est définie par la conférence du Caire et soutenir le travail de plaidoyer des associations qui luttent pour l'abrogation de ces lois.

⁶⁷ Pour des recommandations plus générales, qui complètent celles spécifiques à ce thème, voir page 63.

Programmes de lutte contre le VIH/SIDA

“Le non-respect des droits de l’Homme, la pauvreté, la discrimination et la stigmatisation, de même que certains rôles traditionnellement dévolus à l’homme et à la femme favorisent la propagation du VIH et font obstacle aux mesures d’atténuation de l’impact du SIDA.”⁶⁸

Définitions

Le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s’attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l’infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l’évolution de l’infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

Le syndrome d’immunodéficience acquise (SIDA) est le dernier stade de l’infection par le VIH. Il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans. Les antirétroviraux permettent de ralentir son évolution.

Le VIH se transmet à l’occasion de rapports sexuels (anaux, vaginaux ou bucco-génitaux) non protégés, d’une transfusion de sang contaminé ou de l’échange de seringues contaminées. Il se transmet aussi de la mère à l’enfant pendant la grossesse, l’accouchement ou l’allaitement au sein.⁶⁹

Depuis le premier cas de SIDA, il y a 25 ans, le virus est devenu la cause principale des décès prématurés en Afrique subsaharienne, et la quatrième cause de décès dans le monde.

Chaque année, la publication de l’OMS et d’UNAIDS intitulée “Le point sur l’épidémie de SIDA” dresse un état des lieux sur l’épidémie. On estime que 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH en 2007, qu’il y a eu 2,5 millions nouvelles infections et que 2,1 millions de personnes sont décédées du SIDA.

L’Afrique subsaharienne est la région la plus gravement touchée et le SIDA y est la principale cause de mortalité. Quelque 22,5 millions de personnes vivant avec le VIH, soit 68% du total mondial, se trouvent en Afrique subsaharienne. Selon les estimations, en 2007, il y a eu dans cette région 1,7 million de nouvelles infections. Les effets de l’épidémie sur les structures sociales et sur l’économie sont dévastateurs, notamment dans les pays où jusqu’à la moitié de la population adulte est infectée.

Hommes et femmes ne sont pas égaux face à l’épidémie. Au niveau mondial, un peu moins de la moitié des êtres humains qui vivent avec le VIH sont de sexe féminin, mais partout dans le monde la proportion des femmes parmi les personnes infectées est en croissance. En Afrique subsaharienne, près de 61% des adultes vivant avec le VIH en 2007 étaient des femmes.⁷⁰ Ainsi, au Mali, en 2001, alors que la prévalence nationale du VIH chez l’adulte était estimée à 1,7%, ce chiffre était de 2% parmi les femmes et 1,3% parmi les hommes.⁷¹ Parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, la prévalence était de 3,4% en 2005.

Non seulement les femmes et les filles sont plus exposées à l’infection, mais, à cause de la répartition traditionnelle des rôles sociaux, elles seront davantage amenées à prendre en charge les malades et le coût socio-économique de la maladie.



⁶⁸ La contribution belge à la lutte internationale contre le VIH/SIDA, Note politique pour la lutte internationale contre le VIH/SIDA approuvée par le Conseil des Ministres en mars 2006.

⁶⁹ http://www.who.int/topics/hiv_infections/fr/ (on line le 03/01/08)

⁷⁰ Chez les jeunes (15-24 ans), la différence de prévalence de l’infection entre les sexes est encore plus marquée.

⁷¹ Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé et al., 2002.

Instruments juridiques internationaux

Etant donné la grande vulnérabilité des individus de sexe féminin au VIH/SIDA, et étant donné que cette vulnérabilité est liée non seulement à des raisons physiologiques mais aussi au fait qu'elles manquent traditionnellement d'autorité dans les relations sexuelles, les experts internationaux sont unanimes pour conclure "qu'il faudrait élargir les services qui peuvent protéger les femmes du virus et opposer l'éducation et la prévention aux facteurs qui les rendent vulnérables et les exposent au risque."⁷²

Dans ce contexte, tous les instruments juridiques qui concourent au renforcement des capacités, de l'autonomie et du pouvoir des femmes⁷³ sont des facilitateurs de la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, on ne pourra enrayer la propagation du virus par relations sexuelles sans la promotion de l'égalité entre femmes et hommes, jeunes filles et jeunes gens, pour renforcer l'estime de soi et faciliter la négociation entre partenaires sexuels, afin d'aboutir à une action pour se protéger d'une éventuelle infection.

D'autre part, certains engagements internationaux abordent spécifiquement la question du VIH/SIDA : il s'agit principalement des Objectifs du Millénaire pour le Développement⁷⁴ et de la Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies d'engagement contre le VIH du 27 juin 2001.⁷⁵



Application dans les législations nationales

Au cours de la dernière décennie, la prise de conscience des Etats concernant la lutte contre le VIH/ SIDA s'est accrue. En témoignent divers instruments juridiques et dispositifs mis en place au niveau national. La Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies d'engagement contre le VIH du 27 juin 2001, à laquelle les Etats objets de notre étude ont souscrit, préconise d'ailleurs la conception et la mise en œuvre de stratégies nationales multisectorielles et le financement "de plans de lutte contre le VIH/SIDA qui s'attaquent directement à l'épidémie; qui combattent l'opprobre, le silence et la dénégation; qui traitent des aspects de la maladie en termes de sexe et d'âge; qui éliminent la discrimination et l'exclusion; qui encouragent la formation de partenariats avec la société civile et les milieux d'affaires et la participation active des personnes atteintes du VIH/SIDA, des personnes appartenant à des groupes vulnérables et des personnes particulièrement exposées, notamment les femmes et les jeunes; qui sont, dans la mesure du possible, financés grâce aux budgets nationaux, sans exclure d'autres sources de financement telles que la coopération internationale (...)".

Citons, à titre exemplatif, quelques outils et dispositifs mis en œuvre au niveau national, en gardant à l'esprit que certains Etats qui se distinguent par l'absence de lois se sont efforcés de développer un certain nombre d'initiatives qui se sont réalisées avec plus ou moins de succès grâce aux contributions de la société civile.

Les instruments nationaux peuvent avoir un caractère contraignant ou non, et revêtir diverses appellations : Stratégie nationale (Vietnam), Programme de prévention et de lutte (Equateur, Mali, Maroc, Sénégal), Circulaire Ministérielle (Bolivie, Equateur, Mali), Règlement (Vietnam), Déclaration d'engagement, Ordonnance (Vietnam), Arrêté (Equateur oc-

⁷² Document des Nations Unies, en ligne le 12/02/2008 sur <http://www.un.org/french/millenniumgoals/goal6.pdf>

⁷³ A cet égard, tous les instruments internationaux ont leur importance et exercent une influence sur les autres : CEDAW, quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, Protocole de Maputo, Charte africaine des droits et du bien être de l'Enfant...

⁷⁴ OBJECTIF 6 - Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

⁷⁵ Texte de la déclaration : <http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf> (online le 23/01/2008)

tobre 1985, Vietnam, Belgique trois Arrêtés entre 1985 et 1997), Décret gouvernemental (Vietnam, Belgique), Proposition de loi (Equateur, Belgique 2000), changement dans la Constitution (Sénégal, RDC).

Du point de vue législatif, on observe un arsenal préventif qui peut prendre diverses formes, comme celle de la qualification pénale d'infractions liées à la transmission du virus, comme en RDC⁷⁶, ou de lois régulant divers aspects préventifs et curatifs de l'épidémie.

Une étude approfondie des stratégies des Etats reste sans doute à faire, qui aborderait notamment les questions suivantes. Plutôt que de procéder à la ratification des instruments internationaux et ensuite, au niveau national, de recourir à des instruments contraignants, plusieurs Etats se sont contentés de recourir à des instruments non contraignants. Quelles sont les raisons qui ont motivé leurs choix ? Quels en sont les bénéfices ? Quelles ont été les modalités d'implication des institutions autres que les différents pouvoirs exécutifs avant l'adoption des instruments juridiques non contraignants ?

Contributions de la société civile

Précisons d'abord qu'il n'est pas toujours facile de rassembler des informations concernant le rôle de la société civile dans la lutte de terrain contre le VIH/SIDA. Notamment, il apparaît qu'un grand nombre d'associations et en particulier d'associations de femmes actives dans la prévention et lutte contre le VIH/SIDA n'ont pas accès aux technologies d'information et communication (internet, etc.), soit parce qu'elles sont analphabètes, soit parce qu'elles n'ont pas la possibilité d'acquérir ni les connaissances ni les outils nécessaires. Ceci handicape l'action d'associations du Sud, mais aussi la communication tant entre associations du Sud que entre Nord et Sud, et la visibilité de leurs actions.

Quoi qu'il en soit, dès les années 1980, et de façon croissante jusqu'à aujourd'hui, la société civile a fourni des acteurs et actrices clés de la lutte contre le VIH/SIDA: individus isolés, syndicats et associations non lucratives. Nous envisagerons ici les actions menées dans deux directions, d'une part la sensibilisation du grand public, d'autre part le travail de plaidoyer auprès des décideurs et décideuses politiques.

Sensibilisation des groupes de population et/ou sensibilisation grand public

Les actions de communication auprès du grand public sont indispensables pour informer les populations sur la maladie, ses modes de propagation, les moyens de préventions, etc. et pour lutter contre la stigmatisation des personnes infectées par le virus.

Les syndicats, par exemple, peuvent s'investir dans ce travail d'information. Ainsi, au Sénégal, où une des stratégies des femmes consiste à s'allier avec des femmes d'autres pays africains, également membres de syndicats, afin de renforcer leur capacité d'action. Leur prise de position et leur expression passe parfois par les médias écrits. Il en est ainsi de Mariame Sakho, membre du syndicat d'enseignants SYPROS, qui en compagnie de trois autres⁷⁷, exerce un plaidoyer sur les liens entre éducation et VIH/SIDA.⁷⁸

Les associations assurent également un important travail de sensibilisation auprès des populations des pays que nous avons étudiés. Au Maroc, selon le rapport du groupe Parlementaire belge sur la population et le développement, les membres d'associations telles que l'ALCS (Association de Lutte Contre le SIDA) mènent certaines actions sur le plan de la prévention, du suivi de l'éducation et de l'accès aux soins. L'association nommée OPALS –Maroc pour sa part, " a élaboré un programme de sensibilisation spécifique aux

⁷⁶ En RDC la Nouvelle loi sur la répression des violences sexuelles portant changement au Code pénal (2006) condamne la transmission délibérée des infections sexuellement transmissibles incurables. (article 1794.9.i).

⁷⁷ Tendai Chikowore de ZIMTA, Zimbabwe ; Helena Awurusa de GNTA, Ghana et Margaret Rwabushija, de UNATU, Ouganda.

⁷⁸ « Il faut s'assurer que les filles aillent à l'école et qu'elles y restent. Il ne faut pas qu'elles deviennent automatiquement les gardiennes du foyer lorsque les parents sont atteints par la pandémie du VIH », in *Mondes de l'éducation*, n°22, mai 2007, p.5. En ligne (le 23/01/2008) sur http://fappu.org/assets/files/themes/femmes/Les_droits_des_femmes-F.pdf?bcsi_scan_BF64D2D7FEC9B97B=0&bcsi_scan_filename=Les_droits_des_femmes-F.pdf

jeunes. Ce programme se décline à travers des débats qu'on organise dans les établissements scolaires et les foyers de jeunes, à l'aide d'un CD-ROM éducatif mis au point durant l'année 2004 et qui permet à son utilisateur de tout connaître sur la maladie : les causes, les symptômes, les moyens de prévention et le traitement, tout en se prêtant à un jeu questions-réponses. Ceci rend l'apprentissage à la fois instructif et amusant. Toutefois, l'approche de proximité reste le meilleur moyen de sensibilisation, et ce, à travers la formation des Éducateurs Pairs ".⁷⁹

L'intérêt témoigné par l'Association marocaine de Solidarité et de Développement (AMSED) à l'intégration de la prévention des IST/SIDA dans les cours d'alphabétisation auprès des jeunes filles et des femmes adultes découle de la même volonté de se servir de tous les moyens afin de lutter contre la maladie.

En RDC, la déstructuration de l'Etat amène la question de savoir comment et dans quelles conditions la société civile peut apporter sa pierre dans la prévention et la lutte contre le SIDA. Comment les Eglises, par exemple, qui constituent des acteurs et actrices clés de la sensibilisation peuvent-elles s'acquitter de leur mission dès lors que certaines de ces Eglises s'opposent de manière catégorique à l'utilisation des préservatifs et prônent l'abstinence en tant que moyen de lutte contre le VIH/SIDA ?



La société civile est par ailleurs critique vis-à-vis du travail des associations, tant internationales que locales, et des risques de mauvaise gouvernance. Citons les interrogations d'un journaliste du quotidien *Le Potentiel*, présent au forum social de Nairobi, en janvier 2007 et questionnant l'efficacité de l'action des ONG : "La société civile de la RDC est-elle capable aujourd'hui de faire l'état des lieux de la lutte contre le SIDA ? Nous ne le croyons pas. Et pourtant, des millions de dollars ont été dépensés et des dizaines d'ONG ont vu le jour pour se faire du beurre en organisant des séminaires sans résultats palpables."⁸⁰ A cette interpellation, un membre de la société civile répond en ces termes : "au lieu de combattre cette pandémie qui nous appauvrit davantage en Afrique, les politiques se mêlent négativement à la santé au détriment des ONG et ASBL qui luttent effectivement et efficacement sur le terrain par des actions diverses." Certains critiquent le rôle joué dans ce contexte par les organismes internationaux.⁸¹

Sensibilisation des décideurs et décideuses politiques

La sensibilisation des autorités politiques occupe une place centrale dans la lutte contre le VIH/SIDA. En Bolivie, par exemple et dans d'autres pays d'Amérique latine, les organisations de la société civile intentent avec succès des actions en justice fondées sur les conventions relatives aux droits humains pour ouvrir l'accès au traitement dans le cadre des systèmes nationaux de santé.

On retrouve également des activités de plaidoyer sur le continent africain, dans des organisations telles qu'AMSED⁸² au Maroc, SAMWAKI⁸³ en RDC, ENDA Santé au Sénégal.

⁷⁹ Interview de Nadia Bezaoui, Présidente de OPALS –Maroc, mars 2005, <http://www.marocsante.com/html/Entrevue%20Nadia%20.htm> (on line le 11/11/2007).

⁸⁰ Source : www.iciafrik.salifa.com/pdf.php3?id_article=1414, article du *Potentiel* publié le 22 janvier 2007.

⁸¹ <http://www.societecivile.cd> (on line le 23/01/2007).

⁸² AMSED: Association Marocaine de Solidarité Et de Développement.

⁸³ SAMWAKI (Sauti ya Mwanamuke Kijijini), la Voix de la femme rurale...

Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques

Les témoignages recueillis lors de notre recherche que la littérature dite "grise" à ce sujet mettent en évidence combien les inégalités de genre sont en soi un facteur déterminant dans l'incapacité de la communauté internationale à prévenir efficacement la propagation du virus. Les inégalités de genre empêchent les femmes de négocier la sexualité à moindre risque ; elles craignent les conséquences de leur initiative pour l'usage du préservatif (violence physique et sexuelle, abandon par le partenaire, perte d'une sécurité économique, ...).⁸⁴

Le problème est bien connu des expert-e-s. Selon l'OMS, "dans beaucoup de pays, le VIH/SIDA ajoute encore souvent aux difficultés que connaissent déjà les femmes par suite des inégalités, de la discrimination et des iniquités dont elles sont les victimes. De fait, ce sont ces facteurs mêmes qui expliquent pourquoi les femmes paient un tribut disproportionné à la maladie. (...) Elles contractent l'infection plus tôt que les hommes, en moyenne six à huit ans avant. Les jeunes femmes sont souvent contraintes d'accepter des relations sexuelles dans lesquelles elles se trouvent en état d'infériorité et n'ont guère la possibilité de discuter pour obtenir que ces rapports soient protégés. La mortalité disproportionnée qui affecte alors les femmes va créer au sein de la population adulte un déséquilibre dont on ignore les conséquences. En tout état de cause, ce déséquilibre aura probablement un effet inquiétant, à savoir que les hommes mûrs rechercheront des partenaires féminines de plus en plus jeunes, accroissant ainsi le risque de propagation du virus."⁸⁵

Le genre doit donc être intégré dans tous les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. La perspective de genre doit intégrer la délégitimation des comportements sexuels à risques, et l'*empowerment* des femmes (la lutte contre la dépendance économique des femmes, leur accès à l'information, la prise de décision accrue des femmes dans tous les domaines, la promotion et la protection de leurs droits).⁸⁶

En complément aux analyses de l'OMS et de l'UNAIDS, nous pouvons citer ici à titre d'exemple quelques observations concernant un pays d'Afrique subsaharienne : la RDC.

En RDC, où le VIH/SIDA reste considéré comme maladie honteuse, la lutte contre la stigmatisation et le rejet social constitue un des axes prioritaires. Il convient de souligner également – malheureusement – que les jeunes filles encourrent un risque supplémentaire, non seulement de contamination, mais d'être victimes de violences (relations sexuelles forcées) : elles sont préférées par des hommes avancés en âge par rapport aux femmes de leur génération par crainte que celles-ci ne transmettent la maladie.

Toujours dans l'exemple de la RDC, on retrouve pour la lutte contre le VIH/SIDA les mêmes facteurs d'influence et obstacles que pour d'autres problèmes de santé publique, comme la maternité sans risque : pauvreté, manque de moyens et de personnel formé, etc. mais aussi croyances, pratiques traditionnelles néfastes, etc.

Pour ce qui est des zones rurales, il a été rapporté que les malades ne peuvent pas toujours se rendre dans les centres de santé et hôpitaux en raison de la situation d'insécurité dans le pays et du manque d'infrastructures et de transport. De plus, ces centres de santé n'ont pas les ressources matérielles, financières et humaines nécessaires pour assister et soigner les personnes infectées.⁸⁷ Il est d'autant plus difficile de promouvoir le dépistage auprès des populations que celui-ci n'est encore trop souvent qu'un simple "verdict", sans une offre thérapeutique (coût élevé des trithérapies). ■

⁸⁴ Rencontre du groupe de travail de la CFD avec JL Lamboray, le 26/10/2006.

⁸⁵ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – changer le cours de l'histoire*. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.who.int/whr/2004/fr> (on line le 23/01/2007).

⁸⁶ « Les inégalités de genre accentuent la subordination féminine, engendrent une vulnérabilité socio-économique et une vulnérabilité face au sida, contribuent à la reproduction de la domination masculine et entraînent le développement de comportements sexuels à haut risque: On comprend mieux aujourd'hui la vulnérabilité accrue des femmes au VIH. La dépendance économique des femmes à l'égard des hommes les rend moins capables de se protéger, sans compter que les normes sociales limitent leur accès à l'information sur les questions sexuelles. Dans le même temps, la société accepte plus facilement les comportements sexuels masculins à haut risque qui peuvent exposer les hommes et leurs partenaires à l'infection » (ONUSIDA, 5 juin 2000).

⁸⁷ Marie Mossi (association Africaine pour la défense des droits de l'homme) ; Mariana Duarte (Organisation mondiale contre la torture), juillet 2006 ; 'La violence contre les femmes en RDC. Rapport alternatif préparé pour le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.'

Recommandations

Le genre doit être intégré dans tous les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. La perspective de genre doit intégrer la délégitimation des comportements sexuels à risques, et l'autonomisation (*empowerment*) des femmes.

De plus, pour une plus grande efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA, il serait indiqué d'agir en tenant compte des cinq axes stratégiques suivants :

Axe 1 : Ratification et/ou renforcement des instruments juridiques

- Lutter contre le VIH/SIDA en s'appuyant sur les droits humains, et à cette fin encourager la ratification de tous les traités relatifs aux droits reproductifs des femmes, notamment le Protocole de Maputo.
- Planifier, financer et mettre sur pied des cours et des séminaires de formation destinés aux femmes actives au niveau de la lutte contre le VIH/SIDA, afin qu'elles connaissent et puissent utiliser les instruments juridiques internationaux.

Axe 2 : Amélioration des infrastructures et des soins

- Dans les budgets alloués à la lutte contre le VIH/SIDA, tenir compte de l'importance de renforcer la qualité des infrastructures et soins de santé de base, surtout en milieu rural.
- Encourager la présence de femmes dans les instances où se prennent des décisions sur le plan de la répartition budgétaire.

Axe 3 : Lutte contre les principaux facteurs de risque par le renforcement de la société civile

- Mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que les femmes et les jeunes bénéficient pleinement de leurs droits à une information correcte en matière de prévention et de traitement contre le VIH/SIDA.
- Accorder une attention toute particulière à la lutte contre la désinformation.
- Encourager les initiatives de rassemblement des femmes et des jeunes filles dans le cadre des associations structurées. Celles-ci devraient permettre aux jeunes filles et aux femmes d'être informées, d'être formées notamment à l'utilisation des nouvelles technologies, de s'organiser en réseau afin de renforcer leurs compétences et de faire face aux facteurs susceptibles d'augmenter des risques de contamination, et enfin de se poser en interlocutrices valables vis à vis des responsables et décideurs et décideuses (au niveau local, national, régional).
- Renforcer le rôle des radios communautaires dans l'information sur le VIH/SIDA.

Axe 4 : Intégration au cœur du programme général de développement

- Sur base des informations que leur transmettront régulièrement des associations des femmes, les membres de la société civile veilleront à favoriser la création d'une cellule de veille stratégique chargée de faire le suivi des progrès en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA.

Axe 5 : Visibilisation de l'action des femmes de la base

- Dans le cadre de la coopération Sud/Sud et Nord/Sud, accorder aux associations de femmes actives localement dans la lutte contre le VIH/SIDA les moyens de communiquer sur leurs actions et de transmettre leurs recommandations.

L'intégration des programmes de lutte contre les violences

“Vu l'impact de la violence sexuelle, de l'exploitation sexuelle, de la traite des femmes et des enfants et des pratiques néfastes, telles que les mutilations génitales, les rituels d'initiation sexuelle, le mariage précoce, sur les filles, les femmes et sur l'ensemble de la société, la Belgique s'engagera davantage à appuyer les initiatives visant à éliminer toutes ces pratiques et à lutter contre toutes les formes de violence et de maltraitance envers les femmes et les enfants.”⁸⁸

Définitions

Nous envisagerons ici les violences à l'égard des femmes telles que définies dans la Déclaration sur l'Élimination de la Violence à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993, à savoir⁸⁹ : “tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. La violence à l'égard des femmes s'entend comme englobant, sans y être limitée, les formes de violence énumérées ci-après :

- a La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation;
- b La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée;
- c La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle s'exerce.”

La lutte contre ces violences est intégrée dans les droits reproductifs et sexuels car ces droits sont basés sur les principes de dignité et d'égalité et le droit humain à la vie et à la survie.

Ces droits se réfèrent aux droits à la santé, de droit à vivre une vie sexuelle harmonieuse, sans violence. La santé sexuelle inclut les dimensions affectives et sociales dans la relation sexuelle.

La notion de respect est ici particulièrement importante. L'objectif est d'intégrer la notion de responsabilité partagée, notamment par une approche favorisant, pour les femmes, l'autonomie, et pour les hommes la pratique d'une sexualité responsable.

On peut uniquement respecter son ou sa partenaire sexuel-le quand on a acquis une mentalité où le respect de l'autre est inculqué. Ceci ne peut se faire que dans un contexte social qui condamne explicitement et fermement, dans les discours comme dans les faits, toutes formes de violences liées au genre.

Dans ce cadre, nous abordons également explicitement dans ce chapitre, comme violences de genre faisant obstacle à la santé sexuelle, l'homophobie, et plus particulièrement la lesbophobie et les violences faites aux femmes lesbiennes ou bisexuelles, ainsi que le foeticide (l'avortement sélectif de fœtus de sexe féminin), et le trafic d'êtres humains.

⁸⁸ La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, note politique, mars 2007.

⁸⁹ <http://www.who.int/gender/violence/en/VAWFrenchpack.pdf> (on line le 23/01/2007).

Instruments juridiques internationaux

Les engagements et traités internationaux et leurs applications dans les législations nationales ont pour but d'inciter les gouvernements à promouvoir le bon développement d'une sexualité responsable permettant des relations d'égalité et de respect mutuel entre les sexes et contribuant à améliorer la qualité de vie des individus. Ainsi les gouvernements s'engagent à :

- organiser des programmes éducatifs aux niveaux national et local qui devront favoriser et faciliter un débat franc et ouvert sur la nécessité de protéger les femmes, les jeunes et les enfants contre tous les sévices, y compris les sévices sexuels, l'exploitation, le trafic et la violence. Ces mesures éducatives s'adresseront aux jeunes et aux adultes ;
- prendre d'urgence des mesures pour mettre un terme à la pratique des mutilations sexuelles féminines et pour protéger les femmes et les filles contre toutes pratiques similaires dangereuses et injustifiées.

Nous traiterons plus loin du thème des MGF. Dans le présent chapitre, nous observerons de plus près les conventions internationales relatives à l'esclavage. Très souvent, la non ratification ou non adhésion des conventions relatives à l'abolition de l'esclavage va de pair avec la non ratification de la Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921) (Equateur, Bolivie, RDC, Maroc, Mali, Sénégal et Vietnam).

On remarque de même que la Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949) n'a pas été signée par le Mali et le Vietnam. La Bolivie, la RDC, le Maroc et le Sénégal y ont seulement adhéré, tout comme la Belgique, sans ratification.

La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1986) demande aux Etats de prendre des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives spécifiques pour protéger l'enfant contre toute forme de tortures, traitements inhumains et dégradants, et en particulier toute forme d'atteinte ou d'abus physique ou mental, de négligence ou de mauvais traitements, y compris les sévices sexuels, et toute forme d'exploitation sexuelle. Elle aborde également la protection contre les mariages d'enfants, l'interdiction de la promesse en mariage de jeunes filles et garçons et l'établissement d'un âge minimal pour le mariage à 18 ans.

Cette Charte n'a pas été signée par la RDC et le Maroc. Ce sont ces mêmes pays qui n'ont pas signé le Protocole de Maputo (2005).

La CEDAW⁹⁰, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) reconnaît que les femmes ont les mêmes droits que les hommes, aussi bien dans la sphère publique que privée. Le Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1999), n'a été signée ni par la RDC, ni par le Maroc, ni par le Vietnam. Le Mali y a seulement adhéré.

De même, la protection des femmes et enfants dans des conflits armés via des instruments juridiques internationaux (Statut de Rome⁹¹, CRC OP-SC⁹², CAT⁹³ et Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies) laisse à désirer dans certains des pays que nous avons analysés.



⁹⁰ Ou CEDEF, si on préfère l'abréviation en français.

⁹¹ Statut de Rome (1998) : l'article 7 reconnaît le viol comme crime contre l'humanité, l'article 8 comme crime de guerre.

⁹² CRC OP-AC (2002) : Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, en concernant la participation des enfants aux conflits armés.

⁹³ CAT (1987) Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Application dans les législations nationales

Si parfois la ratification ou l'adhésion à certains traités internationaux et grandes conventions concernant la lutte contre les violences de genre sont maigres, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il n'y a pas, dans les pays concernés, d'instruments juridiques nationaux pour la protection des femmes et des enfants.

La RDC par exemple, qui n'a pas ratifié le Protocole CEDAW, a intégré dans sa constitution de 2005 l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme. L'article 15 de cette constitution oblige aussi les pouvoirs publics à veiller à l'élimination des violences sexuelles. Sans préjudice des traités et accords internationaux, toute violence sexuelle faite sur toute personne, dans l'intention de déstabiliser, de disloquer une famille et de faire disparaître tout un peuple est érigée en crime contre l'humanité, sanctionné légalement.

Le Maroc, non signataire du Protocole CEDAW, du protocole de Maputo, ni de la Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant, est depuis quelques années, suite aux réflexions autour de la Moudawana, en plein processus de changement législatif. Ainsi, aujourd'hui, un ravisseur d'une mineure ne pourra plus échapper aux poursuites pénales en épousant sa victime. Chaque femme a le droit de se constituer partie civile contre son mari, qui sera poursuivi et puni pour violences conjugales.

De même, le Vietnam améliore sa législation, avec davantage de dispositions protégeant les femmes et un alourdissement des peines encourues par les personnes qui commettent des délits à l'encontre des femmes.

Malheureusement, à côté de ces points positifs, nous observons aussi de grandes lacunes. Le Mali, qui a signé toutes les grandes déclarations et résolutions des Nations Unies concernant l'élimination de la violence contre les femmes et des pratiques traditionnelles ou coutumières préjudiciables à la santé des femmes, souffre d'une absence de pénalisation des pratiques néfastes à la santé de la femme, comme par exemple l'excision, le viol conjugal, le lévirat⁹⁴ et le sororat.⁹⁵

Enfin, en ce qui concerne les violences vis-à-vis des droits fondamentaux des personnes homosexuelles, des avancées législatives sont encore à faire dans plusieurs des pays que nous avons analysés. Dans nombre d'entre eux, l'homosexualité est toujours taboue et considérée comme immorale, même si elle n'est pas réprimée par la loi.⁹⁶

Au Maroc et au Sénégal, tant l'homosexualité féminine que masculine est illégale et pénalisée.⁹⁷ Les poursuites légales sont relativement rares, même si au Sénégal l'article 319 du code pénal est appliqué.⁹⁸

En RDC, ni les relations sexuelles entre femmes ni celles entre hommes ne sont illégales en tant que telles; mais l'article 172 du Code pénal réprimant les atteintes à la morale peut être utilisé contre les relations homosexuelles.

Enfin, dans une perspective de santé globale, on notera que la criminalisation de l'homosexualité masculine entrave les efforts pour combattre le VIH/SIDA car cela rend les hommes ayant des relations homosexuelles encore plus réticents à discuter de leurs pratiques sexuelles, que ce soit avec le personnel médical ou avec d'autres interlocuteurs. Cela met davantage encore en danger de contamination leur épouse, s'ils en ont une.

⁹⁴ Lévirat : le remariage d'une veuve avec le frère de son mari.

⁹⁵ Sororat : le remariage d'un veuf avec la sœur de son épouse.

⁹⁶ Aucun des pays que nous avons choisis pour notre étude ne figure parmi les sept pays qui prévoient la peine de mort comme sanction de pratiques sexuelles entre adultes consentants de même sexe. Ces pays sont : l'Arabie Saoudite, les Etats-Unis d'Amérique (certains états), l'Iran, la Mauritanie, le Nigeria (la Peine de Mort est appliquée par la Charia en vigueur dans 12 provinces du Nord du pays), le Soudan, le Yémen. Source : ILGA

⁹⁷ Maroc : article 489 du code pénal ; l'homosexualité peut être punie par une période pouvant aller de 6 mois à 3 ans d'emprisonnement et d'une amende.

Sénégal : Loi de Base n° 65-60 du 21 Juillet 1965 portant Code Pénal, Article 319:3. Il prévoit des amendes et des peines d'emprisonnement de un à cinq ans. Source : ILGA.

⁹⁸ "Le cas le plus récent est celui de deux homosexuels qui ont eu un désaccord, et l'un des deux a porté plainte. Dès l'instant où la police a su qu'il s'agissait "d'acte contre nature", ils ont été traduits devant la justice et actuellement ils purgent une peine d'un mois d'emprisonnement. Il est urgent de renforcer les gays, lesbiennes, transgenres et intersexués, les informer de leurs droits, mais aussi renforcer leur estime de soi et affirmation de soi." (Information fournie par le correspondant de ILGA au Sénégal, par mail en décembre 2007).

Contributions de la société civile

Très souvent, historiquement, la prise en charge de la problématique des violences liées au genre est un mouvement qui part de la base et remonte vers les instances politiques. Par exemple, en Belgique, le thème a été pris en main d'abord par les mouvements féministes, ensuite les ONG et finalement les pouvoirs publics. Une exception notable à ce schéma, parmi les pays que nous avons étudiés, est le cas particulier du Vietnam, où l'on observe le mouvement inverse : d'abord les pouvoirs publics promulguent des lois, ensuite les associations agissent. En l'occurrence, l'Union des Femmes Vietnamiennes (UFV), qui est une branche du parti unique. Malgré l'ouverture politique actuelle, aucune initiative ne peut être mise en place sans l'accord et le soutien du gouvernement.⁹⁹ L'UFV compte 11 millions de membres à travers 10.331 groupes locaux. Structurée et hiérarchisée, elle a inscrit sa mission dans 6 programmes d'action-clés qui visent entre autres, dans la période 2002-2007, à renforcer les qualifications et capacités des femmes, à les accompagner dans le développement économique, et à améliorer leur bien être au niveau familial.¹⁰⁰

Dans tous les pays que nous avons étudiés, la première chose qui ressort des initiatives de la société civile, c'est que malgré les initiatives gouvernementales, il n'y a nulle part assez de structures d'accueil pour femmes victimes de violence et leurs enfants. En Belgique, en 2005, seulement 38.5% des demandes d'hébergement ont pu être satisfaites.¹⁰¹

Partout, nous observons des campagnes de sensibilisation autour de la problématique des violences. Par exemple, dans la région de Bamako (Mali), une campagne pour sensibiliser

la communauté malienne sur l'aspect criminel du viol.¹⁰² Un des problèmes rencontrés est que les victimes de viol ne sont pas assez souvent considérées comme de réelles victimes, mais plutôt comme une honte à cacher.

Toujours au Mali, mentionnons le Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes (CNAPN)¹⁰³, une initiative qui réunit l'Etat, des associations, des ONG et des partenaires au développement. Ce comité a établi une liste de 16 pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant : scarification, tatouages, gavage, saignées, mariages précoces et/ou forcés, lévirat/sororat, tabous nutritionnels, violences physiques faites aux femmes, utilisation de produits dit aphrodisiaques, dépigmentation, pratiques humiliantes envers les femmes lors des accouchements difficiles, infanticide des orphelins et des enfants naturels, ablation de la lchette, limage des dents, diète excessive en vue du mariage et excision/infibulation.

En RDC et en Bolivie, le travail avec les femmes victimes de violences sexuelles est surtout le fait d'associations de défense des droits humains qui ont intégré la dimension des droits reproductifs et sexuels.

Il serait impossible de mentionner dans le cadre de ce travail tous les types d'actions de la société civile qui ont un impact positif sur la situation des femmes victimes de violences de genre. Soulignons cependant le travail d'Amnesty International, avec sa campagne mondiale "Halte à la violence contre les femmes", qui étend son action à la défense du droit à l'avortement pour les victimes de viol.¹⁰⁴

⁹⁹ Article pour Oxfam-Quebec-Canada de : Lesage, J. *Vietnam, une affaire de femmes*. 2006, <http://www.oxfam.qc.ca/html/press/press/reportages/vietnam2.asp>

¹⁰⁰ Publication de la CTB. *La gouvernance Démocratique au service du développement*. Belgique, 2006, p.24. En ligne (le 24/01/2008) sur http://www.btcctb.org/doc/UPL_2006032217413428913.pdf

¹⁰¹ Actualités de www.guidesocial.be, novembre 2006. En ligne (le 24/01/2008) sur <http://www.guidesocial.be/actualites/peu-de-moyens-contre-les-violences-conjugales.html>

¹⁰² Source : Mariétou Konate, *Le viol au centre de l'analyse*, www.afribone.com, 26 janvier 2007. Disponible en ligne le 23/01/2008 sur <http://www.whrnet.org/docs/perspective-viol-0702.html>.

¹⁰³ www.unfpa-mali.org/telechargement/5-PASAF.pdf (en ligne le 23/01/2008).

¹⁰⁴ <http://news.amnesty.org/index/ENGPOL300122007> (en ligne le 23/01/2008).

En RDC, une prise en charge efficace des femmes victimes de violences doit tenir compte de nombreux paramètres afin de promouvoir leur autonomisation. Pour ce faire, une action intéressante est celle qui consiste à offrir aux femmes violentées, en plus d'un soutien médico-psycho-social, des projets de microcrédits.¹⁰⁵

Il y a lieu également de mentionner le programme commun du FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population), de l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) et de l'OHCHR (Office du Haut Commissariat pour les Droits de l'Homme), visant à combattre la violence sexuelle faite aux femmes et aux enfants. Ce programme est soutenu financièrement par la Coopération belge.

L'homophobie fait également partie des violences de genre. A cet égard, un travail important est également fourni par des associations de défense des droits humains, dont Amnesty International et l'ILGA. En 2006, l'ILGA a publié une étude sur la santé des femmes lesbiennes et bisexuelles.¹⁰⁶ En elle-même, l'orientation sexuelle n'a pas d'influence directe sur les maladies. " Toutefois, la double discrimination fondée sur le genre et l'orientation sexuelle peut avoir des effets significatifs sur le bien-être mental et physique, ou encore empêcher certaines femmes de demander l'aide des professionnels de santé ". Il est donc important d'inscrire la lutte contre l'homophobie dans les priorités de santé publique. En Belgique, le mouvement associatif a permis, par son travail de plaidoyer, le vote de la Loi Anti discrimination du 25 février 2003, loi qui s'est avérée un outil important dans la lutte contre l'homophobie tant d'un point de vue préventif que répressif.¹⁰⁷



Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques

Contexte social

L'inégalité entre les sexes est la cause principale des violences envers les femmes. Il y a pourtant aussi d'autres facteurs, psychologiques, sociaux, religieux, qui peuvent avoir une influence sur la problématique.¹⁰⁸ Tout ce qui lie la culture et l'individu peut jouer un rôle : législation et organisations juridiques, enseignement, moyens de communication, contexte de travail,... Le chômage, l'alcoolisme, la toxicomanie peuvent être des facteurs de risque. Tout comme les valeurs et croyances culturelles par rapport à la sexualité, mais aussi par rapport au pouvoir, à l'obéissance, à l'utilisation de la force pour résoudre des conflits.

La façon dont on se représente ou non certains actes comme violents dans certaines communautés et/ou gouvernements fait qu'il y a régulièrement des formes de violences qui ne sont pas reconnues, ou qui sont banalisées, comme l'excision, le mariage forcé, le sexisme, l'homophobie ou le viol. Des campagnes de sensibilisation grand public concernant l'aspect criminel des différentes formes de violences s'avèrent nécessaires.

¹⁰⁵ Le CRAF (Comité du Rayon d'Action Femme) et l'APEF (Association pour la Promotion de l'Entreprenariat Féminin), dans la province du Sud Kivu ont mis en place un système de microcrédits solidaires rotatifs dont le remboursement par les unes permet l'octroi de crédits aux autres.

¹⁰⁶ ILGA (2006) *Lesbian and bisexual women's health ; common concerns, local issues*, http://doc.ilga.org/ilga/publications/publications_in_english/other_publications/lesbian_and_bisexual_women_s_health_report (en ligne le 23/01/2008)

¹⁰⁷ Communiqué du Centre pour l'Égalité des Chances du 17 mai 2006.

¹⁰⁸ Corsi, J., *Violencia masculina en la pareja*, Paidós, Argentina, 1995.

Importance des instruments juridiques et de l'appareil judiciaire

L'impunité et la corruption du système judiciaire ressortent partout comme obstacle. Dans presque tous les pays que nous avons analysés, nous trouvons d'excellentes lois pour protéger les victimes et poursuivre les auteurs. Malheureusement, la mise en œuvre de ces lois pose problème : notamment, quand les femmes n'osent pas dénoncer les faits, par peur de représailles ou d'exclusion de la vie communautaire, ou encore parce qu'elles doutent, parfois avec raison, que les auteurs des actes de violences seront un jour poursuivis.

Au Sénégal par exemple, l'absence d'organe de contrôle et d'alerte sur le respect des droits fondamentaux reconnus à la femme est mentionnée comme obstacle à la lutte contre les violences.¹⁰⁹

En Equateur, la pauvreté et le manque de moyens pour recourir à la justice influencent directement l'absence de dépôt de plaintes.¹¹⁰

La pauvreté peut aussi s'accroître en conséquence de l'exclusion qui suit la dénonciation. Au Mali, si le mari a un devoir de protection envers sa femme (obligation de subvenir aux besoins de sa femme qui est matériellement "irresponsable"), il a également un droit de préhension et de contrôle sur les revenus et la production de sa femme. Dans ce contexte, porter plainte pour violences conjugales privera la femme de toute source de revenus.¹¹¹

Au Maroc, la "Hchouma", c'est-à-dire la méfiance, voire la peur, devant l'appareil judiciaire est avancée comme le facteur le plus souvent mentionné par les femmes pour expliquer leur silence face aux discriminations qui subsistent dans le droit marocain malgré la réforme substantielle de la Moudawana.

Influence de la religion

Le climat de violences de genre est renforcé par les références confessionnelles, dogmatiques ou surnaturelles qui ne condamnent pas explicitement les violences faites aux femmes et les violences de genre. La perception des personnes concernant les outils de lutte contre les violences sexuelles peut être influencée par leurs convictions religieuses. D'autre part, la religion est parfois perçue comme solution au problème. Ainsi, au Maroc, pour 52% des hommes interrogés dans une étude sur le problème de la violence contre les femmes¹¹², ce problème ne peut être résolu que par un retour aux valeurs que prône la religion. Pour eux, l'Islam garanti la dignité des femmes et seule une application rigoureuse des préceptes religieux pourrait aboutir à la construction d'une société équilibrée et saine.

Cependant, dans plusieurs pays, dont la Belgique, nous sommes dans "un contexte de résurgence des tendances fondamentalistes, où il apparaît plus que jamais essentiel de poursuivre la réflexion sur les moyens et les stratégies applicables pour permettre aux femmes de mieux faire entendre leur voix au sein de leurs communautés religieuses et pour promouvoir leur *empowerment*".¹¹³

Les mouvements¹¹⁴ qui, au nom des droits humains et de la santé des femmes, prennent position pour que les femmes ne soient pas soumises à des menaces et de la coercition lorsqu'elles gèrent les conséquences d'un viol, notamment dans les situations de conflits où le viol est utilisé comme arme de guerre, se heurtent à une opposition très forte de la hiérarchie de l'Eglise catholique. Cela ne peut qu'avoir un impact négatif sur la perception sociale des droits sexuels et reproductifs des femmes, et sur la perception que les femmes victimes ont de leurs propres droits. Comme le rappelle la Déclaration de Beijing, si "la religion, la pensée, la conscience et la conviction peuvent effectivement contribuer à la satis-

¹⁰⁹ République du Sénégal, Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social, Mai 2006, 25^{ème} édition, Quinzaine nationale de la Femme, « Halte aux violences faites aux femmes et aux filles », UNFPA, UNDP, UNIFEM, UNICEF, p. 5.

¹¹⁰ UNFPA, *Violencia contra las mujeres. La Experiencia con Mujeres Kichwas de Guaranda, Provincia de Bolivar*, Naupa Ecuador, Año 1, Numero 2, Diciembre 2004, p. 10-11.

¹¹¹ Wildaf/Mali, avec l'appui du PAREHF2, communiqué du 25 janvier 2007

¹¹² Alami, M., Chichi, H., & Benradi, M. *Genre et violences. Analyse de la situation au Maroc à travers les interventions des centres d'accueil et de conseil*. dans *Femmes et violences en Afrique = Women and violence in Africa*, AFARD, Dakar, 2005, 250 p.

¹¹³ Présentation de la rencontre débat « Religions : la parole aux femmes », organisée par l'Institut pour l'Égalité entre les hommes et les femmes en 2007.

¹¹⁴ Par exemple, Amnesty international.

faction des besoins moraux, éthiques et spirituels des femmes et des hommes et à l'accomplissement de leur plein potentiel dans la société, il faut toutefois reconnaître que toute forme d'extrémisme peut exercer un effet négatif sur les femmes et conduire à la violence et à la discrimination".¹¹⁵

Dans les pays où la religion est proche de l'Etat, la morale religieuse garante des comportements citoyens, influence les décisions politiques sur la famille et l'éducation. Ceci se ressent au niveau judiciaire et dans l'accueil des victimes. C'est pourquoi nous soutenons l'idée que la séparation des Églises et de l'État est et reste plus que jamais une exigence essentielle dans une société démocratique.

Guerres et conflits armés

Les conflits armés et les guerres peuvent déclencher des situations de violences spécifiques faites aux femmes. Dans certaines régions de la RDC, le viol continue à être utilisé comme arme de guerre. Tout au long du conflit, la violence sexuelle a été utilisée comme une arme de guerre par tous les belligérants, de manière fréquente et parfois systématique, "pour terroriser les communautés et pour les forcer à accepter leur contrôle, ou pour les punir d'une aide réelle ou supposée aux forces adverses".¹¹⁶

En 2008, quels que soient les progrès enregistrés sur le plan de la pacification du pays, les viols et les abus sexuels sur les femmes et les filles continuent à être perpétrés à grande échelle, non seulement par les combattants mais aussi par les civils. La nature profonde de la violence observée dans la région est liée à la place des femmes et des hommes au sein de la société. Dans certains aspects de la législation congolaise, des coutumes et des pratiques sociales, les femmes et les filles sont

considérées comme subordonnées aux hommes et comme des citoyennes de seconde classe.¹¹⁷

Migrations et déséquilibres démographiques

La migration (forcée ou pas) peut aussi avoir des conséquences sur les violences faites aux femmes. La migration provoque un repli sur soi, une fermeture des frontières de la famille nucléaire.¹¹⁸ Au village, il existe un contrôle social, un regard de l'extérieur; la famille élargie et la communauté peuvent introduire des alternatives à la violence. Ceci se perd avec la migration des zones rurales vers les villes ou avec les migrations vers d'autres pays.

La migration peut aussi entraîner l'apparition de la prostitution. En Bolivie par exemple existe une diversité ethnique et culturelle suivant les zones géographiques dont une grande majorité des populations sont sous le seuil de pauvreté. Les populations déplacées à cause de la lutte contre le narcotrafic provoquent aussi une fragilité du tissu social dont les femmes sont les premières victimes. Dans ces zones on observe une montée de la prostitution.¹¹⁹

La non-reconnaissance de la problématique est un autre obstacle. On ne peut soigner les maux que l'on nie. Au Vietnam, par exemple, la lutte contre la prostitution a échoué longtemps car des fonctionnaires et membres du Parti communiste étaient concernés. Madame Nguyen Thi Hang, ministre du Travail et des Handicapés a révélé que 70% des clients des prostituées étaient des fonctionnaires ou membres du Parti communiste vietnamien. C'est la raison pour laquelle l'appareil administratif vietnamien à tous les échelons a tout fait pour retarder le plus longtemps possible la mise en application des mesures de lutte contre la prostitution.¹²⁰

¹¹⁵ Déclaration et programme d'action de Beijing. Quatrième conférence mondiale sur les femmes des Nations Unies. Article 24.

¹¹⁶ HRW, (2005), *République démocratique du Congo, La guerre dans la guerre, Violence sexuelle contre les femmes et les filles dans l'est du Congo*. (<http://www.hrw.org/french/reports/drc2002/Congo0602-fr.pdf>), p. 3. Voir aussi Amnesty International, (2004, 24 octobre), *République Démocratique du Congo. Violences sexuelles: un urgent besoin de réponses adéquates*. (<http://web.amnesty.org/library/index/fracfr620182004>).

¹¹⁷ Voir par exemple le Code de la Famille congolais, exigeant que les femmes obéissent à leur mari, reconnu le chef du foyer. Code de la Famille, art. 444, dans HRW, *op. cit.*, 2002, p. 14. Les femmes doivent obtenir la permission de leur époux pour pouvoir ouvrir un compte bancaire ou demander un crédit; traditionnellement elles ne peuvent hériter ni de leur mari ni de leur époux; bien que les femmes produisent 75% de la production de subsistance et vendent 60% de celle-ci sur le marché, les revenus qu'elles obtiennent reviennent de droit à l'époux. (Voir International Alert, (2005), *op. cit.*, p. 27; Amnesty International, (2004), *op. cit.*, p. 14; United Nations Development Fund for Women (UNIFEM), *Gender Profile of the Conflict in the Democratic Republic of the Congo*; Mossi, M., Duarte, M., (2006, juillet), *Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo (DRC). Alternative report prepared for the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women*, World Organisation Against Torture).

¹¹⁸ Barudy, J., *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*, Editorial Galdoc, Santiago de Chile, 1999.

¹¹⁹ <http://www.infotext.org/cladem/cendoc/>

¹²⁰ <http://www.lmvntd.org/avl/presse/030228nou.v.htm>

Toujours au Vietnam, on assiste à un trafic de femmes lié aux politiques démographiques de pays voisins. Les médias s'en font l'écho : on assiste dans plusieurs pays asiatiques comme l'Inde et la Chine, à un véritable " sexocide " : taux important d'avortements (clandestins) de fœtus féminins. S'il faut d'abord rappeler que ces avortements sont en soi une violence inqualifiable, on note avec le cas du Vietnam qu'ils entraînent d'autres violences. Le manque de femmes pour les hommes chinois en âge de se marier est un terrain propice pour un trafic des femmes des pays voisins.

L'Unicef, l'Union des Femmes vietnamiennes et des organisations chinoises ont lancé une campagne sur ce thème.¹²¹

Citons pour terminer un obstacle important à la protection des enfants contre toutes les exploitations, y compris sexuelles : l'absence, dans beaucoup de pays africains, d'un enregistrement fiable des naissances. Beaucoup d'enfants " n'existent " donc pas et ne peuvent pas profiter des programmes de protection.¹²² ■

Recommandations

- Veiller à la ratification et à l'application des grandes conventions et traités internationaux (CEDAW, Protocole de Maputo, Convention de Genève).
- Veiller à une approche multisectorielle dans la lutte contre les violences, en collaboration avec une justice non sexiste et non corruptible.
- Renforcer le plaidoyer en faveur des Etats laïcs et de la séparation effective de l'Etat et des Eglises, afin d'éviter que les discours des institutions religieuses sur les sexualités et les pratiques sexuelles, n'entravent l'autonomisation des femmes, la prévention des violences sexuelles, des violences sexistes et des violences homophobes, la prise en charge des victimes et la responsabilisation des auteurs des violences sexuelles.
- Promouvoir la création de centres d'hébergement et d'accueil qui travaillent selon une optique pluridisciplinaire, avec un objectif d'autonomisation des femmes victimes de violences.
- Promouvoir l'enregistrement des naissances, notamment dans les pays africains (la population non enregistrée ne peut pas faire valoir ses droits et recevoir de l'aide via des canaux classiques).

¹²¹ UNICEF Vietnam/Sue Spencer : Campaign to stop trafficking in women and children between VietNam and China.

¹²² Exposé de Patsy Sørensen, lors du colloque « Les droits reproductifs, état de la question » organisé par la Commission Femmes et Développement, le 25/05/2007 à Bruxelles.

L'intégration de programmes pour les jeunes

“De façon générale, trop peu d'attention est accordée aux droits sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes. Malgré le fait qu'ils sont sexuellement actifs de plus en plus tôt, ils n'ont pas souvent d'accès à l'éducation sexuelle, à l'information, aux moyens de contraception, et à des soins adaptés, ce qui les rend très vulnérables à des grossesses non désirées, à des avortements à risques, aux IST, aux infections par le VIH/SIDA et à toutes les formes de violences sexuelles.”¹²³

Définitions

La CIPD du Caire de 1994 a, pour la première fois, identifié de façon explicite la notion de jeunes, et en particulier de jeunes femmes, et mis le doigt sur leurs besoins spécifiques. L'OMS définit les “jeunes femmes” comme les femmes de 12 à 29 ans, ce qui représentait quelques 850 millions de personnes en 2005. Les jeunes de moins de 25 ans forment environ la moitié de la population mondiale. Ils sont plus vulnérables que les adultes.

Les termes “adolescents” et “jeunes” ont une valeur différente selon les sociétés. Ces catégories sont associées à différents rôles en fonction du contexte local. Mais aussi à différents âges : en Inde, par exemple, la Politique de la Jeunesse s'applique jusqu'à l'âge de 35 ans.

L'éducation sexuelle a pour objectif d'aider les adolescent-e-s et les jeunes à acquérir les connaissances, les compétences et l'autonomie nécessaires à leur bonne santé sexuelle et reproductive. Cela comprend des informations médicales (sur l'anatomie, la puberté, la reproduction) et la prévention des IST, y compris le VIH/SIDA, ainsi que l'accès à des méthodes de planification des grossesses, mais cela va aussi au-delà de ces aspects. Les programmes destinés aux jeunes devront leur apprendre à communiquer et à négocier, à respecter leurs propres limites et celles de leur partenaire, à assumer leurs responsabilités quant aux conséquences de leur activité sexuelle.¹²⁴

Pour cela, il faut non seulement que ces programmes permettent un accès à l'information, mais surtout qu'ils instaurent un temps et un espace de dialogue, de débat, où les jeunes peuvent aborder les questions liées à la sexualité humaine au sens large, exprimer leurs préoccupations et réfléchir. Le rôle de l'animateur est d'aider les jeunes, filles et garçons, à découvrir les différentes dimensions de la sexualité humaine, qui est une notion très large puisqu'elle renvoie à la globalité de l'être humain dans ses dimensions aussi bien psychoaffective que sociale, alors que souvent chez les jeunes la compréhension de la sexualité est réduite à la génitalité.

Les adolescent-e-s et les jeunes ont besoin d'une information et de services appropriés, spécifiques, conviviaux et accessibles, pour ce qui concerne leur sexualité et leur vie sexuelle. Cette attention est primordiale pour le développement de leur personnalité, de leurs comportements et de leur position future dans la société.



¹²³ La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, note politique, mars 2007.

¹²⁴ Exposé de Véronique Fraccaro, lors du colloque « Les droits reproductifs, état de la question » organisé par la Commission Femmes et Développement, le 25/05/2007 à Bruxelles.

Des programmes de santé reproductive destinés aux jeunes peuvent prendre place dans différents contextes : école, centres de planning familial, maisons de quartiers, associations... Il importe que ces programmes soient accessibles à tous les jeunes, qu'ils soient ou non sexuellement actifs, filles et garçons, en zones urbaines et rurales,... Ceci demande une volonté politique et les moyens pour la mettre en œuvre.

Il est souhaitable que les législateurs rendent obligatoire dans leur pays la mise en place généralisée de cours d'éducation sexuelle et affective à un âge adapté à chaque contexte socioculturel. Notons cependant que des programmes intégrés au cursus scolaire ne toucheront tous et toutes les jeunes qu'à condition que tous et toutes soient scolarisés. Dans beaucoup de pays, la plupart des jeunes (surtout les filles) quittent l'école avant 15 ans, et beaucoup se marient entre 15 et 19 ans, voire plus tôt. Il est donc indispensable que, parallèlement aux actions menées pour maintenir les jeunes à l'école, les gouvernements mettent en place des programmes qui passent par d'autres canaux (organisations communautaires, etc.) et soutiennent les actions de terrain entreprises par les associations de femmes.¹²⁵

Instruments juridiques internationaux

Une exigence explicite concernant l'éducation sexuelle est inscrite dans la CEDAW, dont l'article 10 oblige les Etats à assurer que les femmes et les petites filles aient "accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille".

Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), du Caire en 1994, les gouvernements ont convenu que "les adolescents devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur

sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmises et les risques de stérilité en résultant. Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation."¹²⁶

Les gouvernements ont réitéré ces engagements dans la Plate-forme d'action de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes, Beijing (1995) et celle de Beijing + 5 (2000), en portant notamment une attention particulière à l'importance du renforcement des filles, de leur estime de soi, de leur autonomie et de leur auto-détermination.¹²⁷

Ces textes ont été signés par tous les pays que nous avons retenus pour notre analyse.

En 1999, la conférence CIPD + 5 a été l'occasion également de réaffirmer des engagements internationaux pour l'éducation sexuelle des jeunes, l'accès aux méthodes contraceptives, etc. On y fait mention de l'importance d'impliquer les jeunes dans la construction des programmes qui les concernent. La volonté est clairement affirmée de "pousser plus loin l'application du Programme d'action pour ce qui est de favoriser le bien-être des adolescents, de promouvoir l'égalité et l'équité entre les sexes, d'encourager un comportement responsable sur le plan sexuel et de protéger les intéressés contre les grossesses prématurées ou non souhaitées, contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le SIDA, et contre les abus et la violence sexuels et l'inceste".¹²⁸



¹²⁵ Pour plus de détails cfr plus loin, «Apport de la société civile».

¹²⁶ Programme d'action de la CIPD, § 7.41).

¹²⁷ Beijing plus cinq, 2000, Paragraphe 79(f).

¹²⁸ CIPD plus cinq, 1999, Paragraphe 21 et Paragraphe 35.

Application dans les législations nationales

Nous l'avons dit, il est souhaitable que les législateurs rendent obligatoire dans leur pays la mise en place généralisée de cours d'éducation sexuelle et affective à un âge adapté à chaque contexte socioculturel. Dans les pays que nous avons étudiés, la mise en place structurelle de tels programmes n'est pas encore une réalité, même si diverses législations et programmes gouvernementaux font des efforts en ce sens. Nous en citons ici quelques-uns.

Les programmes nationaux de mise en œuvre des engagements internationaux sont souvent appuyés par le FNUAP, qui a des accords cadre avec plusieurs gouvernements.

En Equateur, des articles de la Constitution font référence aux droits sexuels et reproductifs.¹²⁹ Une loi spécifique concerne les programmes jeunes : la Loi Nationale d'Éducation pour la Sexualité et l'Amour (1998), complétée en 2003 par le Programme National d'Éducation pour la Sexualité et l'Amour. Cependant, la réalité du terrain reste très problématique, concernant notamment le pourcentage élevé de grossesses et d'avortements chez les adolescentes, en particulier dans les zones rurales. En 2003, un rapport du Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (ONU) pointait du doigt " le fait que le plan national d'action en matière d'éducation sexuelle et de procréation n'est pas appliqué de manière conséquente; en particulier dans les zones rurales et autochtones ".¹³⁰

En Bolivie, il existait en 2004-2008 un Plan national pour la santé et le développement des adolescent-e-s du Ministère de la santé et des sports. Le programme 2008-2015 du FNUAP a inscrit dans ses priorités la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Un des objectifs à atteindre est que " l'éducation sexuelle figure

dans les programmes scolaires, les programmes d'éducation parallèle et les stages de formation à l'intention des enseignants ".¹³¹

En RDC, l'article 42 de la Constitution stipule que " les pouvoirs publics ont l'obligation de protéger la jeunesse contre toute atteinte à sa santé, à son éducation ".

En 2000 le CEDAW priait le Gouvernement de s'efforcer d'améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives, d'abroger l'article 178 du Code pénal qui interdit la diffusion des méthodes contraceptives, et de donner une éducation sexuelle aux jeunes. Cette recommandation n'a jusqu'à présent pas été mise en œuvre, puisque cet article est encore en vigueur faute d'abrogation expresse. Néanmoins, cette disposition n'est plus appliquée, notamment par le fait que le président Mobutu avait, par une ordonnance, institué un comité pour la planification des naissances. Cette ordonnance, toujours en vigueur, consacre ainsi un désordre juridique qu'il conviendrait de clarifier.¹³²

Au Mali, le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2007, comportait les objectifs spécifiques suivants : " accroître la connaissance des jeunes et adolescents sur la santé et l'action de la reproduction et renforcer l'engagement de l'implication des associations et ONG, notamment celles regroupant d'une part les jeunes et d'autre part les femmes, dans la promotion de la santé reproductive ".

Un cas intéressant est celui du Sénégal. En 1990 déjà le Ministère de l'éducation mettait en place un Programme d'Éducation à la Vie Familiale et en Matière de Population (EVF/EMP) conforme aux finalités dégagées dans la Loi d'Orientation de l'Éducation nationale n° 91-22 du 30 janvier 1991, avec comme bailleur le FNUAP et comme Agence d'exécution l'UNESCO. Son objectif général était d'introduire les questions de population dans les

¹²⁹ Notamment : - Article 34 : la procréation responsable et une éducation appropriée en vue de la promotion de la famille sont encouragées, et le droit des parents d'avoir le nombre d'enfants qu'ils sont en mesure d'entretenir et d'élever est garanti; le patrimoine familial est reconnu et est déclaré " insaisissable ". - Article 39 : l'État protège la famille : la maternité et la paternité responsables sont encouragées. L'État garantit le droit des personnes de décider du nombre d'enfants qu'ils peuvent avoir, adopter, entretenir et élever.

¹³⁰ Observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination raciale: Ecuador. 02/06/2003. CERD/C/62/CO/2. (Concluding observations/Comments), <http://www.hri.ca/fortherecord2003/bilan2003/documentation/tbodies/cerd-c-62-co-2.htm>.

¹³¹ Source : UNFPA, Session annuelle de 2007, 11-22 juin 2007, New York. Point 15 de l'ordre du jour provisoire P – Programmes de pays et questions connexes ; www.unfpa.org/exbrd/2007/annualsession/dpfpadcp_bol_4_fre.doc

¹³² Sources : Marie Mossi (Association Africaine pour la Défense des droits de l'homme), Mariana Duarte (Organisation mondiale contre la Torture), Juillet 2006. *La violence contre les femmes en République Démocratique du Congo. Rapport alternatif préparé pour le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.* http://www.omct.org/pdf/VAW/2006/CEDAW_36th/CEDAW36_RDC_fr.pdf

curricula de l'École élémentaire et de l'Éducation préscolaire et dans les écoles coraniques.¹³³

La constitution Vietnamiennne mentionne le planning familial (article 40), sans se référer particulièrement aux jeunes (sont cités comme acteurs l'État, la société, les familles et tout citoyen). Par contre, il y a un " Plan d'action pour le déploiement de la Loi sur la jeunesse ", entre autres pour sensibiliser la jeunesse actuelle aux problèmes relatifs à la santé génésique.¹³⁴

Terminons notre tour d'horizon législatif par la Belgique. Les matières qui nous concernent (santé, jeunesse, enseignement), sont des compétences communautaires. Il faudrait donc observer d'une part la Belgique néerlandophone, d'autre part la Belgique francophone. Sans entrer dans les détails, remarquons que le combat des professionnels de la santé, des associations et des mouvements de femmes est de rendre obligatoire l'intégration de programmes d'éducation sexuelle dans le cursus scolaire. L'éducation affective et sexuelle à l'école n'est pas encore structurellement organisée en Communauté Française. Ce qui est fait ou pas dépend de la bonne volonté des directeurs d'établissements scolaires. En Communauté Flamande, l'éducation sexuelle et affective fait légalement partie du programme scolaire. Toute école subventionnée doit s'y soumettre, et cela peut provoquer des réticences. Ainsi, en septembre 2005, une école juive conservatrice s'est vu retirer son agrément par la Communauté Flamande suite à son refus réitéré d'assurer les cours d'éducation sexuelle qui ont un caractère obligatoire en Flandre. L'école invoquait des motifs religieux.



Contributions de la société civile

Offre de services

A la suite de la Conférence du Caire, un certain nombre d'ONG ont commencé des programmes d'information sur la santé de la reproduction en direction des jeunes. Le travail des associations est souvent d'abord une offre de services. Les associations prennent ainsi le relais de programmes gouvernementaux inexistants, incomplets ou autres, notamment dans les zones rurales ou auprès des populations les plus défavorisées.

Ainsi, en Equateur, on peut citer par exemple l'Association Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE), qui offre aux adolescent-e-s des services médicaux et de counselling et des séances d'éducation, information et sensibilisation.¹³⁵

La Coopération Technique Belge a en Equateur un projet, " Promotion des droits sexuels et reproductifs des adolescentes et adolescents en Équateur (Ecuador Adolescente)¹³⁶". Le projet vise à créer les conditions requises pour permettre aux adolescents de reconnaître et d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs, notamment dans le respect de l'égalité entre les femmes et les hommes. Ont été ainsi créés et consolidés des espaces de participation pour les jeunes qui leur permettent d'interagir avec les institutions chargées de garantir l'exercice de leurs droits et de contribuer au développement de propositions conformes à leurs besoins. Parallèlement, le projet fait progresser les droits sexuels et reproductifs dans l'opinion publique.

Au Mali, diverses ONG nationales actives dans le secteur de la santé reproductive ont mis sur pied des programmes destinés aux jeunes. L'AMPPF, Association Malienne pour la Pro-

¹³³ Pour plus d'informations, lire : <http://www.unfpa.sn/adolescent.htm> et <http://www.education.gouv.sn/politique/evf/programme-evf.html>

¹³⁴ Vietnam News Agency du 11/08/2006.

¹³⁵ Sources : <http://www.aprofe.org.ec/htm/index.php?module=Articles&action=Detalle&id=00000000026>
http://www.icomp.org.my/Resources/Arh/pmgr4/pm4_ecua3.htm
http://www.ippfwhr.org/publications/serial_article_e.asp?SerialIssuesID=92&ArticleID=248

¹³⁶ Projet mis en œuvre par la CTB, l'Instituto Nacional de la Niñez y la Familia, le Consejo Nacional de la Mujer et le Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia – CNNA dans douze villes du pays (Quito, Guayaquil, Cuenca, Ibarra, Ambato, Riobamba, Tena, Santo Domingo, Nueva Loja (anciennement Lago Agrio), Esmeraldas, Manta et Machala). Voir <http://www.btctb.org/showpage.asp?iPageID=1955>.

tection et la Promotion de la Famille¹³⁷, une ONG nationale régie par les procédures de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), collabore avec l'UNFPA depuis 1992. Au cours du 3ème programme, cette ONG a exécuté le projet "Appui aux activités d'IEC et de prestation de services pour les adolescents et les jeunes en SR".¹³⁸

Au Sénégal, depuis 1992, le Projet Promotion des Jeunes (PPJ) œuvre à promouvoir chez les adolescents et les jeunes (jeunes garçons et filles âgé-e-s de 15 à 25 ans) l'adoption de comportements responsables en matière de Santé de la Reproduction. Dans cette démarche, le PPJ a mis en place un vaste réseau de Centre Conseil Ado (CCA) où se développent conjointement des actions curatives, à travers l'offre de service, et préventives, en termes de sensibilisation. Dans le souci de préserver l'anonymat et la confidentialité, les CCA sont logés dans des espaces réservés aux jeunes. Chaque CCA est doté d'une équipe médico-sociale composée d'une sage femme, d'un-e assistant-e social-e, d'un-e psychologue, et d'un-e technicien-ne IEC.¹³⁹

Activités de plaidoyer

Les groupes de femmes et de jeunes, ainsi que des associations de groupes minoritaires ayant des besoins spécifiques en matière de santé reproductive (indigènes, gays et lesbiennes, etc.) publient des recherches, du matériel éducatif, des documents de plaidoyer. En Equateur, le mouvement de femmes Luna Creciente produit du matériel de communication (brochures, affiches) sur des thèmes spécifiques, y compris le droit à l'avortement et à disposer de son propre corps. Au Maroc, l'Association Marocaine des Jeunes Contre le Sida (AMJCS) réalise des dépliants, affiches, tee-shirts, pin's pour des actions de prévention. Cette association de jeunes bénévoles milite depuis sa création en 1993 pour une prévention efficace et ciblée contre le sida, " par les jeunes pour les jeunes ". Elle a réalisé plusieurs projets comme "SAHA" (programme de formation et de sen-

sibilisation au profit des enfants de la rue), "PIMS" (programme d'intervention en milieu scolaire).¹⁴⁰

Outre fournir aux populations des services que l'Etat devrait assurer (mise sur pied de programmes spécifiques pour les adolescent-e-s, mise à disposition des jeunes de locaux de rencontre pour la sensibilisation et l'information,...), la société civile, et principalement les associations de femmes, a une action de plaidoyer auprès des gouvernements.

En Bolivie, différentes ONG se sont mobilisées pour réaliser des actions tous les 21 juin, date proposée pour le "jour de l'action pour une éducation non sexiste". Leur objectif est de promouvoir des programmes pour les jeunes qui déconstruisent les stéréotypes et ne réduisent pas l'éducation sexuelle à une explication de la reproduction humaine qui limite l'approche aux organes reproducteurs et génitaux.¹⁴¹

En Belgique, plusieurs associations font du plaidoyer et proposent des outils pour une obligation légale d'intégrer l'éducation sexuelle et affective dans le cursus scolaire, mais aussi et surtout pour que l'éducation affective et sexuelle soit l'occasion de réduire la violence de genre. Les programmes destinés aux jeunes créés dans les centres de planning familial travaillent à partir de différents axes, dont la promotion de la notion de respect (de soi et de l'autre), de l'intimité, de la déconstruction des stéréotypes et de la construction de l'identité. Des programmes appelés " éducation à la vie affective et sexuelle "¹⁴² permettent l'intégration de modules dès la petite enfance. Les animateur-trice-s sont des professionnel-le-s et reçoivent une formation spécifique. Ils travaillent dans un réseau qui touche d'autres thématiques comme les toxicomanies, l'homophobie,... L'approche des centres inclut toujours une offre de services et consultations. La position est l'accompagnement de la personne, qu'elle soit mineure ou pas, dans son choix, sans obligation d'en référer à la famille (dans les limites de la loi).

¹³⁷ <http://www.promali.org/ong/AMPPF/index.htm>

¹³⁸ Source : <http://www.unfpa-mali.org/fnuapmali/strategie/SNonGouvernementales.htm>
Citons aussi, toujours au Mali, l'ONG Walé (Activités: IEC intervention dans les milieux scolaires, les bars...) Source : <http://www.lecrips-idf.net/afrique/organismes-sida.asp?pays=mali&ville=>

¹³⁹ Sources : Projet promotion des Jeunes. <http://www.ppsenegal.net>. Signalons aussi, au Sénégal, le programme Espace-Jeunes du Ministère de la Jeunesse, qui a parmi les objectifs spécifiques celui d'offrir des services de santé reproductive à plus de 120.000 adolescents et adolescentes par an. Malheureusement, les infrastructures disponibles ne répondent pas à ces exigences.

¹⁴⁰ <http://www.sidamaroc.org>

¹⁴¹ http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/es-sex/15es_sex.htm

¹⁴² www.planningfamilial.net

Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques

En ce qui concerne les pays étudiés, le plus grand obstacle aux programmes pour les jeunes est le tabou qui entoure la sexualité. Par exemple, en Equateur, où dans de nombreuses communautés la sexualité est liée à la culpabilité et au non-dit, avec ce que cela implique d'entraves à l'information, à l'autonomie, à la santé. Ainsi, l'association Sendas (chemin) organise des ateliers sur la santé reproductive, où les participantes témoignent de la difficulté à parler de sexualité : " Je suis avocate. Moi aussi j'ai une formation en théorie de genre, dit Sonia Garcia. Cette formation m'a permis de comprendre que la sexualité des hommes et des femmes a été directement marquée par la construction sociale de la masculinité et de la féminité. Dans mon pays, et particulièrement à Cuenca, la sexualité des femmes reste l'objet de rumeurs, de contes et de croyances. On disait que beaucoup de fruits et d'aliments ne devaient pas être consommés pendant les jours de la menstruation. Il y avait tellement de tabous."¹⁴³ Les ateliers permettent de déconstruire certains stéréotypes comme la réduction des femmes à leur rôle d'épouse et de mère et permettent aux jeunes femmes d'aborder la question du désir et du plaisir.¹⁴⁴

Le tabou culturel sur le sexe rend d'autant plus nécessaire l'instauration de programmes destinés aux jeunes. Comme le constate un malien, " parler de sexualité est presque interdit au Mali. Les parents n'expliquent jamais à leurs filles la problématique de la sexualité (...). Le peu ou le manque de connaissance sur les risques de l'accouchement fait que seulement 30% des femmes et des jeunes filles accouchent dans les centres de santé. Il y a aussi un nombre important de grossesses non désirées,

d'infections et d'avortements. Faute d'éducation sexuelle à la maison ou à l'école, l'information circule entre les filles elles-mêmes, mais souvent cette information est inexacte. "¹⁴⁵

Notons encore ici l'impact négatif de la faible scolarisation des filles, surtout des adolescentes au secondaire. De plus, même si les adolescent-e-s fréquentent l'école, les enseignant-e-s ne sont pas toujours à même d'introduire des programmes de santé reproductive dans les cours. La gêne et les réticences liées au tabou culturel en sont une raison. Plus généralement, il n'est pas facile pour les adultes d'aborder les questions des droits sexuels et reproductifs avec les jeunes. La quantité des stéréotypes contradictoires que les personnes chargées de l'éducation sexuelle affrontent dans leur vie quotidienne fait apparaître les limites d'une proposition éducative réflexive et non moralisatrice.

Un autre obstacle est la non-prise en compte des besoins des jeunes ou la négation de leur spécificité. La parole des jeunes n'est pas réellement prise en compte par les adultes, qui n'estiment pas que les jeunes aient droit au chapitre. Au Maroc, par exemple, les services de planning familial ne sont pas très accessibles pour les jeunes.¹⁴⁶ Tandis que "les adolescentes et adolescents équatoriens grandissent dans une société caractérisée par le manque de respect intergénérationnel, l'invisibilisation et la violence résultant du système patriarcal dominant, société qui ne prend pas non plus en compte les attentes et besoins des femmes, des garçons, des filles et des groupes ethniques. "¹⁴⁷

Trop souvent également, les activités IEC en santé reproductives sont perçues par les adultes comme " dangereuses " pour les jeunes, on les assimile à une incitation à la débauche. Dans certains milieux il y a des thèmes qui fâchent, tels que parler d'orientation (homo-)sexuelle à l'école, de la sexualité des mineur-e-s d'âge sans le consentement des parents. Les mouvements conservateurs, liés notamment à des courants religieux, nourrissent les peurs des parents et font un lobby

¹⁴³ *Revue Palabras n°3, La liberté prend corps*, Le Monde selon les femmes, 1998.

Sendas est une ONG qui travaille au sud de l'Equateur et est reconnue pour son travail sur l'approche genre (www.sendas.org.ec).

¹⁴⁴ Idem

¹⁴⁵ Source : <http://www.advocatesforyouth.org/sexeducation.htm>

¹⁴⁶ Belgische parlementaire groep voor bevolking en ontwikkeling. Reproductieve gezondheid en rechten van de vrouw in Marokko. Gent: mei 2002.

¹⁴⁷ *Revue Palabras n°3, La liberté prend corps*, Le Monde selon les femmes, 1998.

important pour empêcher les programmes pour les jeunes. Ceci peut avoir lieu dans un contexte où le pouvoir politique est lui-même traditionaliste, mais également, en réaction, face à une ouverture progressiste. Par exemple, en Equateur, suite à l'arrivée au pouvoir du nouveau Président, Rafael Correa (élu en 2007), qui se dit lui-même chrétien de gauche, les milieux chrétiens conservateurs et groupes " pro-vie " se mobilisent contre les réformes législatives en faveur de la dépénalisation possible de l'avortement et des autres droits reproductifs.¹⁴⁸

Dans les sociétés traditionnelles, il peut y avoir des éléments favorables à l'autonomie des jeunes en matière de choix liés à leur vie sexuelle ; quand tel est le cas, les mouvements migratoires tendent à déliter les traditions po-

sitives. Ainsi, en Bolivie, dans les sociétés indiennes, la vie en couple est concevable en dehors des liens du mariage ; si un enfant est issu de l'union, il fera partie de la communauté et sera pris en charge par la mère de la fille. Mais on constate aujourd'hui une nette évolution culturelle, allant vers une conception plus restrictive de ce qui est permis aux jeunes. Inversement, les mouvements migratoires peuvent avoir un impact négatif : exportation de pratiques nuisibles,¹⁴⁹ qui touchent les enfants et les adolescent-e-s. Globalement, l'exode rural et l'urbanisation accélérée ont des effets négatifs : accroissement du nombre d'enfants des rues, crise du logement et manque d'infrastructures sociales.¹⁵⁰ De même, les situations de conflit ont un impact sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes. ■



¹⁴⁸ A leur initiative, environ mille jeunes universitaires ont participé du 1er au 10 septembre 2006 à une activité d'évangélisation et de service social intitulée « Mission équateur 2006 ». La Mission est une initiative de l'université technique de Loja (UTPL) qui la réalise pour la troisième fois consécutive dans le pays, mission dont le slogan est « Transformons l'Équateur par l'amour de Dieu » et qui s'inspire de l'Encyclique du Saint Père Benoît XVI « Deus Caritas Est », un texte particulièrement conservateur sur le thème des droits reproductifs et sexuels.

¹⁴⁹ Ainsi, en Europe, mais aussi en RDC, on observe l'apparition de pratiques de MGF, dans des régions ou villes où elles n'avaient jamais été pratiquées.

¹⁵⁰ Par exemple, concernant l'exode rural au Maroc, voir *La santé en matière de procréation et les droits de la femme au Maroc. Rapport du voyage d'étude du groupe parlementaire belge sur la population et le développement*, Gand, octobre 2002.

Recommandations

- Soutenir les ONG locales qui créent des programmes DSR destinés aux jeunes, ainsi que celles qui font un travail de sensibilisation et plaidoyer politique.
- Il est important que les programmes multinationaux soient fondés sur un dialogue suivi avec les communautés, les associations de la société civile, notamment les mouvements de femmes et les mouvements de jeunes ; bénéficient de leur soutien et valorisent leurs bonnes pratiques.
- Dans les forums et lieux de négociation internationaux, la diplomatie belge devrait continuer à s’impliquer dans un dialogue constructif afin de concrétiser l’accès des jeunes à l’information et aux services de santé sexuelle et reproductive.
- Impliquer les jeunes dans la politique de définition des programmes, leur gestion et leur mise en œuvre et prendre en compte les recommandations des associations de jeunes.
- Intégrer les programmes d’éducation à la vie sexuelle et affective dans le cursus scolaire. S’assurer que les jeunes, et particulièrement les filles, ont un cursus scolaire complet, jusqu’à un âge minimal de seize ans.
- Il est indispensable que, parallèlement aux actions menées pour maintenir les jeunes à l’école, les gouvernements mettent en place des programmes qui passent par d’autres canaux (organisations communautaires, etc.).
- Renforcer le travail d’encadrement des jeunes, entrepris par les associations sur le terrain.
- Prévoir des endroits et/ou des temps réservés aux jeunes, afin que soit respecté leur droit à la confidentialité. Promouvoir des services d’accompagnement des jeunes mineurs d’âge, des espaces de dialogue entre jeunes et des espaces de dialogue entre les jeunes et les parents.
- Accorder une attention toute particulière aux filles et aux groupes plus vulnérables, dont les enfants des rues, les enfants soldats et ex-soldats, les enfants victimes de la traite des êtres humains. Les programmes doivent reconnaître et prendre en compte la diversité des besoins, des savoirs, des pouvoirs parmi les jeunes.
- Rendre accessible aux jeunes les services liés au planning familial, sans obligation d’autorisation parentale.
- Accorder une attention particulière aux filles-mères.
- Accorder les moyens nécessaires à la formation du personnel en charge des programmes spécifiques destinés aux jeunes.
- Affiner et multiplier les outils de sensibilisation élaborés avec des jeunes.

L'intégration des programmes de lutte contre les MGF

“La Belgique appuiera la société civile et les organisations locales ayant acquis une expérience en la matière, ainsi que les actions privilégiant une approche communautaire en faveur de l’abandon des mutilations génitales féminines et le dialogue avec les autorités traditionnelles. Elle appuiera également les initiatives locales visant au recyclage des exciseurs et exciseuses. Enfin, elle soutiendra les campagnes de sensibilisation nationales et régionales visant aux changements de comportements.”¹⁵¹

Définitions

On regroupe sous l’appellation de “ mutilations génitales féminines ” (MGF) toutes les interventions chirurgicales consistant à enlever tout ou partie des organes génitaux externes de la femme ou à leur infliger d’autres lésions, pour des raisons culturelles ou autres ne relevant d’aucune nécessité médicale. Ces mutilations sont généralement effectuées chez les petites filles et adolescentes entre 4 et 14 ans, mais elles peuvent être effectuées également sur des nourrissons, sur des femmes qui sont sur le point de se marier ou après la naissance du premier enfant. Cela dé-

pend de l’ethnie considérée et varie pour une même ethnie d’une génération à une autre.¹⁵² Fait alarmant : les Nations Unies signalent l’accroissement du nombre de bébés la subissant.¹⁵³

La plus courante est l’excision (ablation d’une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres). La plus extrême a pour nom infibulation (excision complétée par l’ablation des grandes lèvres dont les deux moignons sont suturés bord à bord. L’ouverture vaginale disparaît pour laisser la place à un minuscule orifice). Les conséquences sont dramatiques. Elles peuvent entraîner une hémorragie mortelle, diverses infections, des difficultés à avoir des enfants sans parler des troubles psychologiques et de l’impact indélébile sur la vie sexuelle des femmes.¹⁵⁴

Si elles constituent essentiellement un problème de santé, on note également qu’elles constituent une des atteintes les plus graves aux droits et libertés des femmes. Pendant de nombreuses années, ces pratiques nuisibles, perçues comme une tradition qui contribuait à forger l’identité culturelle des communautés qui la pratiquaient, ont été légitimées sur la base du relativisme culturel. Toutefois, la culture n’est pas statique, mais dynamique. Les individus et les communautés ne sont pas des produits passifs de leur culture. Dans cette optique, à partir des années 1980 et 1990, les MGF ont été reconnues en tant que violations des droits humains des filles et des femmes et elles ont été reprises par la suite dans plusieurs conventions internationales.

La problématique des MGF trouve ses racines profondes dans le genre. En effet, les MGF représentent une forme de discrimination à l’égard des femmes qui ne met pas en question seulement leurs droits fondamentaux et leur intégrité physique et psychologique, mais également leur identité en tant que femmes et en relation avec les hommes. L’identité des femmes peut se construire sur autre chose que sur le fait de croire que la femme n’est pas une “ vraie ” femme si elle n’est pas excisée.

Les MGF représentent donc une question de développement humain: ce sont les stéréo-

¹⁵¹ La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, note politique, mars 2007.

¹⁵² Source : GAMS France. <http://pagesperso-orange.fr/~associationgams/index.html>

¹⁵³ UNFPA/UNICEF, Communiqué du 10 août 2007, 44 millions de dollars pour combattre l’excision.

En ligne sur <http://www.un.org/apps/news/fr/storyFAr.asp?NewsID=14612&Cr=excision&Cr1=UNFPA>

¹⁵⁴ UNICEF, Digesti Innocent, 2005, *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l’excision/mutilation génitale féminine*, Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), p. 25.

types discriminatoires à l'égard des femmes, les relations de genre inégales entre les hommes et les femmes qui doivent être mises en question pour permettre aux femmes d'avoir la liberté de faire des choix et de construire leur identité sans recours à des pratiques mutilantes. Elles doivent être libres de participer de manière pleine, active et autonome au processus de développement en cours.

Instruments juridiques internationaux

Les mutilations génitales féminines sont contraires au droit international. Elles constituent une pratique discriminatoire contraire à l'égalité des chances, aux droits à la santé, à ne pas être exposé à la violence, à la torture et aux traitements cruels, inhumains ou dégradants, à la protection contre les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé, et au droit de faire librement des choix en matière de reproduction.¹⁵⁵

Elles s'opposent à la Convention des droits de l'enfant (CDE)¹⁵⁶ et à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW).¹⁵⁷ Dans sa recommandation générale de 1990 (n°14), le Comité qui suit la mise en œuvre de la CEDAW recommande que les Etats parties " prennent des mesures efficaces appropriées en vue d'éradiquer la pratique de la circoncision féminine ".¹⁵⁸

L'Assemblée générale de l'ONU a adopté en février 2000 et décembre 2001 deux résolutions sur les pratiques traditionnelles ou coutumières affectant la santé des femmes et des filles pour obliger les Etats à adopter toutes les

mesures nécessaires visant à les éliminer.¹⁵⁹ Les MGF sont également condamnables en tant que contraires à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CAT).¹⁶⁰

Diverses conférences onusiennes ont également reconnu les MGF comme étant un obstacle majeur à la santé de la reproduction (Conférence internationale sur la population et le développement¹⁶¹) et comme une violence à l'encontre des femmes et petites filles (Plate-forme d'action de Beijing¹⁶²).

Les MGF font également obstacle à la réalisation de trois OMD (5, 4, 3) qui visent à améliorer la santé maternelle, à réduire la mortalité infantile et à promouvoir l'égalité des sexes.

Un Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants a été créé en 1984, à l'issue d'un séminaire international sur les mutilations génitales féminines à Dakar. Son siège se trouve à Addis-Abéba (Ethiopie).¹⁶³

Au niveau européen, il n'y a pas de législation spécifique sur les MGF. Le Parlement a adopté en 2001 une résolution sur les MGF qui n'est pas contraignante mais qui prépare le terrain pour une politique européenne sur les MGF. En effet, la résolution demande aux pays membres de collaborer pour l'harmonisation de la législation existante sur les MGF ainsi que d'adopter une législation spécifique. En ce qui concerne la protection des fillettes quand elles voyagent à l'étranger, la résolution reconnaît le principe d'extraterritorialité.¹⁶⁴ La résolution demande également d'élargir le droit d'asile et la possibilité, pour les femmes et les filles et/ou les familles demandeuses, d'obtenir le statut de réfugié conventionnel en cas de risque de MGF.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) admet que la MGF peut être interpré-

¹⁵⁵ UNICEF, *Protection de l'enfant contre la violence et les mauvais traitements. Mutilation génitale féminine/excision*, http://www.unicef.org/french/protection/index_genitalmutilation.html.

¹⁵⁶ Article 23 ch. 3 CDE Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées afin d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants

¹⁵⁷ Article 5 CEDAW

¹⁵⁸ Notons que le terme de « circoncision féminine », que l'on trouve dans certains documents aussi officiels que la CEDAW, devrait être évité, car il induit une confusion avec la circoncision masculine. Les deux formes d'ablation sont très différentes sur le plan anatomique: on enlève chez le garçon un morceau de peau tandis qu'on supprime chez la femme un organe. Même si les deux actes portent atteinte à l'intégrité des hommes et des femmes qui les subissent, les traumatismes engendrés sur le plan physique et psychologique par la MGF sont beaucoup plus graves que ceux de la circoncision.

¹⁵⁹ Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/56/128, 7 décembre 2001, UNICEF, *Digest Innocenti*, p. 27-28.

¹⁶⁰ Article 16 CAT : 1. http://www.unhcr.ch/french/html/menu3/b/h_cat39_fr.htm

¹⁶¹ Paragraphes 4.22, 5.5 et 7.6, Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994.

¹⁶² Paragraphes 108, 125 et 232, Déclaration et plate-forme d'action de la quatrième Conférence mondiale des femmes, Beijing, 1995.

¹⁶³ L'organisation possède des comités nationaux dans 28 pays africains et 15 groupes affiliés en Europe, Canada, Japon et Nouvelle Zelande. <http://www.iac-ciaf.com/index.htm>

¹⁶⁴ Richard A. Powell, Els Leye, Amanda Jayakody, Faith N. Mwangi-Powell, Linda Morison, *Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European union agenda*, in *Health Policy*; 70(2004), p. 154-155.

tée comme une violation de l'art. 3 CEDH, à savoir l'interdiction des traitements inhumains et dégradants.

Application dans les législations nationales

Il est nécessaire de protéger les femmes et les filles et de contribuer à l'abandon de la pratique par l'introduction d'une législation nationale appropriée qui comporte des dispositions dissuasives et/ou punitives.

Une législation nationale qui interdit les MGF peut accélérer le changement si elle s'inscrit dans une stratégie globale de sensibilisation et d'éducation associant les communautés concernées. La seule menace de sanctions, par contre, risque de faire basculer la pratique dans la clandestinité ou d'encourager le mouvement transfrontalier.

Il est important que la législation spéciale affirme clairement la volonté de l'Etat de ne pas accepter cette pratique, dénoncée comme intolérable. Elle doit également comporter des mécanismes de protection des enfants, des mesures d'assistance sociale et des campagnes de sensibilisation.

Plusieurs pays ont introduit une législation spécifique pour combattre les MGF : au Sénégal, la loi No. 06-99 a été adoptée par l'Assemblée Nationale en 1999.¹⁶⁵

Depuis 2000, en Belgique, une loi est spécifiquement consacrée aux MGF.¹⁶⁶

Dans d'autres pays, comme le Mali, il n'y a pas de législation spécifique, et c'est l'atteinte à l'intégrité corporelle ou les lésions corporelles qui rendent les MGF illégales.¹⁶⁷



Dans certains cas, la pratique est interdite en vertu de la constitution nationale ou via des lois plus générales concernant la répression des violences sexuelles : c'est le cas par exemple de la RDC, qui, dans son article 174.7.g de la nouvelle loi sur la répression des violences sexuelles, condamne ces pratiques.

L'avantage d'une législation spécifique est de faire de la MGF une infraction à part, qui incrimine non seulement la lésion corporelle, grave ou simple, mais également une atteinte à la féminité, donc à la sexualité de la femme et de la fille : en effet, le but de la MGF est la maîtrise totale du corps et de la sexualité de la femme par l'homme.

D'un autre côté, l'application de la loi ordinaire (code pénal) diminue le risque de marginaliser les communautés où les MGF sont pratiquées.

Dans les pays où le problème a surgi dans les communautés d'immigrés, il est extrêmement important d'intégrer le principe d'extraterritorialité dans la législation pour éviter que l'interdiction juridique n'incite les familles à renvoyer les femmes et les filles dans leur pays d'origine pour y subir les MGF.¹⁶⁸

Peu de pays occidentaux considèrent les MGF comme un critère explicite et lisible d'octroi du droit d'asile aux femmes qui risquent l'excision si elles sont renvoyées dans leur pays d'origine. En Belgique, par exemple, même si dans les faits l'octroi du droit d'asile est fréquent, il n'y a pas eu de décision politique en

¹⁶⁵ « Une peine de 6 mois à 5 ans de prison sera infligée à toute personne qui aura porté atteinte à l'intégrité de l'organe génital d'une personne de sexe féminin, par ablation totale ou partielle d'un ou plusieurs de ses éléments, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen. »

¹⁶⁶ La Loi du 28 novembre 2000 sur la protection pénale des mineurs en son article 29 qui modifie le Code pénal.

¹⁶⁷ Le Sénégal, par exemple, reconnaît dans l'article 7 de sa Constitution le droit à la vie, à la liberté, à la sécurité, au libre développement de sa personnalité, à l'intégrité corporelle notamment à la protection contre toutes mutilations physiques.

¹⁶⁸ Richard A. Powell, Els Leye, Amanda Jayakody, Faith N. Mwangi-Powell, Linda Morison, *Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European union agenda*, in *Health Policy*, 70(2004), p. 154-155.

ce sens. Seule une résolution relative aux mutilations sexuelles promulguée par le Sénat en 2004 demande au gouvernement et en particulier au Ministre de l'Intérieur et à l'Office des étrangers de prendre en considération la menace de MGF pouvant peser sur les enfants et les femmes en demande d'asile dans le pays.

Souvent, la législation existante ne fait pas explicitement référence à la ré-infibulation après l'accouchement.¹⁶⁹ On peut, pour la combattre, la considérer comme une pratique mutilante, et donc punissable. Le médecin ou la sage-femme se contentera donc de réparer le tissu cicatriciel désuni. En Belgique, la loi interdit toute forme d'infibulation et de ré-infibulation.¹⁷⁰

Les pays occidentaux qui interviennent au titre de la coopération dans des pays où sont pratiquées les MGF prévoient-ils un volet de lutte contre les MGF dans leurs programmes de développement ? La Belgique, dans une résolution du Sénat, recommande au gouvernement et en particulier au Ministre de la Coopération de " mobiliser tous les efforts politiques, diplomatiques et économiques afin d'éradiquer et d'interdire les MGF dans les pays où elles se pratiquent encore, et en particulier dans les pays de concentration de l'aide belge au développement ".¹⁷¹

Contributions de la société civile

Nombre d'organisations de femmes luttent contre les MGF en Afrique, notamment les comités locaux du Comité Inter-Africain sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants (CI-AF). Les programmes des organisations sont souvent de nature holistique et ne se concentrent pas exclusivement sur les MGF ni ne commencent par là. Ces associations dans leur dénonciation des violences faites aux femmes et dans leur revendication pour l'intégrité corporelle et morale des femmes élaborent tout un programme diversifié de promotion féminine. La lutte contre les MGF n'est qu'une priorité parmi d'autres relatives à la promotion de la

condition de la femme au sein des communautés locales afin de créer une société plus juste et équitable pour tous.

Les associations organisent notamment des séances d'IEC et de formation adressées aux sages-femmes, aux infirmier-ères, aux accoucheuses traditionnelles, aux matrones et aux animatrices rurales. Elles s'adressent aux chefs religieux et coutumiers ainsi qu'à d'autres leaders d'opinion, afin de les aider à élucider les normes religieuses et coutumières de la pratique pour surseoir à sa continuation. Elles utilisent beaucoup les médias (radios, journaux privés, magazines, etc.) qui parlent ouvertement de l'éradication de la pratique des MGF. Elles organisent également des causeries débats. Ces organisations essaient aussi de dissuader les exciseuses traditionnelles de continuer à exercer ce métier et de les aider à se reconvertir dans d'autres activités génératrices de revenu. Dans ce cadre, elles organisent souvent des cérémonies de dépôt des couteaux de l'excision.

Certaines associations intègrent la lutte contre la pratique des MGF dans des séances d'alphabétisation fonctionnelle en faveur des filles migrantes et des adolescentes : c'est le cas par exemple de l'Association des Femmes Enseignantes du Mali (AFEM).

D'autres organisations, pas nécessairement de femmes, adoptent des programmes de nature holistique visant à réaliser un développement positif et durable au sein des communautés au lieu de se concentrer exclusivement sur les MGF. Les individus ne sont pas des produits passifs de leurs cultures, mais d'actifs participants dans leur interprétation et leur formation continue. Les communautés qui comprennent les dangers posés par les MGF et les remettent en question dans leur propre optique culturelle peuvent se mobiliser pour les changer ou les éliminer. Par exemple, le Programme d'autonomisation des communautés de Tostan au Sénégal occupe un rôle de premier plan en raison de sa mise en valeur de l'autonomisation des communautés et de l'accent sur le changement culturel plutôt que sur les changements de comportement. Les MGF en tant que convention sociale disparaissent rapidement une fois que les gens

¹⁶⁹ Els Leye, Richard A. Powell, Gerda Nienhuis, Patricia Claeys and Marleen Temmerman, *Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation*, in *Health Care for Women International*, 27:362-378, 2006., p. 369.

¹⁷⁰ http://www.gams.be/Le_post-partum.htm

¹⁷¹ Résolution relative aux MGF (Réf. 3-523/2), Mars 2004.

commencent à renoncer à cette pratique de manière collective. Le long processus utilisé par Tostan (généralement des modules pédagogiques sur une période de deux ou trois ans dans les villages) se penche sur diverses questions telles que l'hygiène, la santé, l'alphabétisation, le développement et les capacités de gestion. Il combine donc un programme d'éducation sur la démocratie et les droits de la personne avec une conviction quasi-spirituelle qui considère l'autonomisation des communautés comme la pierre angulaire de tout changement durable.

Au sein des communautés d'immigré-e-s dans les pays où les MGF ne font pas partie de la tradition, nombreuses sont les associations de femmes et d'hommes qui luttent contre les MGF. En Belgique, par exemple, le GAMS-Belgique (Groupement d'hommes et de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines)¹⁷² apporte son concours dans différents volets, en particulier l'organisation d'actions de prévention et de sensibilisation. Ces associations travaillent avec les communautés d'immigré-e-s, les femmes réfugiées et demandeuses d'asile. Elles font également un travail d'information auprès des professionnel-le-s de la santé et judiciaires ainsi qu'un travail de lobbying auprès des politicien-ne-s. Ces organisations travaillent souvent en réseau avec d'autres associations dans d'autres pays, par exemple en Europe via le network Euronet-FGM.¹⁷³



Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques

Dans le monde, on estime à 100-130 millions le nombre de femmes excisées. Chaque année, 2 millions de fillettes de 4 à 12 ans subissent ces pratiques. Chaque 15 secondes une fille est excisée dans le monde, soit 6000 filles par jour! L'excision est courante dans 28 pays d'Afrique. Elle est pratiquée également en Asie du Sud-est, en Amérique du Sud et en Australie mais dans une moindre mesure. Certains pays occidentaux, comme la Belgique, n'échappent pas à ce fléau, puisqu'ils ont accueilli de nombreuses populations migrantes en provenance des pays où les MGF sont répandues.

Il est important de comprendre comment et pourquoi les MGF continuent à avoir lieu afin d'élaborer des instruments pratiques porteurs de changement positif. Cette pratique constitue " une convention sociale profondément enracinée " ¹⁷⁴ qui apporte aux filles et à leurs familles un statut social et le respect de la communauté. Ne pas se soumettre aux MGF pourrait signifier l'exclusion, une perte de statut et de protection.

Plusieurs justifications sont évoquées¹⁷⁵ :

- **psychosexuelles** : réduction ou élimination du tissu sensible des organes génitaux externes, particulièrement du clitoris, afin d'atténuer le désir sexuel chez la femme, de préserver la chasteté avant le mariage et la fidélité durant le mariage, et enfin d'accroître le plaisir sexuel de l'homme ;
- **sociologiques** : identification avec l'héritage culturel, initiation des fillettes à la

¹⁷² <http://www.gams.be/>

¹⁷³ <http://www.euronetfgm.org/>

¹⁷⁴ UNICEF, Digesti Innocent, 2005, *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), p. 09.

¹⁷⁵ OMS, Juin 2000, *Les mutilations sexuelles féminines*, Aide-mémoire N°241, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/print.html>

condition de femme, intégration sociale et maintien de la cohésion sociale ;

- **hygiène et raisons esthétiques** : les organes génitaux externes de la femme passent pour être sales et inesthétiques ; les enlever favoriserait l'hygiène et rendrait la femme attrayante ;
- **mythes** : accroissement de la fécondité et promotion de la survie de l'enfant ;
- **religieuses** : les MGF sont pratiquées aussi bien par les musulmans, les chrétiens que les animistes. Dès lors, la participation de chefs religieux ou d'autorités morales capables d'expliquer qu'il n'existe aucune justification religieuse à cette pratique peut contribuer à l'abandon plus rapide de ces mutilations.

D'autres facteurs peuvent influencer la diffusion de cette pratique :

- Le niveau d'instruction de la mère est un facteur déterminant de l'excision de la fille. Au Mali, par exemple, l'intention de faire exciser la fille est plus élevée chez les mères illettrées (17%) que chez les femmes instruites du niveau secondaire et plus (6%).
- Cette pratique est une source de revenus pour les exciseuses.
- Quand les MGF sont pratiquées dans les pays occidentaux par les immigrantes, les

raisons avancées pour justifier la pratique se réfèrent souvent aux aspects socioculturels, à la volonté de garder sa propre identité dans un pays étranger. En Afrique, comme dans les pays occidentaux, les croyances sur l'identité des femmes sont renforcées car elles sont détentrices du maintien des coutumes et traditions au sein de l'équilibre familial et communautaire. Ce rôle de garant ne permet pas qu'elles remettent en question ces valeurs. Le repli identitaire favorise le retour aux coutumes.

Les données fournies par les Nations Unies signalent une tendance grandissante à la médicalisation de l'excision dans plusieurs pays. Par exemple au Mali, où la plupart des initiatives de ces dernières années ont mis l'accent sur les risques de santé liées à l'intervention. Toutefois, l'OMS a déclaré que " la MGF, sous n'importe quelle forme, ne peut être pratiquée par des professionnels de la santé, dans aucun cadre, notamment dans les hôpitaux ou autres établissements médicaux ".¹⁷⁶

En outre, des formes symboliques des MGF, comme le perçage du clitoris sous anesthésie, sont apparues ces dernières années au sein des communautés d'immigrés dans les pays industrialisés, qui soutiennent qu'elles sont moins nocives. Mais ces filles risquent de subir les MGF " traditionnelles " à une date ultérieure, comme dans le cadre des préparatifs au mariage. Ces interventions restent un acte de violence liée au genre et peuvent en fait entraver l'abandon des pratiques de MGF.¹⁷⁷ ■

¹⁷⁶ OMS/FNUAP/UNICEF (1997), Déclaration commune, Organisation mondiale de la santé, Genève.

¹⁷⁷ UNICEF, Digesti Innocent, 2005, *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), p. 25.

Recommandations

- La recherche scientifique (statistique, sociologique, médicale) sur les MGF doit être présente au début, pendant et après toutes les actions pour assurer une analyse correcte de la situation, des progrès et autres résultats, de façon à corriger et à réajuster les stratégies ; elle doit donc précéder les activités de sensibilisation.
- En matière de lutte contre les MGF, établir une concertation nationale et sous-régionale entre les représentant-e-s des ONG, des ministères concernés, des services de coopération bilatérale et des agences multilatérales des Nations Unies, tout en tenant compte des spécificités locales.
- Adopter des stratégies d'approche des populations qui impliquent davantage les hommes, les jeunes, les chefs coutumiers et les chefs religieux.
- Affiner et multiplier les outils de sensibilisation.
- Développer la formation initiale et continue sur les conséquences des MGF, et la formation en genre, droits sexuels et reproductifs, des professionnel-le-s médico-psycho-sociaux, des enseignant-e-s, des formateur-trices d'alphabétisation, des représentant-e-s de l'Etat, des élu-e-s, des juristes, des forces de l'ordre, des journalistes, etc.
- Adopter des textes de loi condamnant les MGF et en garantir l'application et le suivi en mettant à disposition des ressources humaines, matérielles et financières.
- Prendre en compte la dimension symbolique des pratiques de MGF, tant du point de vue des femmes excisées ou non que dans le chef des exciseuses et des hommes, en approfondissant les recherches sur l'identité féminine, en favorisant la discussion et en pratiquant des formules de rite de passage alternatifs.
- Prendre en charge les victimes des MGF, en leur assurant traitement et réparation, et appui psychosocial.
- Prendre en charge la réintégration socio-économique des exciseuses. Les projets de réinsertion socioprofessionnelle ne suffisent cependant pas. L'excision étant un rite de passage, c'est par la promotion de rites de passages " alternatifs " qu'elle pourra être combattue. Il est important par exemple que les cérémonies " les couteaux tombent " soient publiques, pour que les exciseuses trouvent une place symboliquement forte dans l'après.
- Souscrire à la position de l'OMS (1998) qui a déclaré explicitement qu'aucune forme de MGF ne doit être pratiquée par un-e professionnel-le de la santé dans quelque cadre que ce soit, y compris dans les hôpitaux et autres établissements de santé.



L'intégration des programmes de lutte contre les fistules

“La violence sexuelle à l'encontre des femmes et des jeunes filles est également la cause de grossesses précoces avec tous les risques de morbidité, d'infirmité – dont des fistules traumatiques –, d'infécondité subséquente et de mortalité pour la mère et/ou pour l'enfant.”¹⁷⁸

Définitions

La fistule représente, d'un côté, une affection médicale : elle est le plus souvent une lésion qui survient à l'accouchement (fistule obstétricale), généralement causée par un travail prolongé et difficile, parfois de plusieurs jours, sans intervention médicale appropriée (généralement une césarienne), entraînant des nécroses des tissus qui finissent par former un orifice entre le vagin et la vessie (fistule vésico-vaginale) et/ou le vagin et le rectum (fistule recto-vaginale). Les effets sont dévastateurs : souvent le bébé meurt et la mère n'est plus capable de contrôler l'écoulement de l'urine et/ou l'excrétion des matières fécales.¹⁷⁹

De l'autre côté, la fistule est profondément liée à des facteurs socio-économiques – la pauvreté, la malnutrition, l'analphabétisme – et à diverses formes de violences et pratiques traditionnelles néfastes telles que le mariage précoce suivi d'une grossesse précoce, les MGF, tant pour ses causes que pour ses effets.

La fistule n'est donc pas seulement un problème de santé : elle constitue une question de développement humain juste et durable. Les différentes formes de discrimination envers les femmes que nous avons mentionnées, cause et effet de la fistule en même temps, empêchent les femmes d'exercer leurs droits et leurs libertés sur une base d'égalité avec les hommes. En plus du handicap physique et psychologique, elles empêchent les femmes de participer de manière pleine et active au processus de développement, entraînant de surcroît des retombées négatives en termes de développement pour leurs familles, les communautés dans lesquelles elles vivent et l'Etat.

Instruments juridiques internationaux

Bien qu'elle constitue l'une des plus graves affections liées à la grossesse, la fistule n'est reconnue que depuis peu sur le plan international.¹⁸⁰ En outre, elle n'est pas mentionnée expressément dans les conventions internationales ou régionales qui garantissent le droit à des soins maternels rapides et qualifiés.

Toutefois, le droit à une maternité sans risques est garanti par une série d'instruments internationaux, notamment la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention relative aux droits de l'enfant, le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ainsi que nombre d'instruments régionaux (la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, le Protocole de Maputo, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant).

Chaque mère et chaque enfant ont le droit de recevoir pendant et après la naissance des soins maternels et néonataux professionnels, immédiats et efficaces, “ des soins qui soient proches du lieu et du mode de vie des gens, en relation étroite avec les coutumes qui entourent la naissance, mais qui, en même temps, offrent toutes les garanties de sécurité, grâce à la présence d'un ou d'une profession-

¹⁷⁸ La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, note politique, mars 2007.

¹⁷⁹ UNFPA, Questions et réponses sur la fistule obstétricale, www.stoplafistule.org

¹⁸⁰ En 2003, l'UNFPA et ses partenaires ont lancé la première Campagne mondiale pour éliminer les fistules. www.fistules.org

nel-le qualifié-e capable d'agir immédiatement lorsque se produisent des complications souvent en grande partie imprévisibles".¹⁸¹

Le viol ou certaines pratiques traditionnelles nuisibles peuvent aussi provoquer les fistules : dès lors, il est également important de prendre en compte les engagements internationaux relatifs à la lutte contre toutes les formes de violence envers les femmes.

Pour conclure, étant donné que la fistule traduit également les inégalités socioéconomiques et de genre qui empêchent les femmes d'avoir accès aux services, il faut mentionner les engagements internationaux et régionaux visant à lutter contre la pauvreté, l'analphabétisme, et contre toute forme de discrimination à l'égard des femmes.

La plupart des pays ont ratifié tous ces instruments juridiques.

Application dans les législations nationales

L'accès des femmes aux soins et services dont elles ont besoin pour porter à terme une grossesse et accoucher sans craintes de décès ou d'infirmité, en particulier en milieu rural, dépend essentiellement de l'engagement des gouvernements à assurer cet accès.

Les Constitutions, comme celles du Sénégal et du Mali, contiennent notamment des articles qui reconnaissent le droit à la santé, à l'éducation et à l'information aux citoyens. Dans certains pays, comme au Mali, ce sont également les programmes nationaux de développement social et sanitaire qui, dans une perspective de lutte contre la pauvreté, accordent une large priorité aux domaines de la santé sexuelle et reproductive.

Les pays en développement adoptent souvent des programmes nationaux plus spécifiques visant à améliorer les capacités d'utilisation par les femmes des services sociaux existants. Par exemple, le Programme de santé de la reproduction au Sénégal vise à accroître de manière durable l'utilisation des services de santé de la reproduction dans le cadre de la décentralisation dans les zones ciblées.

Toutefois, l'absence de politiques nationales spécifiquement consacrées à la lutte contre la fistule obstétricale dans la plupart des pays concernés par cette problématique constitue un facteur favorisant leur survenue.

Dans certains pays, les fistules existent mais apparemment ce n'est pas une problématique prioritaire, comme par exemple au Maroc.¹⁸² Dans d'autres, certaines actions sont entreprises afin de mettre à la disposition des décideurs et décideuses, des organismes et des bailleurs de fonds les informations utiles devant servir de référence dans la lutte contre les fistules : en RDC, le Ministère de la Santé par le biais du Programme National de Santé de la Reproduction avec l'appui financier et technique de l'UNFPA a mis en place un comité de pilotage pour éliminer les fistules.¹⁸³ Le Sénégal, avec le soutien de l'UNFPA et via le Ministère de la Santé, est en train d'élaborer des Plans stratégiques de lutte contre les fistules.¹⁸⁴



¹⁸¹ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2005, <http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html>

¹⁸² Said MOUDOUNI, et al. Service d'Urologie «B», Hôpital Avicenne, Rabat, Maroc, *Les fistules vésico-vaginales obstétricales. A propos de 114 cas, Progrès en Urologie* (2001), 11, 103-108.

¹⁸³ République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé, Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), UNFPA, Juillet 2006, *Rapport sur l'estimation de l'ampleur et des besoins des fistules urogénitales en RDC*, Kinshasa.

¹⁸⁴ Interview de Suzanne Konaté, UNDP Sénégal, 15/08/2007.

Contexte et facteurs d'influence économiques, sociaux, culturels, historiques

La fistule était jadis une affection courante dans le monde entier, mais elle a été éliminée de régions comme l'Europe et l'Amérique du Nord où le suivi sanitaire des grossesses et des accouchements est efficace. Actuellement, les fistules touchent des millions de femmes dans les pays en développement, principalement en Afrique sub-saharienne rurale et en Asie du Sud-est. Les fistules sont également fréquentes au Maghreb, où elles demeurent un véritable problème de santé publique, en particulier dans les régions rurales.¹⁸⁵

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 2 millions de femmes et de filles, certaines n'ayant parfois pas plus de 12 ans, souffrent de la fistule dans les pays en développement. 50 000 à 100 000 nouveaux cas se présentent chaque année. Ces données sont probablement largement inférieures à la réalité parce qu'elles se réfèrent aux femmes qui cherchent un traitement dans les hôpitaux et les dispensaires et ne prennent pas en compte les nombreuses femmes qui n'ont jamais recours aux soins.¹⁸⁶

Les fistules obstétricales surviennent le plus souvent lorsque la mère n'a pu bénéficier d'une césarienne lors d'accouchements difficiles. Parfois, c'est la mort qui s'ensuit. Le bébé meurt dans la plupart des cas.¹⁸⁷

Les fistules peuvent être également la conséquence d'une agression sexuelle violente donnant lieu à une blessure gynécologique grave. Dans certaines zones instables ou de conflit, les femmes et les jeunes filles souffrant de fistules génitales traumatiques sont nombreuses,

comme c'est le cas par exemple à l'est de la RDC, plus particulièrement au Sud et Nord Kivu, au Maniema et dans la Province Orientale. Dans ces régions, les femmes sont soumises à de véritables tortures: elles sont violées, puis leurs agresseurs introduisent dans leur vagin des objets tels que clous, morceaux de bois, fusils, etc. A la clinique de Maternité Sans Risque de Kindu, entre mars 2003 et août 2005, 24.500 cas de viols ont été enregistrés, et, parmi ces victimes, 6.000 souffraient de fistules traumatiques.¹⁸⁸

Par ailleurs, des pratiques traditionnelles nuisibles augmentent les risques de fistules. Les MGF peuvent causer des lésions dans la vessie ou l'urètre pouvant être à l'origine de fistules. De plus, les cicatrices consécutives aux mutilations peuvent rendre la dilatation du vagin difficile et compliquent l'accouchement.¹⁸⁹

Les fistules obstétricales peuvent parfois être la conséquence d'un avortement non sécurisé, d'une complication chirurgicale, de cancers gynécologiques et/ou conséquence d'une radiothérapie.¹⁹⁰

Les fistules peuvent se produire à n'importe quel âge, mais elles ont lieu le plus souvent chez les jeunes femmes dont le pelvis n'est pas entièrement développé. En effet, dans de nombreuses zones rurales, les filles sont données en mariage dès leurs premières règles - entre 10 et 15 ans - ou avant le début du cycle menstruel, ce qui augmente le risque de grossesses précoces et d'accouchement prolongé. La pratique du mariage forcé est très répandue au Mali, au Sénégal et en RDC. En cas de grossesses précoces, il en résulte une disproportion marquée entre la tête du bébé et le bassin de la mère, encore trop étroit pour laisser passer le bébé, ce qui fait augmenter sensiblement le risque d'accouchement prolongé et donc de fistule. A ce sujet, notons que le Président de la République du Sénégal a donné des instructions à la justice et au Ministère de l'Intérieur pour le respect de l'âge légal au mariage fixé à 16 ans pour la fille.

¹⁸⁵ Les données statistiques concernant l'ampleur de cette affection sont difficiles à déterminer avec certitude compte tenu de l'absence d'enquête épidémiologique multicentrique. Au service d'urologie B de l'hôpital Avicenne de Rabat au Maroc, à la lumière d'une série de 114 cas (1989-1998), on retrouve une incidence de 11,4 nouveaux cas par an. L'étiologie obstétricale est dominante (90%). Said Moudouni et al., op. cit.

¹⁸⁶ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, <http://www.who.int/whr/2005/chapter4/fr/index1.html>

¹⁸⁷ UNFPA, *En finir avec la souffrance muette*, brochure. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/401_filename_fistula-brochure-fre.pdf

¹⁸⁸ Voir le documentaire de Khalil Gueye, "Les âmes brisées - dans l'enfer des viols des femmes, des filles et des petites filles en RDC".

¹⁸⁹ MSF, Plus de cinq millions de femmes dans nos salles d'attente aussi fortes que vulnérables, Les fistules obstétricales, <http://www.msf.be/fr/femmesante/fistules.htm>

¹⁹⁰ Solange Beatrice Kouo Epa, *Que faire pour la fistule obstétricale*, exposé lors du colloque « Les droits reproductifs, état de la question » organisé par la Commission Femmes et Développement, le 25/05/2007 à Bruxelles.

Il s'avère que la plupart des femmes atteintes de la fistule sont pauvres. Elles le sont souvent déjà avant la maladie qui ne fait qu'augmenter leur précarité économique. En effet, beaucoup sont abandonnées par leur mari ou partenaire, mises à l'écart par leur famille et la communauté: elles se retrouvent seules à gagner leur vie et elles n'ont parfois pas d'autre choix que de se prostituer. Souvent, elles n'ont pas les moyens pour payer l'opération de réparation.

Une mauvaise alimentation avant et pendant une grossesse peut contribuer également de diverses façons à la mauvaise santé de la mère, à des problèmes obstétricaux et à des issues défavorables de la grossesse, dont la fistule.

Les femmes atteintes d'une fistule sont généralement sans instruction. Au Mali 66% des femmes qui accouchent à domicile n'ont reçu aucune éducation. Elles n'ont pas un accès facile à des services de planification familiale et à des soins prénatals appropriés: elles ne sont donc pas toujours informées des états morbides que peut entraîner un accouchement difficile ou ne savent pas où aller chercher des soins en cas de complications.

Le niveau d'instruction du conjoint, de la famille et de la communauté détermine également l'attitude envers les femmes atteintes de fistule, notamment de rejet/abandon/indifférence ou d'acceptation. Par exemple, en RDC, chez les personnes peu instruites, la fistule est généralement considérée comme étant la conséquence d'un mauvais comportement de la malade, à savoir le résultat d'une punition à la suite d'une infidélité ou d'un acte de sorcellerie; elle est également perçue comme le fait malveillant des sorciers et la femme fistuleuse devenait ainsi une victime de la sorcellerie. La fistule est considérée comme une maladie grave et incurable affectant les organes génitaux (si bien que la fistule devient un tabou, comme tous les faits concernant les organes génitaux); elle est aussi considérée comme une maladie honteuse. Dans les églises de réveil, la fistule est considérée comme une conséquence d'un mauvais sort mais curable après une prière de délivrance.¹⁹¹

Au Mali, la femme fistuleuse est considérée comme une impure. Elle est perçue comme inféconde et n'ayant aucune chance de fonder un foyer.¹⁹² Les divorces pour ces motifs sont fréquents et les familles de ces femmes, ignorant généralement qu'un traitement est possible, ne leur apportent aucun soutien.

Des normes sociales et culturelles discriminatoires contribuent à rendre encore plus difficile la recherche d'un traitement. Au Mali, les belles-mères et d'autres membres importants de la famille prennent les décisions relatives au lieu où une femme peut donner naissance et à ce qu'il faut faire si l'accouchement ne se déroule pas comme on l'espérait.¹⁹³ En d'autres pays, les femmes doivent obtenir la permission de leur mari ou de parents de sexe masculin pour voir un médecin.

Beaucoup de femmes atteintes d'une fistule ont donné naissance à la maison, ou dans des dispensaires non équipés, souvent sans la présence d'assistants compétents. Au Mali, 97% des accouchements se déroulent à domicile sans aucune assistance professionnelle.

Il s'avère parfois qu'il est très difficile dans les zones rurales de trouver accès aux soins prénatals précoces, à un accouchement médicalement assisté et aux soins obstétricaux d'urgence¹⁹⁴ à cause par exemple de la dégradation des structures sanitaires, du manque de personnel qualifié et d'équipements et de l'exode des médecins vers les villes. Le Mali, par exemple, dispose de seulement 30 médecins gynécologues accoucheurs pour 600 sages femmes, un nombre insuffisant de personnel qualifié.¹⁹⁵

De plus, un moyen de transport sans danger et fiable est souvent non seulement rare mais aussi trop coûteux pour les femmes pauvres et leurs familles. Au Mali, pour 85% des femmes vivant dans les zones rurales, l'hôpital le plus proche est situé à 30 km au moins.¹⁹⁶ Dans des pays en guerre comme la RDC l'insécurité généralisée sur les grands axes routiers rend difficile l'accès aux hôpitaux.

¹⁹¹ Programme National de Santé de la Reproduction et UNFPA, Juillet 2006, *Rapport sur l'estimation de l'ampleur et des besoins des fistules urogénitales en RDC*, Kinshasa.

¹⁹² *La France et le FNUAP au secours des femmes fistuleuses*, 23 Mai 2007, http://www.africone.com/article.php3?id_article=6661

¹⁹³ http://www.endfistula.org/docs/na_mali_fre.pdf

¹⁹⁴ http://www.endfistula.org/docs/na_mali_fre.pdf

¹⁹⁵ Amariko, *Fistule obstétricale, 100 femmes secourues par Inner Wheel*, <http://www.bamanet.net/actualite/print/3616.html>

¹⁹⁶ http://www.endfistula.org/docs/na_mali_fre.pdf

Pourtant, la fistule est curable et évitable. Selon le FNUAP, "avec des chirurgiens expérimentés, le taux de succès peut atteindre 90% et la plupart des femmes peuvent reprendre une vie normale". Malheureusement, beaucoup n'ont pas les moyens financiers de se faire traiter ou ne savent pas que les traitements existent.

Le manque de personnel qualifié empêche les femmes de bénéficier des soins opératoires et postopératoires dont elles pourraient avoir besoin. Actuellement, au Mali, seulement sept médecins sont capables d'opérer les femmes de la fistule ; puisqu'une seule salle d'opération est disponible pour tout l'hôpital du Point G à Bamako, il est très difficile aux urologues de répondre à la demande.

Dans les 101 structures sanitaires des provinces ayant fait l'objet d'une enquête par le PNSR en RDC en 2005, seulement 4 médecins étaient en mesure de prendre en charge les femmes fistuleuses.¹⁹⁷ Une "Fistula-Clinic" est en train de se développer au sein de l'Hôpital St Joseph à Kinshasa grâce au soutien de l'ONG belge "Médecins sans Vacances" et de l'ASBL "Fistul-Aid".¹⁹⁸

Cependant, le coût de l'opération ainsi que des simples dépenses comme la nourriture à l'hôpital et le logement des membres de leur famille est souvent très supérieur aux moyens de la plupart des patientes.



Contributions de la société civile

Les organisations de femmes s'occupant spécifiquement des fistules sont peu nombreuses. Il s'agit plutôt d'associations travaillant dans le cadre plus général de la santé.

Les projets d'appui aux femmes fistuleuses se déroulent notamment autour de trois volets : préventif, curatif, de suivi et d'aide à la réinsertion.

La plupart des activités de prévention sont menées par des organisations de femmes travaillant dans le domaine de la maternité sans risques, du planning familial et de l'éducation à la santé reproductive.

Les activités d'IEC ont pour but de faire passer l'information sur la fistule, sous des formes variées (causeries, pièces de théâtre, diffusions de vidéos, émissions radios, etc.). Elles s'adressent à différents publics : les sages-femmes traditionnelles, le personnel des centres de santé, les groupes de femmes en âge de procréer et plus âgées, les hommes. La sensibilisation des hommes est essentielle car souvent les femmes ont besoin de l'autorisation de leur mari pour se rendre à une consultation prénatale. La sensibilisation des parents aux problèmes des mariages précoces est également importante dans des pays, comme le Mali ou le Sénégal, où la pratique est très diffusée.

Le volet curatif est développé surtout par des centres hospitaliers spécialisés dans le traitement de la fistule, par exemple l'hôpital du Point G à Bamako au Mali et l'hôpital St Joseph à Kinshasa en RDC. Certaines organisations de femmes s'engagent dans la formation du personnel des centres de soins au traitement de la fistule : en 2005 l'ONG Iamaneh-Mali, par exemple, a formé du personnel d'un centre de soins de Ségou au traitement de la fistule.¹⁹⁹

¹⁹⁷ Programme National de Santé de la Reproduction et UNFPA, Juillet 2006, *Rapport sur l'estimation de l'ampleur et des besoins des fistules urogénitales en RDC*, Kinshasa, p. 24.

¹⁹⁸ L'asbl « Fistul-Aid » est née en Mars 2006. « Médecins sans Vacances » a apporté une aide importante pour améliorer le matériel de salle d'opération de l'Hôpital St Joseph et continue à organiser les missions chirurgicales. Au cours de chaque mission non seulement des interventions chirurgicales sont effectuées mais aussi un enseignement théorique et pratique est donné.

¹⁹⁹ Iamaneh-Mali, <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Mali/Iamaneh/Iamaneh.html>

Les organisations, souvent subventionnées par les organisations internationales, en particulier par l'UNFPA dans le cadre de la Campagne mondiale pour éliminer les fistules, prennent en charge la quasi totalité des frais de transport et des dépenses médicales pour les femmes atteintes de fistules, dont la plupart, issues de zones rurales, doivent se rendre en ville, où se trouvent les hôpitaux qui peuvent traiter la fistule. Ces femmes arrivent souvent seules en ville, pour une hospitalisation qui peut durer jusqu'à trois semaines, et les associations les accueillent, les soutiennent et leur fournissent un lit et des repas. Les organisations essaient également de démarrer des activités génératrices de revenus pour permettre aux femmes, une fois opérées, de gagner leur vie.

Toutefois, le peu d'organisations impliquées n'ont ni les moyens techniques ni les capacités financières pour s'occuper de tous ces différents volets. En outre, il s'agit souvent d'organisations qui ne s'occupent pas seulement de la problématique de la fistule mais aussi d'autres questions liées à la maternité sans risques, ce qui réduit encore les moyens à disposition.

La campagne de l'UNFPA pour éliminer les fistules a cependant permis de sensibiliser l'opinion publique internationale, de susciter une attention politique accrue à la fistule et par conséquent de mobiliser plus de ressources destinées aux associations impliquées. ■



Recommandations²⁰⁰

Les problèmes engendrés par les fistules sont multiples et divers et nécessitent une réponse intégrée, qui devrait être élaborée à partir d'une perspective de genre. En effet, les femmes atteintes de la fistule ont besoin d'avoir accès en même temps à des soins de santé appropriés, à un soutien psychologique, à un appui socio-économique (certaines d'entre elles, en particulier celles qui ont vécu pendant des années avec cette affection et qui ont été isolées ou abandonnées par leur mari, la famille et la communauté).

Cette réponse devrait également se pencher sur les causes profondes du problème afin de l'éradiquer définitivement : il s'agit de différentes formes de discrimination dont ces femmes sont victimes, parmi tant d'autres dont le manque d'accès aux services de santé maternelle, la pauvreté, la malnutrition, l'ignorance, etc. Pour cette raison, tout programme visant à lutter contre la fistule devrait non seulement répondre aux besoins immédiats et concrets des femmes malades ; mais il devrait soutenir, en synergie avec les autres programmes de développement, toute action visant à mettre fin aux différentes formes de discrimination à l'égard des femmes.

A partir de cette analyse, nous formulons les recommandations suivantes pour le développement des stratégies de lutte contre la fistule.

- Adopter des mesures de prévention primaire nécessaires pour éviter les facteurs de risque de la fistule. Notamment, garantir l'accès à des services de planification familiale, aborder la question des barrières culturelles et traditionnelles, notamment l'autorisation du mari, de la famille ou de la communauté pour l'accès de la femme aux soins de santé maternelle et aux soins obstétricaux d'urgence ; combattre les pratiques néfastes à la femme (MGF et mariage précoce en particulier).
- Mettre au point une stratégie d'Information, éducation et communication (IEC) sur les causes et conséquences des fistules, à travers différents canaux de communication, auprès de toute la population, afin que la fistule soit considérée comme un problème de santé publique, que les solutions soient connues, et que la stigmatisation se transforme en protection. Informer sur l'importance des soins prénatals précoces, d'un accouchement médicalement assisté, et sur les signes et symptômes de complications de la grossesse et de l'accouchement.
- Mettre en place un comité national de lutte contre la fistule qui puisse recueillir les données chiffrées sur la prévalence et l'incidence des fistules dans les pays concernés. Sur cette base, développer des programmes de lutte contre la fistule obstétricale au niveau national dans le cadre général des politiques d'amélioration des services de santé maternelle et de l'enfant.
- Donner des indicateurs clairs, à utiliser pour l'évaluation des succès et des échecs de la mise en œuvre des programmes.
- S'assurer que toutes les femmes souffrant de fistule aient accès à des services de traitement et réparation ainsi qu'un appui psychosocial, et, si nécessaire, à des activités de formation et/ou génératrices de revenus.

²⁰⁰ Pour des recommandations plus générales, qui complètent celles spécifiques à ce thème, voir page 63.

- Développer des centres spécialisés dans les services d'urologie ou obstétrique des hôpitaux généraux ou des maternités ; des unités satellites de réparation de la fistule ; et des équipes nationales mobiles ; former, à court et à long terme, des chirurgien-ne-s et infirmier-ère-s expert-e-s qui soient capables de traiter correctement une fistule simple.



Quelques recommandations générales

Outre les recommandations thématiques énoncées dans les chapitres qui précèdent, il nous semble essentiel que les structures gouvernementales et non gouvernementales mettent en œuvre les recommandations générales suivantes :

- Œuvrer à éliminer toute forme de discrimination à l'égard des femmes ; favoriser et soutenir la lutte contre toute forme de violence à l'égard des femmes et contre toute forme de pratique néfaste qui les affecte.
- Veiller à l'élimination des pratiques discriminatoires dans les structures publiques de soins de santé, notamment l'exigence du consentement du conjoint pour l'accès à ces services.
- Assurer l'accès aux services et à l'information en matière de planification familiale à toutes les femmes et à toutes les adolescentes en âge de procréer.
- Veiller à la formation adéquate et à l'éducation continue de tous les prestataires de services de santé, notamment des prestataires en santé primaire, en matière de droits reproductifs et sexuels, de santé maternelle et de planification familiale.
- Promouvoir l'éducation, l'amélioration du statut économique, et l'*empowerment* des filles et des femmes, afin d'accroître leur autonomie.
- Poursuivre le plaidoyer et le lobbying pour la ratification du Protocole de Maputo, et, une fois le protocole ratifié par un pays, pour l'adoption d'une législation adaptée.
- Planifier et mettre sur pieds des modules de formation sur le contenu et l'utilisation des instruments juridiques internationaux en matière de droits humains, de droits des femmes et de droits des enfants ; inciter fortement les ONG locales ainsi que les OSI à inclure ces modules dans tous les programmes de développement social intégré.
- Etablir une concertation nationale et sous-régionale entre les représentant-e-s des ONG, des OSI, des Ministères concernés, des services de coopération bilatérale et des agences multilatérales des Nations Unies, pour échanger sur les bonnes pratiques, mutualiser et dupliquer les actions innovantes.
- La diplomatie belge doit soutenir, dans toutes les institutions et forums européens et internationaux, les droits sexuels et reproductifs, tels que définis dans la CIPD.



Annexe :

Instruments juridiques internationaux et glossaire

Cette annexe reprend les divers instruments juridiques étudiés par le groupe de travail, des informations sur leur ratification par les sept pays repris dans cette brochure, ainsi qu'un glossaire de termes juridiques et une liste des acronymes utilisés dans la brochure. Les textes sont repris sur le CD-Rom qui accompagne la brochure.²⁰¹

1• Instruments juridiques internationaux pris en compte

	Date d'adoption	Date d'entrée en vigueur
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants	30/09/1921	28/06/1922
Convention relative à l'esclavage	25/09/1926	09/03/1927
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre	12/08/1949	21/10/1950
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui	02/12/1949	25/07/1951
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité	28/06/1952	07/09/1955
Protocole amendant la Convention relative à l'esclavage	23/10/1953	07/12/1953
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage, de la traite des esclaves et des institutions et pratiques analogues à l'esclavage	30/04/1956	30/04/1957
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale	21/12/1965	04/01/1969

²⁰¹ Le CD-Rom reprend les textes juridiques internationaux dans les langues utilisées par les organismes dont ils sont issus.

	Date d'adoption	Date d'entrée en vigueur
Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)	16/12/1966	03/01/1976
Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)	16/12/1966	23/03/1976
Premier protocole facultatif se rapportant au PIDCP (PIDCP-OP1)	16/12/1966	23/03/1976
Convention sur l'élimination et la répression du crime de l'apartheid	30/11/1973	18/07/1976
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile	08/06/1977	07/12/1978
Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination envers les femmes (CEDAW)	18/12/1979	03/09/1981
Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CAT)	10/12/1984	26/06/1987
Convention relative aux droits de l'enfant (CRC)	20/11/1989	02/09/1990
Deuxième protocole facultatif se rapportant au PIDCP (PIDCP-OP2-DP)	15/12/1989	
Statut de Rome	17/06/1998	01/07/2002
Protocole CEDAW	10/12/1999	22/12/2000
Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés (CRC OP – AC)	25/05/2000	12/02/2002
Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants (CRC OP – SC)	25/05/2000	18/01/2002
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité	15/06/2000	07/02/2002

	Date d'adoption	Date d'entrée en vigueur
Convention contre le crime transnational organisé	15/11/2000	29/09/2003
Protocole additionnel contre la criminalité organisée	15/11/2000	
Droit européen		
Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales	04/11/1950	03/09/1953
Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	26/11/1987	01/02/1989
Directive 92/85/CEE amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail	19/10/1992	19/10/1992
Résolution du Parlement européen sur la traite des êtres humains	18/01/1996	
Résolution du Parlement européen sur la communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen " Pour des nouvelles actions dans le domaine de la lutte contre la traite des femmes " (rapport SORENSEN)	19/05/2000	
Décision cadre 2002/629/JAI du Conseil de l'Europe relative à la lutte contre la traite des êtres humains	19/07/2002	
Règlement n° 1567/2003 du Parlement européen et du Conseil en matière de santé génésique et sexuelle	15/07/2003	
Directive 2004/113/CEE en matière d'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services	13/12/2004	
Convention du Conseil d'Europe relative à la lutte contre la traite des êtres humains	16/05/2005	01/02/2008

	Date d'adoption	Date d'entrée en vigueur
Droit américain		
Convention interaméricaine sur la concession de droits civils à la femme	02/05/1948	17/03/1949
Convention interaméricaine sur la concession de droits politiques à la femme	02/05/1948	17/03/1949
Convention américaine relative aux droits de l'homme	22/11/1969	18/07/1978
Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture	09/12/1985	28/02/1997
Protocole supplémentaire à la Convention américaine sur les droits de l'homme dans les domaines des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador)	17/11/1988	16/11/1999
Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará)	09/06/1994	05/03/1995
Droit africain		
Charte africaine des droits de l'homme et des peuples	27/06/1981	21/10/1986
Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant	07/1990	29/11/1999
Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme (Protocole de Maputo)	11/06/2003	26/10/2005



	Date d'adoption	Date d'entrée en vigueur
Déclarations et résolutions non contraignantes		
Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé	14/12/1974	
Déclaration de l'Assemblée générale des NU sur l'élimination de la violence contre les femmes	20/12/1993	
Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), Programme d'action, Le Caire	05-13/09/1994	
Quatrième conférence mondiale sur les femmes, Plate-forme d'action, Beijing	04-15/09/1995	
CIPD plus cinq	30/06-02/07/1999	
Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies sur les femmes et la paix	31/10/2000	
Beijing plus cinq	05-09/06/2000	
Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies d'engagement contre le VIH	27/06/2001	
Résolution 56/128 de l'Assemblée générale des Nations Unies portant sur les pratiques traditionnelles ou coutumières préjudiciables à la santé des femmes	19/12/2001	



2• Panorama pays par pays²⁰²

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
BELGIQUE		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	15/06/1922 (r)	15/06/1922
Convention relative à l'esclavage (1927)	23/09/1927 (r)	23/09/1927
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	03/09/1952 (r)	
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	22/06/1965 (a)	
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	X	X
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	13/12/1962 (r)	13/12/1962
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	07/08/1975 (r)	06/09/1975
PIDESC (1966)	21/04/1983 (r)	21/07/1983
PIDCP (1966)	21/04/1983 (r)	21/07/1983
PIDCP-OP1 (1966)	17/05/1994 (a)	17/08/1994
Convention contre l'apartheid (1973)	X	X
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	20/05/1986 (r)	
CEDAW (1979)	10/07/1985 (r)	09/08/1985
CAT (1984)	25/06/1999 (r)	25/07/1999
CRC (1989)	16/12/1991 (r)	15/01/1992
PIDCP-OP2-DP (1989)	08/12/1998 (r)	08/03/1999
Statut de Rome (1998)	28/06/2000 (r)	

²⁰² X signifie absence de signature, adhésion, ratification

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Protocole CEDAW (1999)	17/06/2004 (r)	17/09/2004
CRC OP – AC (2000)	06/05/2002 (r)	06/06/2002
CRC OP – SC (2000)	17/03/2006 (r)	17/04/2006
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	X	X
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	11/08/2004 (r)	11/09/2004
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	11/08/2004	11/09/2004
Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales (1950)	14/06/1955 (r)	14/06/1955
Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (1987)	23/07/1991 (r)	01/02/1989
Directive 92/85/CEE amélioration de la sécurité, 19/10/1992 et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (1992)		24/11/1992
Décision-cadre du Conseil de l'Europe 2002/629/JAI (2002)		01/08/2002
Règlement n° 1567/2003 santé généraliste et sexuelle (2003)		15/07/2003
Directive 2004/113/CEE égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services (2004)		13/12/2004
Convention du Conseil d'Europe relative à la lutte contre la traite des êtres humains (2005)	17/11/2005 (signature)	X



	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
BOLIVIE		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	X	X
Convention relative à l'esclavage (1927)	06/10/1983 (a)	06/10/1983
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	10/12/1976 (r)	
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	06/10/1983 (a)	
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	15/11/1973 (r)	15/11/1974
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	06/10/1983 (a)	06/10/1983
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	22/09/1970 (r)	22/10/1970
PIDESC (1966)	12/08/1982 (a)	12/11/1982
PIDCP (1966)	12/08/1982 (a)	12/11/1982
PIDCP-OP1 (1966)	12/08/1982 (a)	12/11/1982
Convention contre l'apartheid (1973)	06/10/1983 (a)	
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	08/12/1983 (r)	
CEDAW (1979)	08/06/1990 (r)	08/07/1990
CAT (1984)	12/04/1999 (r)	11/05/1999
CRC (1989)	26/06/1990 (r)	25/07/1990
PIDCP-OP2-DP (1989)	X	X
Statut de Rome (1998)	27/06/2002 (r)	
Protocole CEDAW (1999)	27/09/2000 (r)	22/12/2000
CRC OP – AC (2000)	22/12/2004 (a)	22/01/2005
CRC OP – SC (2000)	03/06/2003 (r)	03/07/2003

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	X	X
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	10/10/2005	10/11/2005
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	18/05/2006	18/06/2006
Convention interaméricaine sur la concession de droits civils à la femme (1948)	16/11/2001 (r)	16/11/2001
Convention interaméricaine sur la concession de droits politiques à la femme (1948)	16/11/2001 (r)	16/11/2001
Convention américaine relative aux droits de l'homme (1969)	19/07/1979 (a)	19/07/1979
Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture (1985)	26/08/2006 (r)	26/08/2006
Protocole de San Salvador (1988)	05/10/2006 (r)	05/10/2006
Convention de Belém do Pará (1994)	05/12/1994 (r)	22/12/1994



	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
EQUATEUR		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	X	X
Convention relative à l'esclavage (1927)	26/03/1928 (a)	26/03/1928
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	11/08/1954 (r)	
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	03/04/1979 (r)	
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	05/02/1962	05/02/1962
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	29/03/1960 (a)	29/03/1960
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	22/09/1966 (a)	04/01/1969
PIDESC (1966)	06/03/1969 (r)	03/01/1976
PIDCP (1966)	06/03/1969 (r)	23/03/1976
PIDCP-OP1 (1966)	23/02/1993 (a)	23/03/1976
Convention contre l'apartheid (1973)	12/05/1975 (r)	
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	10/04/1979 (r)	
CEDAW (1979)	09/11/1981	09/12/1981
CAT (1984)	30/03/1988 (r)	29/04/1988
CRC (1989)	23/03/1990 (r)	02/09/1990
PIDCP-OP2-DP (1989)	23/02/1993 (a)	23/05/1993
Statut de Rome (1998)	05/02/2002 (r)	
Protocole CEDAW (1999)	05/02/2002 (r)	05/05/2002
CRC OP – AC (2000)	07/06/2004 (r)	07/07/2004
CRC OP – SC (2000)	30/01/2004 (r)	29/02/2004

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	X	X
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	17/09/2002 (r)	29/09/2003
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	17/09/2002 (r)	17/10/2002
Convention interaméricaine sur la concession de droits civils à la femme (1948)	03/12/1948 (r)	03/12/1948
Convention interaméricaine sur la concession de droits politiques à la femme (1948)	03/12/1948 (r)	03/12/1948
Convention américaine relative aux droits de l'homme (1969)	21/10/1977 (r)	27/10/1977
Convention interaméricaine pour la prévention et la répression de la torture (1985)	30/09/1999 (r)	30/10/1999
Protocole de San Salvador (1988)	25/03/1993 (r)	25/03/1993
Convention de Belém do Pará (1994)	15/09/1995	28/09/1995



	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
MALI		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	X	X
Convention relative à l'esclavage (1927)	02/02/1973 (s)	02/02/1973
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	24/05/1965 (r)	
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	23/12/1964 (a)	
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	X	X
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	02/02/1973 (s)	02/02/1973
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	X	X
PIDESC (1966)	16/07/1974 (a)	03/01/1976
PIDCP (1966)	16/07/1974 (a)	23/03/1976
PIDCP-OP1 (1966)	24/10/2001 (a)	24/01/2002
Convention contre l'apartheid (1973)	19/08/1977 (a)	
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	08/02/1989 (r)	
CEDAW (1979)	10/09/1985 (r)	10/10/1985
CAT (1984)	26/02/1999 (a)	28/03/1999
CRC (1989)	20/09/1990 (r)	20/09/1990
PIDCP-OP2-DP (1989)	X	X
Statut de Rome (1998)	16/08/2000 (r)	
Protocole CEDAW (1999)	05/12/2000 (a)	22/12/2000
CRC OP – AC (2000)	16/05/2002 (r)	16/06/2002
CRC OP – SC (2000)	16/05/2002 (a)	16/06/2002

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	X	X
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	12/04/2002 (r)	12/05/2002
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	12/04/2002 (r)	
Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981)	21/12/1981 (r)	
Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant (1990)	03/06/1998 (r)	X
Protocole de Maputo (2003)	13/01/2005 (r)	X



	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
MAROC		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	X	X
Convention relative à l'esclavage (1927)	11/05/1959 (s)	11/05/1959
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	26/07/1956 (r)	26/01/1957
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	17/08/1973 (a)	15/11/1973
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	X	X
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	11/05/1959 (a)	11/05/1959
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	18/12/1970 (r)	17/01/1971
PIDESC (1966)	03/05/1979 (r)	03/08/1979
PIDCP (1966)	03/05/1979 (r)	03/08/1979
PIDCP-OP1 (1966)	Procédure en cours	
Convention contre l'apartheid (1973)	X	X
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	X	X
CEDAW (1979)	21/06/1993 (a)	21/07/1993
CAT (1984)	21/06/1993 (r)	21/07/1993
CRC (1989)	21/06/1993 (r)	21/07/1993
PIDCP-OP2-DP (1989)	X	X
Statut de Rome (1998)	08/09/2000 (s)	X
Protocole CEDAW (1999)	Procédure en cours	
CRC OP – AC (2000)	22/05/2002 (r)	22/06/2002
CRC OP – SC (2000)	02/10/2001 (r)	18/01/2002

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	Procédure en cours	
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	19/09/2002 (r)	29/09/2003
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	Procédure en cours	
Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981)	X	X
Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant (1990)	X	X
Protocole de Maputo (2003)	X	X



	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
RDC		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	X	X
Convention relative à l'esclavage (1927)	X	X
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	24/02/1961 (r)	
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	X	X
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	X	X
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	28/02/1975 (a)	28/02/1975
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	11/07/1978 (a)	X
PIDESC (1966)	01/11/1976 (a)	01/02/1977
PIDCP (1966)	01/11/1976 (a)	01/02/1977
PIDCP-OP1 (1966)	01/11/1976 (a)	01/02/1977
Convention contre l'apartheid (1973)	11/07/1978 (a)	
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	12/12/2002 (r)	
CEDAW (1979)	17/10/1986 (r)	16/11/1986
CAT (1984)	18/03/1996 (r)	17/04/1996
CRC (1989)	20/03/1990 (r)	27/09/1990
PIDCP-OP2-DP (1989)	X	X
Statut de Rome (1998)	11/04/2002 (r)	
Protocole CEDAW (1999)	X	X
CRC OP – AC (2000)	11/11/2001 (r)	12/02/2002
CRC OP – SC (2000)	11/11/2001 (a)	18/01/2002

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	X	X
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	28/10/2005 (a)	28/11/2005
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	28/10/2005 (a)	28/11/2005
Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981)	20/07/1987 (r)	X
Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant (1990)	X	X
Protocole de Maputo (2003)	05/12/2003 (s)	X



	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
SENEGAL		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	X	X
Convention relative à l'esclavage (1927)	02/05/1963 (s)	02/05/1963
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	18/05/1963 (r)	
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	19/07/1979 (a)	
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	X	X
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	19/07/1979 (a)	19/07/1979
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	19/04/1972 (r)	19/05/1972
PIDESC (1966)	13/02/1978 (r)	13/05/1978
PIDCP (1966)	13/02/1978 (r)	13/05/1978
PIDCP-OP1 (1966)	13/02/1978 (r)	13/05/1978
Convention contre l'apartheid (1973)		
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	07/05/1985 (r)	
CEDAW (1979)	05/02/1985 (r)	07/03/1985
CAT (1984)	21/08/1986 (r)	26/06/1987
CRC (1989)	31/07/1990 (r)	02/09/1990
PIDCP-OP2-DP (1989)	X	X
Statut de Rome (1998)	02/02/1999 (r)	
Protocole CEDAW (1999)	26/05/2000 (r)	22/12/2000
CRC OP – AC (2000)	03/03/2004 (r)	03/04/2004
CRC OP – SC (2000)	05/11/2003 (r)	05/12/2003

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	X	X
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	27/10/2003 (r)	27/11/2003
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	27/10/2003 (r)	27/11/2003
Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981)	13/08/1982 (r)	
Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant (1990)	29/09/1998 (r)	
Protocole de Maputo (2003)	27/12/2004 (r)	X



	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
VIETNAM		
Convention internationale pour la suppression de la traite des femmes et des enfants (1921)	X	X
Convention relative à l'esclavage (1927)	X	X
IVème Convention de Genève sur la protection des civils en temps de guerre (1949)	28/06/1957 (r)	
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)	X	X
Convention n°103 de l'OIT relative à la protection de la maternité (1955)	X	X
Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage (1956)	X	X
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)	09/06/1982 (a)	09/07/1982
PIDESC (1966)	24/09/1982 (a)	24/12/1982
PIDCP (1966)	24/09/1982 (a)	24/12/1982
PIDCP-OP1 (1966)	X	X
Convention contre l'apartheid (1973)	09/06/1981 (a)	
Protocole II aux Conventions de Genève sur la protection des civils en cas de guerre civile (1977)	X	X
CEDAW (1979)	17/02/1982 (r)	19/03/1982
CAT (1984)	X	X
CRC (1989)	28/02/1990 (r)	02/09/1990
Statut de Rome (1998)	X	X
Protocole CEDAW (1999)	X	X
CRC OP – AC (2000)	20/12/2001 (r)	12/02/2002
CRC OP – SC (2000)	20/12/2001 (r)	18/01/2002

	Date de ratification (r)/ adhésion (a)/succession (s)	Date d'entrée en vigueur
Convention n°183 de l'OIT relative à la protection de la maternité (2000)	X	X
Convention contre le crime transnational organisé (2000)	13/12/2000 (signature)	X
Protocole additionnel contre la criminalité organisée (2000)	X	X



3 • Glossaire

DROIT INTERNATIONAL

Termes relatifs aux formalités se rapportant aux traités

Signature

Procédure suivant laquelle le représentant officiel d'un pays signe une convention ou un pacte afin d'indiquer que son pays entend procéder à sa ratification formelle.

Ratification

La ratification désigne l'acte international par lequel un État indique son consentement à être lié par un traité, si telle est la manière dont les parties au traité ont décidé d'exprimer leur consentement.

Adhésion

L'adhésion est l'acte par lequel un État qui n'a pas signé un traité exprime son consentement à devenir partie à ce traité en déposant un "instrument d'adhésion". L'adhésion a le même effet juridique que la ratification. L'adhésion est généralement employée par les États qui souhaitent exprimer leur consentement à être lié après l'expiration du délai prévu pour la signature. Cependant, de nombreux traités multilatéraux disposent désormais que l'adhésion est également possible dans la période à laquelle le traité est ouvert à la signature.

Succession

Un État peut également devenir partie à un traité par succession, c'est-à-dire en vertu d'une disposition spécifique du traité ou par une simple déclaration.

Réserve

Une réserve s'entend d'une déclaration faite par un État par laquelle il vise à exclure ou à modifier l'effet juridique de certaines dispositions du traité dans leur application à cet État. Une réserve permet à un État d'accepter un traité multilatéral dans son ensemble tout en lui donnant la possibilité de ne pas appliquer certaines dispositions auxquelles il ne veut pas se conformer.

Dépôt

Lorsqu'un traité a été conclu, les instruments écrits qui apportent la preuve formelle du consentement à être lié, ainsi que les réserves et les déclarations, sont remis à un dépositaire. Le dépositaire doit recevoir toutes notifications

et tous documents ayant trait au traité, en assurer la garde, examiner si toutes les formalités ont été remplies, enregistrer le traité et notifier aux parties tous les actes susceptibles de les intéresser.

Entrée en vigueur

Les dispositions du traité fixent normalement la date de l'entrée en vigueur. Si le traité ne spécifie pas de date, on présume que les signataires désirent le voir entrer en vigueur dès que tous les États participant à la négociation auront exprimé leur consentement à être liés par ce traité.

Termes variés pour désigner les instruments internationaux

Convention

Le terme "convention" peut avoir un sens générique ou un sens spécifique.

a "Convention" en tant que terme générique : Cet emploi générique du mot "convention" vise tous les accords internationaux, tout comme le mot "traité" utilisé au sens générique. Ce type de droit est aussi régulièrement appelé "droit conventionnel" par opposition aux autres sources de droit international comme le droit coutumier ou les principes généraux de droit international. Le terme générique de "convention" est synonyme du terme générique de "traité".

b "Convention" en tant que terme spécifique : Les conventions sont normalement ouvertes à la participation de la communauté internationale dans son ensemble ou à celle d'un grand nombre d'États. Les instruments négociés sous les auspices d'une organisation internationale sont habituellement intitulés "convention". On peut en dire autant des instruments adoptés par un organe d'une organisation internationale.

Charte

Le terme "charte" s'emploie pour des instruments qui ont un caractère particulièrement solennel, comme le traité constitutif d'une organisation internationale.

Pacte

Voir Convention

Protocole facultatif

Un accord international qui complète une convention ou un pacte en y ajoutant de nouveaux éléments ou de nouvelles exigences. Le

qualificatif " facultatif " souligne que les pays qui ont ratifié la convention originelle ne sont pas dans l'obligation formelle d'adhérer au protocole, bien qu'ils soient encouragés à le faire.

Déclaration

Le terme "déclaration" s'applique à divers instruments internationaux qui n'ont pas toujours un caractère contraignant. On choisit souvent cette qualification délibérément pour montrer que les parties entendent non pas créer des obligations contraignantes, mais seulement exprimer certaines aspirations.

Résolution

Les résolutions ont rarement une valeur obligatoire pour les Membres de l'Organisation, à moins qu'elles ne portent sur le fonctionnement de l'Organisation. En revanche, elles ont force obligatoire pour les organes de l'Organisation et, plus particulièrement, pour le Secrétariat général.

Sources :

Nations Unies, Collection des Traités,
<http://untreaty.un.org/French/guide.asp#charters>
 Gouvernement du Canada, Programme des droits de la personne :
http://www.pch.gc.ca/progs/pdp-hrp/inter/glossary_f.cfm

DROIT EUROPÉEN

Règlement

Adopté par le Conseil ensemble avec le Parlement ou par la Commission seule, le règlement est un acte général et obligatoire dans tous ses éléments. À la différence des directives qui sont adressées aux États membres et des décisions qui ont des destinataires bien déterminés, le règlement s'adresse à tous.

Il est directement applicable, c'est-à-dire qu'il crée du droit s'imposant immédiatement dans tous les États membres au même titre qu'une loi nationale, et sans aucune autre intervention de la part des autorités nationales.

Directive

Adoptée par le Conseil ensemble avec le Parlement ou par la Commission seule, la directive s'adresse aux États membres. Son principal objectif est de rapprocher les législations.

La directive lie les États membres en ce qui concerne le résultat à atteindre, mais leur laisse le choix de la forme et des moyens pour réaliser les objectifs communautaires dans le cadre de leur ordre juridique interne.

Si la directive n'est pas transposée dans la législation nationale par les États membres, ou si elle est transposée de façon incomplète ou avec retard, les justiciables peuvent invoquer directement la directive en question devant les tribunaux nationaux.

La décision et la décision-cadre (coopération policière et judiciaire en matière pénale)

La décision et la décision-cadre remplacent, depuis l'entrée en vigueur du traité d'Amsterdam, l'action commune dans le domaine de la coopération policière et judiciaire en matière pénale. Il s'agit d'instruments juridiques du titre VI du traité sur l'Union européenne qui sont de type intergouvernemental. La décision et la décision-cadre sont adoptées par le Conseil de l'Union européenne à l'unanimité sur l'initiative de la Commission ou d'un État membre.

* La décision-cadre lie les États membres quant au résultat à atteindre et laisse aux instances nationales la liberté de décider de la forme et des moyens pour les imposer (comme la directive dans le domaine communautaire).

* La décision est utilisée pour poursuivre tout objectif de coopération policière et judiciaire en matière pénale, à l'exclusion du rapprochement des dispositions législatives et réglementaires des États membres, réservé à la décision-cadre.

La résolution législative du Parlement européen

Le Parlement intervient à plusieurs reprises dans une même procédure législative (voir procédure de coopération et procédure de codécision): les documents adoptés par le Parlement à chaque phase de la procédure sont généralement des résolutions et peuvent contenir différents types d'actes comme des avis ou des amendements à la position commune du Conseil. Les procédures législatives sont attribuées, en fonction de la matière traitée, à une commission parlementaire qui prépare un rapport contenant un projet de résolution en vue de son adoption par l'assemblée générale.

Une résolution du Parlement ne revêt pas un caractère contraignant et ne peut pas faire naître une confiance légitime à ce que les institutions s'alignent sur celle-ci.

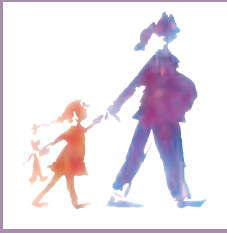
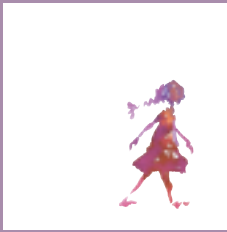
Source

EUR-Lex :
http://eur-lex.europa.eu/fr/droit_communautaire/droit_communautaire.htm#1.5.2.4

Annexe :

Liste des sigles, acronymes et abréviations

AIBF	Amnesty International Belgique Francophone
ASBL	Association sans but lucratif
CAT	Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
CCAEB	Conseil des femmes francophones de Belgique asbl
CE	Commission européenne
CDE (CRC)	Convention des Droits de l'Enfant (Convention on the Rights of the Child)
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1981), en français : CEDEF
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
CFD	Commission Femmes et Développement
CFFB	Conseil des femmes francophones de Belgique
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement (Caire 1994)
CTB	Coopération Technique Belge
DGCD	Direction Générale de la Coopération au Développement (Belgique)
EVF/EMP	Programme d'Education à la Vie Familiale et en Matière de Population (Sénégal)
FGM	Female Genitale Mutilations (voir aussi MGF)
FLCPF	Fédération laïque de centres de planning familial
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAMS	Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
ICRH	International Centre for Reproductive Health
IEC	Information Education Communication. (Programme ou action)
ILGA	International Lesbian and Gay Association
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infections sexuellement transmissibles
IUD	Intra-uterine device. Dispositif contraceptif intra-utérin (stérilet).
MGF	Mutilations génitales féminines
MSF	Médecins sans frontières
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSI	Organisation de solidarité internationale
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social (Mali)
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé (RDC)
SPF	Service Public Fédéral (Belgique)
SYPROS	Syndicat des professeurs du Sénégal
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNIFEM	Fonds de développement des Nations unies pour la femme
USAID	US Agency for International développement. Bureau de la Coopération au Développement (Etats-Unis)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



©Clarice



Commission Femmes et Développement
Rue des Petits Carmes 15
1000 Bruxelles
Belgique
Tél. +32 (0)2.501.44.43
E-mail : cvo-cfd@diplobel.fed.be
<http://www.dgcd.be>

