



HAL
open science

L'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes en Amérique latine: le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie

Virginie Rozée

► **To cite this version:**

Virginie Rozée. L'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes en Amérique latine: le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie. Sociologie. Université de la Sorbonne nouvelle - Paris III, 2006. Français. NNT: . tel-00548925

HAL Id: tel-00548925

<https://theses.hal.science/tel-00548925>

Submitted on 20 Dec 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PARIS III – SORBONNE NOUVELLE

Institut des Hautes Etudes de l'Amérique latine - IHEAL

N° attribué par la bibliothèque : L L L L L L L L L L

THESE

pour obtenir le grade de :

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS III
Discipline : Sociologie

Présentée et soutenue publiquement par :

Virginie ROZEE

**L'application de la Convention sur l'Élimination de
toutes les formes de Discrimination à l'Égard des
Femmes en Amérique Latine.**

Le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie.

Directeur de thèse :

Mme María Eugenia COSIO-ZAVALA
(Université de Paris X-Nanterre, CREDAL)

Mai 2006

à Vincent et Mathias

Remerciements

Ma gratitude va tout d'abord à toutes les patientes rencontrées dans les hôpitaux d'études pour avoir dialogué un moment avec moi, pour s'être parfois confiées, pour avoir raconté un peu de leur vie. Sans elles, sans leurs histoires, sans leurs expériences dévoilées et observées, je n'aurais pas pu mener à bien le travail de terrain.

Je remercie également tout le personnel des services étudiés pour leur amabilité et leur aide : les gardiens de l'hôpital d'El Alto, en particulier le Sargento Flores pour nos conversations et son enseignement patient de l'aymara ; les femmes de ménage, les auxiliaires d'infirmier et les infirmières pour leur collaboration, leur disponibilité et leur sympathie ; la Licenciada Shirley Vega qui m'a beaucoup aidée et appris ; les internes et les docteurs pour m'avoir orientée, expliqué les cas, et surtout pour leur humour et leur gentillesse.

Cette intégration au sein des hôpitaux n'aurait pas été possible sans l'autorisation du Docteur Jorge Ugarteche et du Docteur Johnny Gonzales ; sans la permission de la Doctoresse Demora et du Docteur Cossio R. Je les remercie sincèrement pour cette opportunité, clé pour l'étude et pour mon doctorat.

Je tiens aussi à remercier toutes les participantes des ateliers menés, qui, au-delà de leur timidité, ont fait preuve d'une motivation remarquable, et dont les problèmes qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne ne leur ont enlevé ni leur sourire ni leur bonne humeur. Merci à Maria Christina Zenteno qui m'a permis d'intégrer un bref temps la Fundación La Paz, et qui m'a fait confiance pour mener un atelier au sein de son institution. Merci également à Maria Miranda, amie sincère et collègue d'atelier (et parfois de peña), que j'ai suivie, et qui m'a aidée auprès des Manzaneras de Salud.

Un grand merci à toutes les personnes rencontrées, les intégrant et intégrant d'ONG, de la coopération, les actrices et acteurs du gouvernement et de la société civile organisée, les personnalités scientifiques qui m'ont offert un peu de leur temps, un temps parfois précieux dans une conjoncture si instable et difficile, qui m'ont transmis des informations et des savoirs clé pour l'étude. J'associe particulièrement à ces remerciements Lizbeth Vega pour nos nombreuses rencontres, Emma Donlan pour m'avoir fait découvrir le club de mères de Mallasa, Ineke Dibbits pour m'avoir accueillie au sein des réunions de REBOHUPAN, Lélis Villaroel pour m'avoir accompagnée tous les jours aux archives d'El Diario, endroit austère et froid, et Teresa Canaviri qui m'a accordé, avec le sourire et sans retenue, plus d'une heure d'entretien.

J'exprime toute ma gratitude à Sarah Arnez, ma « marâtre », pour ses qualités humaines et professionnelles (et festives !), pour m'avoir toujours soutenue, guidée et conseillée, notamment dans les moments difficiles, et surtout pour m'avoir raconté et fait découvrir El Alto et ses secrets comme personne, pour m'avoir transmis son amour pour cette ville et pour la Bolivie, pour m'avoir permis de participer à des événements pacéniens et alténiens politiques et culturels (et festifs !) exceptionnels.

Je dédie également une mention spéciale de remerciements à Susanna Rance, devenue un appui professionnel, personnel et amical sacré et indispensable, pour m'avoir communiqué son amour de la recherche, du respect des autres, pour son engagement dans mon travail, son attention, sa rigueur et son soutien, pour m'avoir si bien critiquée et motivée, et surtout pour avoir toujours été à mes côtés lors de ce long séjour bolivien.

Je voudrais également remercier de nombreuses personnes rencontrées et appréciées lors de mon périple latino-américain, des personnes qui m'ont guidée, orientée et fait découvrir un échantillon de la réalité féminine en Amérique Latine : Cristina Cacopardo et sa sœur, ainsi que Lucky, qui le temps d'un bref séjour argentin, m'ont accompagnée et m'ont transmis leurs savoirs et expériences ; Graciela Dufau, qui nous a depuis malheureusement quittés, pour son accueil, son sourire et sa gentillesse, pour m'avoir ouvert les portes du CLADEM-Uruguay et m'avoir fait découvrir autant de choses à Montevideo, et rencontrer autant de personnes ; Moriana Hernandez Valentini, pour le temps accordé, et pour avoir longuement partagé ses expériences et connaissances ; Néa Filgueira et Susana Rostagnol pour leurs conseils et leur sympathie ; et Claire Niset pour son hospitalité chez elle et à la Casa de la Mujer.

Je remercie aussi Thérèse Bouysse Cassagne pour son accueil chaleureux, tant professionnel que personnel, dans la capitale péruvienne, pour ses anecdotes, ses histoires et ses expériences racontées avec humour et passion.

Toute l'étude de terrain aurait été vaine sans la préparation théorique et bibliographique effectuée à Barcelone, au sein du Centro d'Estudis Demografics. J'envoie donc de grands remerciements à Barcelone, à toutes les intégrantes et intégrants du CED, en particulier à Ana Cabre pour son accueil, à Hermina, Joaquim et Soco pour leur aide, à Ainhoa, Taike, Candy et tous les autres compagnons pour les potins partagés, pour leur gentillesse, pour m'avoir supportée et appuyée durant six mois. Je tiens également à remercier Esperanza Tunón, et surtout Maria Do Carmo Fonseca, qui m'a toujours conseillée et orientée, qui m'a toujours fait confiance, qui m'a toujours appuyée, motivée et poussée.

Je suis redevable à de nombreuses personnalités scientifiques françaises : Pascal Handschumacher, par sa tendre gentillesse, pour m'avoir guidée dans le monde de la recherche, mais aussi pour avoir si bien participé à nos soirées festives de « jeuns », malgré son grand âge ; mon cher « papa » adoptif, Jean Vacher, qui a pris soin de moi durant tout mon séjour bolivien, qui m'a soutenue et aidée dans mon travail (et qui, de surplus, danse très bien le rock and roll) ; Guy Mazet pour avoir inspiré mon sujet d'étude et pour sa sympathie. Et enfin, toute ma gratitude va à Maria Eugenia Cosio Zavala qui a dirigé ce travail avec motivation, intérêt et gentillesse, qui m'a fait confiance tout au long du chemin, et qui m'a donné une grande marge de liberté dans la recherche et la méthodologie.

Bien sûr, ce long travail aurait été très difficile voire peut être impossible sans le support familial, affectif et amical.

Je remercie donc sincèrement « ma famille » bolivienne, la famille Lens Solares, à l'origine de mon amour pour la Bolivie, pour m'avoir si chaleureusement accueillie, pour m'avoir fait partager et découvrir les charmes et les difficultés de ce pays, pour m'avoir soutenue tant au niveau professionnel que personnel ; la famille Pando et la famille Del Villar, les tantes, les oncles, les cousins, les cousines, les grands parents... pour leur accueil, leur bonne humeur, et pour les tendres et joyeux moments partagés.

Je tiens à remercier mes chers parents, ma chère sœur et mon cher beau-frère pour m'avoir appuyée et soutenue, oh ! non sans difficultés !, pour avoir supporté mon absence (car apparemment c'était pas facile !). J'envoie de grands mercis à Mathias et Vincent, mes deux petits rayons de soleil, que j'ai à peine vus grandir, mais à qui je promets d'être, dans l'avenir, une tata exemplaire ; et à mes chats, Socrates et Malaga, que j'ai dû abandonner pendant mon long séjour en Bolivie, mais qui restent et qui resteront mes deux bébés. Je voudrais également remercier ma mamie, qui m'a indirectement poussée à terminer les études en me disant sans cesse « mais, tu n'vas tout de même pas étudier toute ta vie... il faut travailler ». Voilà mamie, c'est fait, j'ai fini ! Je remercie ma tata et mon parrain, deux êtres très chers, mais qui ne verront malheureusement pas la fin de ce long travail ; et Françoise qui m'a transmis cet amour, cet intérêt pour les autres, pour aider, qui m'a fait comprendre ce qu'était la « richesse de la pauvreté », et qui a réussi à survivre et surtout à s'intégrer dans notre auberge bolivienne.

Enfin, j'associe à ces remerciements affectifs et amicaux tous les compagnons de route, avec qui j'ai partagé des moments de détente, de joie, de fêtes et de bonne humeur, des moments plus intimes, plus confidentiels et parfois plus tristes, des moments également sérieux et d'entraide. Merci donc à Alexander, Malegria, Ram Jam, Johnny W. et Floricienta, des compagnons indispensables lors des moments de détente, à Elmo qui m'a fait voyager, et partager de bons moments. J'envoie de grands mercis au Mexique, en particulier à Pépé, Erick, Carlos, Carlos R., Leticia, Tita, pour les précieux moments catalans et parisiens partagés, à base, entre autres, de salsas endiablées, de tacos et de tapas...

J'envoie également de sincères remerciements en France, à mes douces amies d'enfance, Nadia, Aurélie et Mathilde C., ainsi qu'à Djamila et Virginie qui malgré les distances ont toujours été là, à mes côtés, avec « passion », « fidélité », humour et bonne humeur.

Et pour finir, mes remerciements se tournent vers la Bolivie : vers Fred S. et Christian pour m'avoir donné ces si belles photos ; vers Hortensia, ma « comadre », pour toute son aide, pour sa naïveté touchante, et surtout pour m'avoir choisie comme marraine, et vers ses deux enfants, Marcelo et Victor, mes deux amours de filleuls ; vers Fred qui m'a accompagnée (et supportée !) tout au long de ces voyages et de ce travail, avec qui j'ai parcouru un long bout de chemin et partagé des moments précieux, et à qui je dois beaucoup ; vers notre chère Sophie adorée, comptable et banquière pour certains, maîtresse pour d'autres, un support, une aide affective et studieuse précieuse, et une copine de débauche pour moi (j'en profite également pour remercier son papa, correcteur de thèse à ses heures perdues) ; vers Ramiro (notre « bonbon » pacénien) qui, pourtant, nous a abandonnés et s'est tourné vers le soleil espagnol ; vers Ludo, pour sa « bonne humeur », son « entrain », enfin... j'me comprends ! (hein Ludo !) ; vers Christophe à qui j'ai promis apporter des Caipiriñas à San Pedro (« Ah, quelle vie qu'on vit quand on vit la vie qu'on vit en Bolivie ») ; vers Napito, ma principale source affective locale, pour son soutien, sa compréhension et son tendre « cariño » ; vers Agnès et Céline (au passage, encore un parent embauché, merci maman Céline !), des colocataires « relumbrantes » (Ah bah bravo les filles, 20 sur 20, vive la France !) ; et enfin, mes remerciements se tournent vers Franz, Aurélien, Adrien, Eric, Claire, Karina, Sam, Mica et toutes les personnes de passage, pour tous les bons moments partagés et pour leur amitié (une mention spéciale aux colocs Auré et Adri pour leur passion commune du ménage et leur conception personnelle du rangement !).

Sommaire

Introduction	18
Chapitre I : « Cadre théorique »	25
INTRODUCTION	26
« LE MONDE DES FEMMES »	27
« On ne naît pas femme, on le devient »	27
La discrimination de genre : un fait de société universel	29
LE CONTEXTE INTERNATIONAL	34
La communauté internationale et les droits des femmes	34
Les intérêts d'une reconnaissance internationale	38
LE ROLE DE L'ETAT	39
Les engagements des Etats Parties de la CEDAW	40
Les engagements des Etats Parties relatifs aux droits reproductifs et sexuels	41
LE ROLE DE LA SOCIETE CIVILE	42
L'AMERIQUE LATINE ET LA BOLIVIE	44
L'Amérique Latine	44
La Bolivie	45
La Paz et El Alto	46
LES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS	48
Définitions	48
L'origine des droits reproductifs et sexuels selon Sandra Aliaga	51
Pourquoi les droits reproductifs et sexuels ?	52
Les conditions d'exercice des droits reproductifs et sexuels	55
LES GROSSESSES NON PLANIFIEES, NON DESIREES ET L' AUTONOMIE DES DECISIONS REPRODUCTIVES ET SEXUELLES	56
CONCLUSION	59

Chapitre II : « Méthodologie »	62
INTRODUCTION	63
LA RECHERCHE THEORIQUE	63
L'ETUDE DE TERRAIN PREALABLE	67
En Argentine	67
En Uruguay	68
Au Pérou	69
L'ETUDE DE TERRAIN EN BOLIVIE	70
Trois niveaux d'étude	70
Le niveau institutionnel (macro)	70
Le niveau intermédiaire	71
Le niveau social	71
L'étude du niveau institutionnel et intermédiaire	71
Les rencontres et entretiens	71
Les rencontres thématiques	73
Le milieu de la recherche	73
Le milieu politique et institutionnel	74
Le milieu médical	75
Le milieu de la mobilisation internationale	76
La société civile organisée	79
Les participations	84
La documentation	85
L'étude dans les hôpitaux	86
Le 'Dialogo de Saberes'	88
Les entretiens	90
Les observations	92
Les rapports aux directeurs	93
Les difficultés rencontrées	94
Les caractéristiques des patientes rencontrées	96
Le nombre de patientes rencontrées	96
Les caractéristiques générales des patientes rencontrées	96
<i>L'âge</i>	96
<i>La situation matrimoniale</i>	96

<i>Le niveau scolaire</i>	97
<i>Le lieu d'origine et lieu de résidence</i>	97
<i>Les caractéristiques socioculturelles</i>	97
<i>L'emploi</i>	97
<i>Les motifs d'hospitalisation</i>	97
<i>Le nombre d'enfants</i>	97
Les thèmes abordés	98
Les ateliers	98
Les ateliers organisés	99
Les ateliers à la Fundación La Paz	99
Les ateliers au sein des divers groupes des 'Manzaneras de Salud'	100
L'atelier au CIASE de Chasquipampa	101
Les caractéristiques des participant(e)s	102
CONCLUSION	103

Chapitre III : « La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDAW) »	105
LA DISCRIMINATION DE GENRE : UNE PREOCCUPATION DE LA COMMUNAUTE INTERNATIONALE	106
PRESENTATION DE LA CONVENTION	108
Approbation de la CEDAW	108
Description générale	108
Description du texte	110
La Première Partie : les dispositions générales	110
La Deuxième Partie : les dispositions relatives aux droits politiques	113
La Troisième Partie : les dispositions relatives aux droits économiques et sociaux	114
La Quatrième Partie : Les dispositions relatives aux droits civils et ceux de la famille	116
La Cinquième Partie : les dispositions relatives à l'application	117
La Sixième Partie : les dispositions relatives aux clauses finales	119
Le Protocole Facultatif	120
FORCES ET LIMITES DE LA CONVENTION	121
Les intérêts de la CEDAW	121
Les limites de la CEDAW	122

La violence, thème en suspens	122
Les réserves	124
L'impuissance et les inadéquations	125
ORGANISMES, INSTRUMENTS, EVENEMENTS POUR LA PROMOTION DES	
DROITS DES FEMMES	127
Les programmes, agences et commissions des Nations Unies	127
La société civile organisée	129
Les instruments internationaux	129
Les Conférences et Programmes d'Action	131
CONCLUSION : LA CONVENTION DANS L'ETUDE	132
Chapitre IV : « Egalité et Discrimination de genre en Amérique Latine »	135
LA CEDAW ET L'AMERIQUE LATINE	136
L'EGALITE DE DROIT	140
Mouvements et mobilisation des femmes	140
« Une tradition militante »	140
Les mouvements de femmes et la conscience de genre	143
Adoption de mesures légales pour l'égalité de genre	147
Intérêt croissant des Etats	147
L'égalité devant la loi	148
L'égalité d'opportunités dans l'éducation	152
L'égalité des chances et la protection des femmes dans le travail	152
La discrimination positive pour la représentation politique	154
La protection et la promotion de la santé maternelle	155
La condamnation de la violence	156
Contre le trafic des femmes	159
La création d'institutions	160
Persistance de certaines discriminations normatives	163
Les inégalités dans la norme persistent	163
L'inégalité non pénalisée	164
La famille et le mariage sous autorité masculine	165
Les limites du travail féminin	166
Une discrimination positive vaine	167

La santé reproductive et sexuelle sans droits	167
Les inadéquations de la violence	168
L'absence et l'inefficacité des mesures contre la prostitution	172
Des normes non contrôlées et de faible portée	172
L'EGALITE DE FAIT : LA REALITE SOCIALE	175
L'égalité de droit et l'égalité de fait	175
La Discrimination de fait	175
Les inégalités dans l'éducation	177
La place de la femme dans le domaine du travail	178
La place de la femme dans la vie publique	180
La mortalité maternelle	183
Le fléau de la violence de genre	185
Les stéréotypes socioculturels	186
Le machisme et l'Eglise Catholique	186
Confinées au domaine privé	188
La conception de la féminité et l'image de la femme dans la société latino américaine	190
La vulnérabilité de la femme latino-américaine	193
CONCLUSION : « L'EGALITE DES DROITS NE GARANTIT PAS L'ABSENCE DE DISCRIMINATION DANS LA PRATIQUE »	195

Chapitre V : « Des mesures politiques à la réalité sociale des femmes en

Bolivie »	198
INTRODUCTION	199
PRESENTATION DU PAYS	199
Présentation géographique	199
Présentation historico politique	201
Quelques détails historiques	201
Les prémices de la démocratie	202
Retour à la démocratie : les années 80	204
A partir de 1985	205
Les grandes réformes de seconde génération : les années 90	206
Présentation politique	208
Présentation économique	210

Présentation sociodémographique	213
Présentation culturelle	216
Diversité culturelle et ethnique	216
Les langues	218
La religion	218
Une reconnaissance culturelle discriminée	219
Les femmes et la culture	220
AVANCEES POLITIQUES ET SYMBOLIQUES	222
Le Cadre International	222
L'institutionnalisation du thème 'Genre'	225
L'introduction de la perspective de genre	225
Du Sous-secrétariat des Affaires de Genre au Vice Ministère de la Femme	226
Les autres instances gouvernementales	228
Les mécanismes d'intégration	230
La Loi de Participation Populaire	230
La Réforme Educative	231
Les dispositions légales	231
Les politiques spécialisées en matière de genre	232
Antécédents des politiques publiques de genre	232
Décret pour l'Égalité des Opportunités entre les Hommes et les Femmes (DS 24864)	233
Exemple de trois politiques gouvernementales dans le cadre de la Convention de la Femme	234
Le Plan National d'Équité de Genre	234
Le Programme de Réduction de la Pauvreté Relative à la Femme	235
Le Plan National de Prévention et d'Éradication de la Violence de Genre	236
ENTRE NORMES ET REALITE SOCIALE	238
La citoyenneté et le statut des femmes boliviennes	238
L'égalité homme-femme devant la loi	238
La nationalité et la citoyenneté	239
Le droit matrimonial et familial	239
L'éducation	241
L'analphabétisme	242
La couverture scolaire	242
La scolarité	244
L'éducation dans la famille	245

Les ateliers (l'éducation parallèle)	246
Le travail	247
L'égalité dans le travail	247
Les restrictions légales	247
Le travail des femmes	247
La non reconnaissance du travail féminin	251
La protection de la maternité	253
La titularité de la terre	254
La participation et la représentation sociales et politiques	256
La mobilisation sociale	256
La représentation et la participation dans le milieu politique	259
La loi	260
La participation des femmes aux diverses instances de pouvoir	261
<i>Le Pouvoir Législatif</i>	261
<i>Le Pouvoir Exécutif</i>	262
<i>Le Pouvoir Judiciaire</i>	262
<i>Le Pouvoir Municipal</i>	262
<i>Les partis politiques</i>	264
<i>Les syndicats</i>	264
La perversité de la Loi des Quotas	265
Les obstacles d'ordre culturel	266
La violence envers les femmes	270
Lois et ratifications	270
Avancées et failles du système	272
La violence, un fléau en Bolivie	274
La prostitution	277
CONCLUSION : LE DECALAGE ENTRE LA NORME ET LA REALITE SOCIALE ...	278
Etre une femme en Bolivie. La situation actuelle des femmes boliviennes	278
Une discrimination cumulative	279
La définition de la femme	281
Evaluation des avancées politiques	282
La vulnérabilité économique et sociale des femmes	286
Les patrons culturels	288

L'ignorance des droits	289
Chapitre VI : « Les droits reproductifs et sexuels en Bolivie (La Paz et El Alto) »	291
INTRODUCTION	292
LES AVANCEES POLITIQUES	292
Les années 80 : la décennie perdue en santé reproductive et sexuelle	292
Les années 90 ou l'Age d'or de la santé reproductive et sexuelle	297
Les premières politiques publiques et nationales spécialisées pour réduire la mortalité maternelle	298
Démocratisation et Mobilisation	299
Caire et Beijing	300
Post Caire	301
Création de Comités	302
La politique de santé reproductive et sexuelle aujourd'hui	303
L'organisation du système de santé	303
La décentralisation du système de santé	304
Les politiques spécialisées	306
Les Programmes de Santé Reproductive et Sexuelle	307
Le nouveau défi d'aujourd'hui : les mesures du Millénium	309
Les 'seguros' en santé reproductive et sexuelle	310
La planification familiale dans la politique	312
L'avortement dans la politique	314
L'avortement comme débat public et politique	315
Mobilisation de la société civile organisée	318
Reconnaissance des droits reproductifs et sexuels	322
Projet de Loi sur les droits reproductifs et sexuels	322
Conclusion	324
Les différentes évaluations	324
Des problèmes persistent	326
LA REALITE SOCIALE DE LA SANTE REPRODUCTIVE ET SEXUELLE	326
Les grossesses non planifiées et les grossesses non désirées	326
Le taux de fécondité	327
Les grossesses non planifiées	329
Les grossesses non désirées	331

La Planification Familiale	333
La demande en planification familiale	333
Les techniques utilisées	336
Connaissance et utilisation	337
Le recours à l'avortement	342
Qui avorte et pourquoi ?	343
Un phénomène social	345
L'avortement dangereux	346
La mortalité maternelle	348
La maternité sans risque	350
L'espacement des naissances	351
Le Contrôle Prénatal	351
L'accouchement sans risque	352
Le contrôle post natal	354
La mortalité infantile et 'fracasos'	353
LES BARRIERES POUR L'APPLICATION ET L'EXERCICE DES DROITS	
REPRODUCTIFS ET SEXUELS	357
Les barrières politiques	357
L'instabilité politique et administrative	357
La dépendance financière	358
Le manque de ressources économiques	359
Le désintérêt des gouvernements municipaux	359
La dépendance de la coopération internationale	360
La dépendance idéologique	361
La Règle d'Obstruction Globale	361
L'Eglise Catholique	363
Les barrières sociales	368
La condition socioéconomique des femmes	369
La pauvreté	369
L'éducation	371
Le machisme et la Madresposa	373
Le machisme	373
Etre mère : une expérience difficile	378
La « Madresposa »	379

La reproduction, une affaire de femmes	381
Les patrons culturels du comportement sexuel et reproductif	387
Les conceptions culturelles du corps, de la sexualité et de la reproduction	389
Mythes et peurs autour de la contraception moderne	390
La médecine traditionnelle	391
Les Barrières médicales	393
L'accès aux services de santé	394
L'accès économique	395
L'accès géographique	395
L'accès culturel	396
<i>Le choc culturel</i>	396
<i>La langue</i>	396
<i>Les médecins</i>	397
<i>La considération de la culture</i>	397
<i>La formation médicale</i>	398
<i>La dépréciation de la culture</i>	399
L'attention médicale	402
L'infrastructure et l'organisation	405
<i>La longue attente</i>	405
<i>La capacité d'accueil</i>	406
<i>L'accouchement</i>	406
<i>Le froid et la nourriture</i>	407
<i>L'organisation</i>	407
Les relations interpersonnelles et le traitement	408
<i>Des relations hiérarchisées</i>	408
<i>Le traitement humain</i>	409
<i>Le traitement médical</i>	412
Une attention médicalisée	413
<i>L'information et la communication</i>	413
<i>L'orientation</i>	417
Le respect de l'intimité	420
Déshumanisation du traitement	422
Sous utilisation des services	424
PEUT-ON PARLER DE DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS EN BOLIVIE	427

Approche Intégrale	430
La santé maternelle et reproductive	431
Et la santé sexuelle ?	432
Et les hommes ?	434
L'autonomie des décisions reproductives et sexuelles	435
Une demande en planification familiale insatisfaite	435
Les barrières pour une autonomie des décisions reproductives et sexuelles	436
La méconnaissance de la reproduction et de la sexualité	438
Des décisions masculines	439
Entre demande et acceptation	439
Les services de planification familiale	441
Le libre choix informé	443
La pénalisation de l'avortement	446
Pourquoi les femmes avortent-elles ?	447
L'article 266	448
Les cas d'avortements légaux	448
Un article non appliqué, pourquoi ?	450
<i>Le retard de la justice</i>	450
<i>Une question éthique</i>	450
La réalité sociale de l'avortement	451
Une activité clandestine et discriminante	451
"Mas vale prevenir que lamentar"	452
Une position controversée	453
La dépénalisation	457
Une maternité volontaire ?	461
Les connaissances, la conscience et l'empowerment	463
Connaissance et conscience de la santé reproductive et sexuelle	463
Connaissance et conscience des droits reproductifs et sexuels	464
L'empowerment	466
Les droits sociaux et économiques et les nécessités pratiques de genre	467
CONCLUSION	468
Conclusion	471

Bibliographie	475
Annexes	511
Annexe I. La Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes. Ratifications et Signatures	512
Annexe II. La Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes	521
Annexe III. Entretien de Sarah Arnez, Conseillère Municipale de El Alto, en mars 2004	538
Annexe IV. Entretien de Teresa Canaviri Sirpa, Vice Ministre de la Femme, en mai 2004 .	547
Annexe V. Les femmes boliviennes célèbres	555
Annexe VI. Connaissances des méthodes modernes chez les hommes et les femmes entrevus (ENDSA 1998)	557
Annexe VII. Utilisation actuelle de méthodes contraceptives chez les femmes par caractéristiques sélectionnées (ENDSA 1998)	558
Annexe VIII. Nécessité en services de planification familiale par caractéristiques sélectionnées (ENDSA 1998)	559
Résumé et mots clés	560

Introduction

Partout dans le monde, la condition et la situation féminine au sein du monde social, politique et économique sont en cours de transformation, d'évolution. En effet, l'image traditionnelle de la femme, l'idéal de 'la femme au foyer' ne semblent désormais plus pertinents, et sont de plus en plus remis en cause. Transformations économiques et sociales, progrès biologiques et techniques semblent offrir à la femme du 21^{ème} siècle la liberté dans le choix des rôles lui permettant la prise de responsabilités et de mobiliser son dynamisme individuel et social.

Dans cette optique, la situation, le statut défini par l'identité sociale, le rôle explicite, les droits et devoirs de la femme dans le monde social, représentent une donnée déterminante et surtout intéressante dans un monde de plus en plus globalisé, 'moderne'. Facteur d'intégration à la vie moderne, de changement social, la situation féminine actuelle reflète une discordance entre les stéréotypes d'hier et la réalité présente. On assiste notamment à une véritable extension et à un réel approfondissement des activités féminines.

Cependant, dans le monde entier, les droits des femmes et la dignité humaine sont souvent occultés. Des formes explicites et implicites de discriminations, de ségrégations des femmes persistent dans le monde social, économique et politique : sexisme, oppression dans les discours et les espaces culturels, absence de protection légale dans le domaine du travail ou de la maternité contrarient l'émancipation féminine universelle et l'égalité homme-femme. Sophie Bessis, dans son rapport du colloque international 'Genre, population et développement en Afrique' (Abidjan, 16-21 juillet 2001), parle même de « moitié marginalisée de l'Humanité ».

Les problèmes spécifiques des femmes ne peuvent plus et ne sont plus ignorés par aucune organisation ou institution. La question féminine constitue désormais une véritable préoccupation nationale et internationale, depuis, notamment, que les médias et les gouvernements ont mis en lumière la condition des femmes afghanes, victimes et cibles privilégiées de la dictature intégriste. La discrimination basée sur le genre constitue de nos jours un des problèmes majeurs de notre société. Grâce au mouvement des femmes, illustré lors des conférences mondiales des Nations Unies de Mexico à Beijing, la communauté féminine a inscrit les droits des femmes sur l'agenda international. Même si elles ne reçoivent pas les bénéfices à la hauteur de leur mobilisation, les femmes participent pleinement aujourd'hui au processus de développement, et elles disposent dorénavant de théories, de chiffres pour mettre en évidence les mécanismes de leur subordination, et des propositions concrètes pour transformer le monde ; et surtout d'instruments internationaux qui les protègent.

Depuis 1995, année où fut célébrée à Beijing la Conférence Mondiale sur la Femme, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a publié l'Indice de Développement de Genre (IDG), qui mesure les inégalités entre les hommes et les femmes dans différents pays. Par conséquent, les indicateurs sociaux de chaque pays sont en train de se modifier pour inclure l'IDG. En introduisant les différences de genre dans les indicateurs sociaux, on observe le suivant : aucune société ne traite les femmes aussi bien que les hommes (Rapports sur le Développement Humain, 1996 et 1997) ; la comparaison de l'IDH des pays avec leurs niveaux de revenus confirme que l'élimination des inégalités de genre ne dépend pas des niveaux de revenus élevés (Rapports sur le Développement Humain, 1996, 1997 et 1999) ; l'égalité entre les hommes et les femmes n'est pas nécessairement liée aux niveaux de croissance économique élevés, ce qui paraît indiquer qu'il y a d'autres facteurs qui contribuent de façon décisive à élever l'IDH ; et l'inégalité de genre est étroitement liée à la pauvreté (Rapport sur le Développement Humain, 1997)¹.

La discrimination à l'égard des femmes, générale et universelle, est notamment une préoccupation de la communauté internationale depuis de nombreuses décennies, depuis la création des Nations Unies en particulier (1946). Le thème gagne en visibilité lors de la Première Conférence Mondiale sur la Femme, à Mexico DF, en 1975, où apparaît la nécessité de créer un instrument qui rappellerait et protégerait les droits humains des femmes, non assumés et non appliqués (malgré la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, en 1948). En 1979, les Nations Unies adoptent donc la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women, ou CEDAW). La CEDAW propose une révision des droits humains afin d'y intégrer de façon explicite les droits de la femme. Elle insiste particulièrement sur le statut juridique de la femme, sur le droit de procréer, et sur les incidences de la culture et de la tradition qui peuvent parfois limiter l'exercice par les femmes de leurs droits fondamentaux.

Cette Convention est pionnière en matière de droits des femmes, pour appliquer l'égalité de genre dans le monde social, politique et économique, et supprimer toutes les formes de discrimination envers les femmes. Les Etats qui signent cette convention s'engagent à prendre et à mettre en place toutes les mesures nécessaires « *pour assurer le plein épanouissement et le progrès des femmes, en vue de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'Homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes* » (article 3 de la CEDAW), et à réprimer légalement toute discrimination envers les femmes, quelle qu'elle soit, et dans tous les domaines qu'elle soit.

Base d'action pour la société civile organisée, symbole de prise de conscience des gouvernements, la CEDAW devient alors le principal instrument international des droits humains pour les femmes, et marque un rôle important pour l'avancement de ces derniers. Elle place les gouvernements devant leurs responsabilités ; et les organisations non gouvernementales et internationales peuvent s'en servir comme référent et moyen de pression.

¹ Les considérations présentées se basent sur une étude réalisée par Wânia Sant' Anna, en 2001, *in* Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 7.

Cependant, malgré cette norme internationale, malgré les mesures gouvernementales adoptées, malgré les actions et la mobilisation sociale, les femmes restent la population mondiale la plus marginalisée, tant par leur statut civil, qu'à travers la culture et l'exercice de leurs droits reproductifs et sexuels. L'application des instruments, tels que la Convention de la Femme, et la réalisation des principes évoqués se heurtent à des barrières d'ordre idéologique et pragmatique ; la Convention ne génère pas l'égalité entre les hommes et les femmes par sa simple adhésion. La ratification de la Convention de la femme semble alors nécessaire mais non suffisante pour changer la situation et la condition des femmes au niveau national.

L'étude présentée ici consiste alors à souligner et analyser les mécanismes d'application, directe et indirecte, et de suivi, de cette convention, ainsi que leurs répercussions dans la réalité sociale, et leur réappropriation par les femmes ; d'appréhender le décalage entre la réalité et la loi, la distance entre la norme juridique et sa réalisation ; une étude menée dans un contexte déterminé : celui de l'Amérique Latine.

La majorité des Etats latino-américains a ratifié la Convention de la Femme, intégrée dans leur législation. Un tel acte montre, en théorie, l'intérêt, la conscience et l'engagement des gouvernements de la région pour améliorer le sort des femmes, et éliminer la discrimination fondée sur le sexe (et plus tard le genre). La région note alors d'importantes avancées, de notables progrès, essentiellement normatifs, à propos des droits féminins grâce notamment à la mobilisation certes éparse mais massive des femmes, et à la constante pression internationale. Des politiques gouvernementales sont formulées, des lois sont votées, mais quelles sont leurs réelles applications et répercussions dans la réalité sociale et quotidienne des femmes ? L'égalité de droit semble contraster avec l'égalité de fait. Le système patriarcal, le machisme, semblent avoir un poids plus important que les lois ou les volontés politiques et sociales, et contrôler, déterminer la vie privée et publique des femmes latino-américaines.

Dans un premier temps, l'étude présente donc un bilan général de l'interaction entre la CEDAW et l'Amérique Latine, soit les décalages entre la réalité juridique, politique, et la réalité sociale, quotidienne de la population, et tente d'analyser les controverses, les ambiguïtés, et les raisons de la non application des principes d'égalité, les facteurs qui discriminent les femmes dans la région.

Dans un deuxième temps, ces brèches sont plus précisément illustrées et étudiées dans la réalité bolivienne, celle des droits reproductifs et sexuels en particulier. L'Etat bolivien a ratifié la CEDAW, convention qu'il a intégrée à son droit interne. Cependant, une telle législation, protectrice du droit des femmes, se heurte à certaines résistances et difficultés quant à son application. La société bolivienne typiquement multisociale, multiculturelle, comporte une part de traditions et de nouveautés inextricablement mêlées. Parallèlement, la Bolivie connaît d'importants problèmes de pauvreté dans une conjoncture sociopolitique instable et difficile. Enfin, le machisme est fortement ancré dans la société et le monde politique. Les normes culturelles pèsent donc, et les mentalités semblent plus lentes à changer que les lois. La Bolivie connaît pourtant une importante expérience politique organisée, une remarquable mobilisation des femmes, populaires notamment, dont une des figures clés reste Domitila Barrios de Chungara. Les femmes du peuple de Bolivie ont toujours tenu un rôle significatif dans les luttes de libération et dans les mouvements sociaux. Les féministes

boliviennes sont également des actrices clés pour le changement de la condition féminine et l'adoption de lois. Elles luttent et se mobilisent aujourd'hui pour l'application et la réalisation de l'exercice des droits reproductifs et sexuels, droits reconnus par l'Etat, qui a ratifié la CEDAW et plus tard les Programmes d'Action du Caire, et de Beijing.

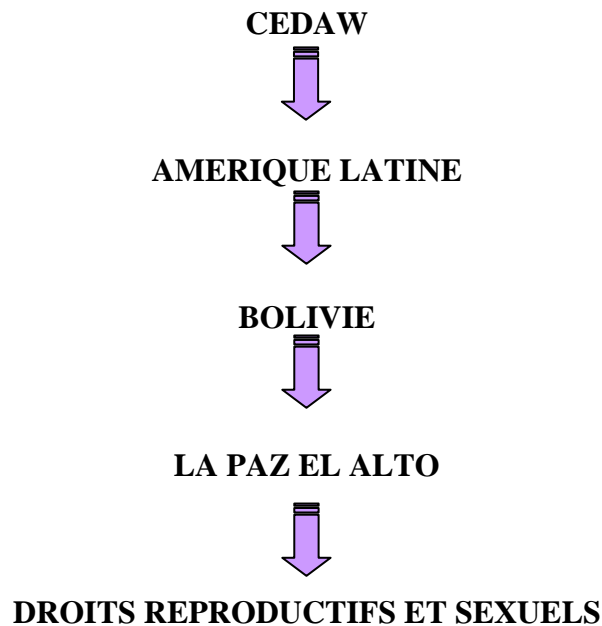
Les droits reproductifs et sexuels constituent une nouvelle génération de droits revendiqués, qui seraient la clé de la libération féminine : « *la libération des femmes commence au ventre* » écrivait Simone de Beauvoir. En effet, la discrimination fondée sur le genre est souvent justifiée par le sexe, ou plutôt par la fécondité, la maternité des femmes. On dit que la femme a moins de force qu'un homme "*porque tiene wawas*" (« *parce qu'elle a des enfants* »²). En Amérique Latine, et notamment en Bolivie, les femmes ont de nombreux enfants. Le rôle reproductif des femmes est le rôle le plus reconnu et promu. La femme est avant tout une mère. Mais décide-t-elle pour autant de ce rôle, de sa reproduction ? Exerce-t-elle des droits en matière de reproduction et, indirectement, de sexualité ?

La CEDAW promeut de façon implicite l'application légale et sociale des droits reproductifs de la femme, entendus comme « *les (mêmes) droits de décider de façon libre et responsable du nombre de (leurs) enfants et l'intervalle entre les naissances, et d'avoir accès à l'information, l'éducation et les moyens qui permettent d'exercer ce droit* » (article 16.e). Ces droits sont réaffirmés lors de la Conférence sur Population et Développement du Caire, en 1994, et lors de la Conférence sur la Femme, à Beijing, en 1995, où est introduite la notion de 'droits sexuels', définis comme « *(des droits) des femmes (qui) incluent leur droit à avoir un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité, y compris leur santé reproductive et sexuelle, et à décider librement par rapport à ces questions, sans être sujettes à la coercition, la discrimination et la violence* » (Plate-Forme d'Action de Beijing, Paragraphe 96, 1995). A partir de ce moment, les droits reproductifs et sexuels des femmes sont reconnus et assumés comme des droits humains des femmes, notamment en Amérique Latine et en Bolivie. En ratifiant la CEDAW, et plus tard les Programmes d'Action du Caire et de Beijing, l'Etat Bolivien reconnaît officiellement les droits reproductifs et sexuels des femmes et s'engage à les promouvoir et les appliquer dans les réalités politiques et sociales.

Dans un dernier temps, l'étude s'appuie donc sur un thème concret, les droits reproductifs et sexuels en Bolivie, à La Paz et El Alto en particulier. Comment sont-ils normalisés, promus dans le monde politique ? Comment sont-ils appliqués, et exercés dans le monde social, par les femmes en particulier ? Quelles sont les répercussions et la réappropriation de ces droits par les femmes ?

A partir de la Convention de la femme, il s'agit donc d'analyser la réalisation générale de ses principes en Amérique latine, l'application particulière en Bolivie, à travers, enfin, l'exercice des droits reproductifs (et sexuels), un des principaux thèmes de la Convention, par les femmes boliviennes, pacéniennes et alténiennes notamment.

² Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.



Le premier chapitre présente le cadre théorique de l'étude : la situation des femmes dans le monde, le rôle théorique de la communauté internationale, de l'Etat et de la société civile. Il justifie le choix de l'Amérique Latine comme lieu d'étude, et notamment la Bolivie et les deux villes que sont La Paz et El Alto. Enfin, il présente les droits reproductifs et sexuels, thèmes de l'étude de terrain, et ses deux composantes étudiées, soit les grossesses non planifiées et/ou non désirées et l'autonomie des décisions reproductives et sexuelles.

Le deuxième chapitre décrit la méthodologie utilisée pour réaliser l'étude et l'analyse présentées. Les parties consacrées à la Convention et son application en Amérique Latine se basent essentiellement sur une recherche théorique et bibliographique. L'étude de terrain, qui rend compte de l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes pacéniennes et alténiennes s'est inspirée de la compilation *Encuentros sobre "Metodologías de Investigación Sociocultural", Experiencias en Investigación Sociocultural*³, présentée par des chercheurs boliviens et internationaux de diverses disciplines en sciences sociales et politiques, travaillant sur le thème de la population et du développement y compris la santé et l'interculturalité. Celle-ci propose de nouvelles approches et méthodes de recherche socioculturelle en Bolivie, notamment le 'Dialogo de Saberes', méthode qualitative reprise par Susanna Rance qui récupère les théories et les pratiques de l'Education Populaire des années 70.

Le troisième chapitre, « La Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes (CEDAW) », présente la convention, moteur de changement, qui comporte toutefois certaines limites intrinsèques, et s'avère parfois vaine et inefficace, quant au conservatisme de certains Etats notamment. Le chapitre rend également compte des conventions, instruments et institutions mobilisés sur la question des femmes.

³ Susanna Rance, Veronica Kaune, María Dolores Castro, Silvia Salinas, Claudia De la Quintana, Ester Veldhuis, Jacqueline Michaux, *Encuentros sobre "Metodologías de Investigación Sociocultural", Experiencias en Investigación Sociocultural*, La Paz, diciembre de 2002.

Le quatrième chapitre détaille « l'égalité et la discrimination de genre en Amérique Latine », soit le monde politique et légal en matière d'égalité homme-femme en Amérique Latine, un monde mis en parallèle avec la réalité sociale des femmes latino-américaines, dans le domaine légal, de l'éducation, du travail, de la politique, domaines les plus révélateurs de la discrimination de genre.

Le cinquième chapitre, intitulé « des mesures politiques à la réalité sociale des femmes en Bolivie », présente la situation légale et sociale des femmes boliviennes, les mesures gouvernementales prises par les successifs gouvernements, et leur réalisation ou répercussion dans la communauté féminine. L'accent est essentiellement posé sur l'éducation des femmes, leur travail, leur participation et représentation politiques, et la violence envers celles-ci. La présentation et l'analyse de ces thèmes sont le résultat de comptes-rendus de documents sociaux, politiques et scientifiques consultés, et d'entretiens et observations menés à La Paz et El Alto.

Enfin, le dernier chapitre présente l'étude de cas sur l'application et la réalisation des droits reproductifs et sexuels en Bolivie, à La Paz et El Alto. Il rend compte des politiques adoptées par l'Etat dans le cadre de ses engagements internationaux, et sociaux ; et évalue l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes rencontrées à travers leurs expressions légales et sociales. Ce chapitre est le fruit d'une importante enquête de terrain réalisée auprès d'acteurs scientifiques, politiques et sociaux, et surtout au sein du milieu hospitalier, dans des services gynécologiques et obstétriques d'hôpitaux de La Paz et El Alto, à travers des entretiens de femmes hospitalisées ou en consultation, et d'observations participantes. L'information recueillie, présentée et analysée repose également sur divers ateliers menés dans des groupes de femmes de ces deux villes.

Les différents chapitres sont illustrés par des photographies de Fred Savariau, de Christian Lombardi et de Sophie, par des extraits journalistiques, et des témoignages de femmes recueillis lors du terrain, ou repris dans l'ouvrage de Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*⁴. La grande majorité des documents consultés, et tous les entretiens effectués sont en castillan. Les citations présentées ont donc été traduites dans le texte principal, la version originale figurant généralement en notes de bas de page.

« L'application de la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes en Amérique Latine : le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie » est une étude sociologique, surtout de terrain, qui s'inscrit dans les Etudes de genre⁵ et la Sociologie de la santé. Elle décrit et analyse les réalités politiques et sociales des femmes en Amérique Latine surtout ; et offre une recherche sur l'état des droits reproductifs et sexuels dans deux principales villes de Bolivie.

⁴ Ce chef-d'œuvre rend compte de 35 témoignages de femmes de Los Cintis de Chuquisaca, accompagnés de photos de chacune d'entre elles. Peter Lowe a recueilli les histoires personnelles que ces femmes avaient choisi de raconter, et les a prises en photos selon l'endroit, la tenue et la compagnie qu'elles choisissaient (Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

⁵ L'étude applique donc une approche de genre dans le fond comme dans la forme. A cet égard, est utilisée tout au long de l'étude l'expression 'droits humains' ; de même sont introduits des termes tels que 'doctoresse', ou 'chercheuse', dans l'optique de respecter l'égalité de genre (le vocabulaire français étant relativement androgénique).

L'étude suit une approche pluridisciplinaire (historique, sociologique, juridique, politique, démographique, anthropologique) de l'étude de genre ou plus précisément des droits des femmes, domaine particulièrement récent dans les sciences sociales et politiques, et qui tend aujourd'hui à se développer.

En France, la recherche scientifique sur la situation des femmes latino-américaines, boliviennes notamment, est relativement limitée, ou essentiellement axée sur la période des années 70 et 80, lors des fortes mobilisations populaires de femmes, et surtout de mères, dans la région. Il existe donc peu de documents sur la condition et la situation féminines actuelles de ce continent. Le thème semblerait avoir perdu de la visibilité tant au niveau des sciences sociales qu'au niveau de la société latino-américaine et de l'Etat, d'ailleurs. Ce travail permet ainsi d'actualiser les connaissances sur la population féminine de la région, sur ses droits et sa réalité, et, éventuellement, d'éclairer ou d'enrichir les décisions, les impératifs d'actions des différentes institutions et organisations.

D'autre part, la santé depuis une approche sociale est un thème récent de la recherche scientifique, notamment la santé reproductive et sexuelle et les droits conséquents. La question des femmes, en particulier ici des femmes boliviennes, n'a jamais véritablement été traitée, en France du moins, sous cet angle dans le domaine des sciences sociales. Or celle-ci est parfaitement d'actualité, suscite d'importants débats régionaux voire mondiaux, et constitue désormais un enjeu dans les relations politiques, un objet de politiques nationales et internationales.

Chapitre I :

« Cadre théorique »

« La loi doit être l'expression de la volonté générale... ; toutes les citoyennes et tous les citoyens étant égaux à ses yeux, doivent être également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leurs capacités, et sans autres distinction que celles de leurs vertus et de leurs talents » (Olympe de Gouges)

INTRODUCTION

A partir de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes des Nations Unies (plus communément appelée sous son abréviation anglaise, CEDAW, ou Convention de la Femme), instrument international des droits humains contre la discrimination de genre qui a pour objectif de promouvoir les droits et l'égalité des femmes, l'étude consiste à analyser la réalité politique, juridique et législative des droits des femmes d'une part, la réalité sociale d'autre part, et ainsi à appréhender les brèches, les décalages entre la reconnaissance des droits humains de la femme, l'adoption de mesures gouvernementales et leur répercussion dans la réalité quotidienne des femmes.

Cette étude a pour cadre géographique l'Amérique Latine, continent où les femmes maintiennent un rôle prédominant dans le monde social, économique et politique ; et plus particulièrement la Bolivie, pays multi social et culturel, qui a connu tout au long de son histoire politique et économique une importante mobilisation des femmes, et où pourtant la condition féminine demeure subordonnée et discriminée.

Les droits reproductifs et sexuels constituent un des principaux thèmes de la Convention de la Femme, et plus tard des Conférences du Caire et de Beijing. Le Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) est à cet égard l'un des principaux organes des Nations Unies. La planification familiale et l'avortement, entendus comme la possibilité de séparer la sexualité de la maternité, l'autonomie des décisions reproductives et sexuelles, la prévention et le contrôle des risques de complications de grossesse, sont deux importantes composantes des droits reproductifs et sexuels, qui seront considérées tout au long de l'étude pour évaluer l'exercice de ces droits.

En ratifiant la CEDAW, puis en adhérant aux consensus du Caire et de Beijing, les Etats Parties, notamment latino-américains, et la Bolivie en particulier, reconnaissent les principes de l'égalité de genre et la nécessaire abolition de la discrimination envers les femmes, en général et dans le domaine de la santé. Ils s'engagent alors à appliquer ces principes dans toutes les réalités politiques et sociales.

Cette application suppose des engagements spécifiques de l'Etat, qui a un rôle notoire à jouer dans la promotion des droits humains de la femme. Mais elle repose également sur la mobilisation de la société civile, qui, à partir des instruments internationaux, peut faire pression sur l'Etat, et parallèlement agir sur la population en conscientisant les femmes sur leurs droits.

L'application des droits des femmes en général, des droits reproductifs et sexuels en particulier, est cependant conditionnée par divers facteurs politiques, économiques, sociaux et culturels, qui influent sur l'adoption de politiques gouvernementales, sur l'action des organisations non gouvernementales et autres institutions, et enfin sur la réappropriation de ces droits par les femmes.

« LE MONDE DES FEMMES »⁶

« On ne naît pas femme, on le devient »⁷

En 1949, Simone de Beauvoir explique dans *Le Deuxième Sexe* qu'« on ne naît pas femme, on le devient », que la masculinité des hommes et la féminité des femmes sont les résultats d'un conditionnement social⁸. Françoise Gaspard, Professeure à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales et membre du Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'Egard des Femmes, « a expliqué qu'en effet on devient femme parce que la société patriarcale apprend aux filles qu'elles appartiennent au '2^{ème} sexe'. Toujours ou presque, les filles avant d'être femmes, intègrent l'idée de cette 'différence de genre' sous la pression de leur éducation, de préjugés, de stéréotypes. On devient femme en découvrant les contraintes auxquelles on s'est soumise et les discriminations dont on est victime »⁹. Selon Marcela Lagarde, « la féminité n'est pas un fait à contenu universel, même si, jusqu'où on connaît, toutes les sociétés connues construisent génériquement les individus dans les aspects de la vie qui servent de base aux constructions culturelles diverses comme la masculinité et la féminité entre autres »¹⁰.

Diderot et Madame d'Epainay, femme de lettre française, annoncent avec 200 ans d'avance le grand débat qui opposera les féministes du 20^{ème} siècle : « La femme est un être de culture entièrement façonné par son éducation, dira Mme d'Epainay, ancêtre lointaine de Simone de Beauvoir. Pas du tout, répondra le philosophe, le destin féminin s'inscrit en lettres naturelles »¹¹.

« (...) à ce que Mead considérait comme naturel, la division du travail et la hiérarchie entre hommes et femmes, on accorde maintenant un caractère culturel, arbitraire dans le sens qu'il n'est pas déterminé par la nature »¹². « Poulain de la Barre, Louise d'Epainay, Condorcet, Simone de Beauvoir et quelques autres, vous qui avez eu la clairvoyance et le courage de tenir le discours de la ressemblance, soyez-en remerciés. Grâce à vous, nous autres femmes sommes définitivement intégrées dans l'humanité, adultes et émancipées. En dépit des grimaces et des réticences toujours multiples, nous pouvons répondre à la question initiale : qu'est-ce qu'une femme ? Un animal raisonnable. Bref, un Homme, comme tout le monde »¹³.

⁶ Expression de Jacques Véron, in Jacques Véron, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997.

⁷ Citation de Simone de Beauvoir.

⁸ Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, tomes 1 et 2, Editions Gallimard, 1949.

⁹ Commission de la Condition de la Femme, « La vulnérabilité des femmes face au cumul de discriminations multiples portée à l'attention de la Commission de la Condition de la Femme », FEM/1142, 13 mars 2001, 11^{ème} séance, page 3.

¹⁰ «La feminidad no es un hecho de contenido universal aunque hasta donde se sabe todas las sociedades conocidas constatan genéricamente a los individuos en aspectos de la vida que sirven de base a construcciones culturales diversas como la masculinidad y feminidad, entre otras» (Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres : madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1990, pages 28 et 29).

¹¹ AL. Thomas, Diderot, Mme d'Epainay, *Qu'est ce qu'une femme ?*, POL, 1989, page 12.

¹² Christine Delphy, « Penser le genre : quels problèmes ? », in *Sexe et Genre*, Edition du CNRS, 1991, page 91.

¹³ AL. Thomas, Diderot, Mme d'Epainay, *op. cit.*, pages 46 et 47.

A partir de ce débat, est introduite la notion de 'genre', remplaçant ainsi celle de 'sexe'. Christine Delphy explique que « *le mot 'sexe' se réfère aux différences biologiques entre mâles et femelles : à la différence visible entre leurs organes génitaux et à la différence corrélative entre leurs fonctions procréatives. Le 'genre', lui, est une question de culture : il se réfère à la classification sociale en 'masculin' et 'féminin' »*¹⁴. « *Le genre (...) est l'ensemble d'attributs sociaux et culturels qui sont octroyés aux hommes et femmes – basés sur le sexe biologique – depuis leur naissance et tout au long de leur vie »*¹⁵.

Cette notion de 'genre' ouvre donc le champ de la réflexion pour y inclure la thématique de l'homme et de la femme, des différentes formes de masculinité et de féminité. « (...) *Il n'a jamais été question de se servir du vocable de 'genre' comme d'un euphémisme pour désigner les femmes (...). La véritable explosion de la théorie sur le genre a eu lieu dans les années 80 avec l'élaboration de modèles multidimensionnels qui devaient permettre aux chercheurs non seulement d'étudier isolément les principaux effets de l'identité sexuelle, de la masculinité et de la féminité, et de toutes leurs interactions – mais aussi de prendre en compte le contexte social, sociétal, politique et culturel – ainsi que le processus de développement – dans lequel s'inscrivent les déterminations du genre »*¹⁶.

Le genre est un concept sociologique qui fait référence à une catégorie de relations qui s'établissent entre l'homme et la femme de façon symétrique. A partir de la différence sexuelle (naître mâle ou femelle), se construit une identité de genre (être homme ou femme). Selon Cristina Brullet Tenas et Pilar Carrasquer Oto, il est nécessaire de percevoir le genre comme quelque chose qui bouge dans l'espace, le temps, en fonction des coutumes, etc. Le relativisme en est la clé : le genre est un concept qui change¹⁷.

La définition de la femme est lourde de conséquences psychologiques et sociales, morales et politiques. Chez beaucoup, la femme est une « *entité mystérieuse qu'à défaut de cerner, il vaut mieux maîtriser »*¹⁸. Ceci peut justifier, sur un plan théorique, la discrimination que connaissent les femmes partout dans le monde et à toute époque. Mais, étant donné que les rôles de la femme et de l'homme et les relations homme-femme furent historiquement construits, il est possible de les changer. A ce propos, « (...) *Colette (1873 – 1954) pensait sincèrement qu' 'une femme qui se croit intelligente réclame les mêmes droits que l'homme, une femme intelligente y renonce' »*¹⁹.

« *La discrimination entre hommes et femmes n'est pas une fatalité, c'est un fait de société (...) »*²⁰.

¹⁴ Christine Delphy, « Penser le genre : quels problèmes ? », in *Sexe et Genre*, Edition du CNRS, 1991, page 91.

¹⁵ « *El género (...) es el conjunto de atributos sociales y culturales que se otorgan a hombres y mujeres – con base en el sexo biológico - desde que nacen y a lo largo de su vida* » (Alexia Escobar Vasquez, Hermen Ormel Eenink, *Defendiendo nuestros derechos. Guía de abogacía por los derechos sexuales y reproductivos*, Sub Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SPSSR), FCI, UNFPA, Bolivia, 1999, page 18).

¹⁶ Mark Lansky, « Perspectives. Du genre, des femmes et tout le reste », *Revue internationale du Travail*, vol 139 (2000) n°4.

¹⁷ Cristina Brullet Tenas, Pilar Carrasquer Oto, *Sociología de las relaciones de género*, Congreso de sociología, Granada 1995, Instituto de la Mujer, 1996.

¹⁸ AL. Thomas, Diderot, Mme d'Epinay, *Qu'est ce qu'une femme ?*, POL, 1989, page 14.

¹⁹ Ney Bensadon, *Les droits de la femme. Des origines à nos jours*, Collection Que sais-je, PUF, 1999, page 94.

²⁰ Riane Esiler, « L'ère du partenariat », in *Courrier de l'UNESCO*, « Femmes. La moitié du ciel », septembre 1995, page 5.

La discrimination de genre : un fait de société universel

Partout dans le monde, les femmes sont sujettes à tout type de discrimination et violence. De par le simple fait « d’être femme », elles connaissent une situation et des conditions de vie subalternes à celles des hommes, dans des sociétés qui ont gardé à travers l’espace et le temps un caractère machiste et patriarcal.

Au fil des années, les talibans ont réussi à bannir les femmes de la vie économique et publique.

Le code de l’honneur des Pachtounes précise que « les femmes, garantes de la survie du peuple pachtoune, sont inférieures aux hommes et placées sous leur autorité »²¹. « (...) plus de trois ans après la chute du régime des talibans, les Afghanes peuvent en théorie étudier, travailler ou se présenter à des élections, et ne sont plus obligées de se draper d'une burqa pour sortir. Mais, malgré ces quelques progrès, leur situation n'a guère évolué dans la majeure partie du pays. Dans certaines régions, tout comme au Pakistan voisin, la montée de l'intégrisme l'a même détériorée »²².

Au Pakistan, le ‘crime d’honneur’ reste une pratique courante.

« Le prétendu honneur familial se paie au prix de la vie des femmes »²³.

Dans certains pays, le viol, par exemple, est un crime contre les mœurs, et parfois la victime est mise à mort car il s’agit également d’un ‘crime d’honneur’.

« A Multan (Centre), une figure du combat, Mukhtiar Mai, elle-même victime d'un viol, a mené un défilé de plusieurs centaines de femmes lundi, moins d'une semaine après l'acquittement controversé de ses agresseurs. ‘Je poursuivrai ma lutte pour les droits des femmes jusqu'à mon dernier souffle et je ne céderai pas devant la tyrannie, l'exploitation, la tradition ou les coutumes’, a-t-elle dit à la foule. Cette femme de 30 ans fut violée durant une heure en 2002 par des hommes d'un clan rival voulant venger une relation qu'avait eue son frère avec une femme du clan »²⁴.

²¹ Karola Schaaf, « Les femmes afghanes ont-elles le droit d’espérer ? », Le Monde Diplomatique, mai 2001.

²² AFP, « Le monde commémore la Journée des femmes », Le Monde, le 08/03/05.

²³ Fariha Razak Haroon, « Asie – Le mot de la semaine Pakistan. Une coutume meurtrière pour les femmes », Courrier International, n°531, 04/01/2001.

²⁴ « En Asie-Pacifique, protestations et colère pour la Journée des femmes », Le Monde, le 08/03/05.

En Inde, persiste la pratique de la dot, tradition criminelle pour la femme, puisqu'elle engendre des meurtres courants de femmes pour que le mari obtienne une seconde dot. Cette pratique est pourtant interdite par le Code Pénal.

Le Code Pénal établit que « *lorsque la mort d'une femme est accusée par des brûlures ou des blessures corporelles, ou lorsqu'elle intervient dans des circonstances anormales au cours des 7 années suivant le mariage et qu'il est démontré que, peu avant la mort, la victime a été sujette à des actes de cruauté ou de harcèlement de la part de son mari ou de la famille de son mari, en relation avec une demande de dot* », il s'agit d'un acte criminel²⁵.

La discrimination envers les femmes s'exprime également à travers l'avortement sexiste, pratiqué notamment en Chine ou en Inde. Le recensement de 2001 en Inde montre une forte diminution des naissances de filles ; et rend compte d'un nombre plus important d'hommes. « *Ce déséquilibre traduit la progression des techniques médicales modernes, et notamment des échographies, qui permettent aux mères indiennes de sacrifier à la préférence culturelle pour les garçons en se faisant avorter quand le fœtus n'est pas du bon sexe* »²⁶. Ces techniques de détermination du sexe du fœtus sont interdites par la loi depuis plusieurs années, une loi toutefois non appliquée.

La mutilation génitale féminine, pratique fondée sur certaines croyances musulmanes, semble être la forme la plus dramatique de violence spécifique de genre. Cette pratique montre la subordination de la femme, l'homme maintenant ainsi un total contrôle sur la sexualité de la femme. Si cet acte rituel est limité géographiquement et culturellement, cette recherche de pouvoir masculin sur la sexualité féminine revêt un caractère universel. Ainsi, bien souvent, les femmes qui luttent pour leur émancipation se battent à la fois contre une culture qui les étouffe et un régime qui les opprime.

« *Les femmes sont, en raison de leur sexe biologique, plus particulièrement et spécifiquement vulnérables au racisme, à la discrimination raciale, à la xénophobie et à l'intolérance qui y est associée* »²⁷. Sous l'apartheid, la femme noire était au dernier échelon de la société, laissée pour compte. L'apartheid a renforcé l'asservissement des femmes. Son droit était « *celui de reproduire les nouvelles générations de main-d'œuvre africaine* »²⁸. La femme connaît donc des formes cumulatives de discrimination. Comme l'exprime Sarah Arnez, conseillère municipale d'El Alto en Bolivie, lors d'un entretien : « *être femme, être indigène et être pauvre, réellement, pire que cela, il n'y a que l'enfer, non...* »²⁹. Les inégalités de genre sont la duplication d'autres inégalités qu'elles ne font qu'aggraver. Il est dangereux de considérer la femme sans prendre en compte les différentes perspectives telles que l'origine, la classe et autres caractéristiques sociales. Ces dernières subordonnent la femme tout autant que la dimension 'genre' ou 'sexe'.

²⁵ Roland Pierre Paringaux, « Femmes d'Asie en butte à la violence », *Le Monde Diplomatique*, mai 2001.

²⁶ Bahli Anandpur, « Inde : où sont les femmes ? », *Courrier International*, 13-19 février 2003.

²⁷ Propos de Françoise Gaspard, « La vulnérabilité des femmes face au cumul de discriminations multiples portée à l'attention de la Commission de la Condition de la Femme », *Commission de la Condition de la Femme*, FEM/1142, 13 mars 2001, 11^{ème} séance, page 3.

²⁸ Caroline Flepp, « Afrique du Sud. Les femmes parquées dans des réserves », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 135.

²⁹ « *ser mujer, ser indígena y ser pobre, realmente, peor que eso, solo hay el infierno, no...* », voir Annexe III: Entretien avec Sarah Arnez.

Il existe également une corrélation entre le sort des femmes et la situation économique d'un pays, essentiellement dans les pays en voie de développement. « *L'accès aux droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels est directement proportionnel aux conditions de vie et de pauvreté d'un pays. A majeure pauvreté, augmentent les possibilités qu'ils soient vulnérables (...). Même si interviennent d'autres facteurs d'ordre culturel, idéologique et politique, la redistribution équitative des ressources économiques offre de façon substantielle la possibilité de les exercer, en donnant aux droits humains un caractère d'interdépendance et d'unité* »³⁰.

« *'Existe-t-il quelqu'un de plus sous-alimenté et de plus désespéré qu'un pauvre au bas de l'échelle sociale d'un pays sous développé ? oui, sa femme et le plus souvent ses enfants'* »³¹.

Depuis le début des années 80, la pauvreté s'est féminisée dans le monde. « *En somme, à niveau social égal, l'ajustement a davantage pénalisé les femmes que les hommes, dans la mesure où il a systématiquement accru la part invisible de leur travail au détriment de sa part rémunérée* »³². La crise économique semble agir comme un stimulant de l'activité féminine. Le travail des femmes (comme celui des immigrés) est souvent considéré comme une 'armée de réserves'. Cependant, suite aux programmes d'ajustement structurel de la Banque Mondiale et du Fond Monétaire International, c'est essentiellement le secteur informel qui a été pris d'assaut par les femmes, secteur d'activité non reconnu, non protégé, et fortement discriminé.

« *Domestiques, petites commerçantes, prostituées, des millions de femmes, des millions de familles réussissent à survivre grâce à leur travail acharné, ce 'travail de femmes' si peu considéré, si marginalisé, socialement et économiquement, presque désavoué, immergé quantitativement et qualitativement dans les abstractions du développement (...). Africaines, Sud-américaines ou Asiatiques, elles connaissent les mêmes conditions de travail, traversent les mêmes difficultés, se heurtent aux mêmes refus, malgré les différences de culture, de religion et de société (...). A travers les siècles, les femmes, soumises à ce dressage incessant et multiforme, n'ont pu qu'inférioriser ces modèles culturels qui, dans une large mesure, conditionnent leur vie (...). On doit se demander comment cette femme, volée à elle-même, infériorisée, moquée par tous pourra continuer d'exercer sa fonction essentielle d'éducatrice et de socialisatrice. Quelle image pourra-t-elle assumer, face à ses enfants, et quelle image de leur mère la société renvoie-t-elle à ces enfants ? (...). Captives de leur propre culture, ignorantes des autres, l'oppression dont elles sont l'objet peut ainsi s'exercer à tous les niveaux : leur travail – biologique et économique – est en même temps leur condamnation et leur rédemption. C'est ainsi que l'aliénation des travailleuses est sociologiquement et métaphysiquement différente de celle des hommes* »³³.

³⁰ « *El acceso a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales es directamente proporcional a las condiciones de vida y pobreza de un país. A mayor pobreza aumentan las posibilidades de que estos sean vulnerados (...). Aunque también intervienen otros factores de orden cultural, ideológico y político, la redistribución equitativa de los recursos económicos potencia sustancialmente la posibilidad de ejercerlos, dándole a los derechos humanos un carácter de interdependencia y unidad*” (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los derechos humanos de las mujeres en Bolivia*, septiembres de 2003, page 9).

³¹ Propos de Susan George, *Comment meurt l'autre moitié du monde*, R. Laffont, 1978, in Jeanne Bisilliat, Michèle Fieloux, *Femmes du tiers monde. Travail et quotidien*, l'Harmattan, 1992, page 11.

³² Sophie Bessis, « Genre et développement : théorie et mises en œuvre des concepts dans le développement. L'approche genre et les organisations internationales, du discours à l'action », Colloque international 'Genre, population et développement en Afrique', UEPA, UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001.

³³ Jeanne Bisilliat, Michèle Fieloux, *op. cit.*, pages 66, 85, et 93.

Les femmes restent les premières victimes des politiques économiques, des crises économiques, mais également des catastrophes naturelles, telles que le tsunami en décembre 2004.

« *Le tsunami a eu des répercussions spécifiquement reliées aux sexes, allant de femmes accouchant dans des mauvaises conditions sanitaires à l'augmentation de cas de viols et d'abus* », a déclaré Cholpon Akmatova, du Forum sur les femmes, la justice et le développement en Asie Pacifique »³⁴.

Les femmes constituent la moitié de la population du monde. « *Elles fournissent les 2/3 des heures de travail de l'humanité, ne reçoivent qu'un 10^{ème} des revenus mondiaux et possèdent moins d'un 100^{ème} des biens matériels* »³⁵. Il s'agit là également d'une caractéristique des régions développées où les femmes continuent de gagner moins que les hommes, qui ont de plus des emplois mieux considérés ; où le travail non rémunéré et non reconnu est principalement accompli par les femmes.

Les femmes, dans le monde entier, sont donc les premières victimes des pratiques culturelles discriminantes, de l'exploitation sexuelle, de la discrimination scolaire, salariale, des crises économiques, des conflits armés... Elles constituent de façon générale la population la plus illettrée et analphabète, la plus pauvre, la plus exposée aux problèmes sanitaires et de santé, la plus absente du monde publique et politique.

En 2000, seuls 7 femmes étaient chef d'Etat ; 3 chefs du gouvernement ; 9% des ministres étaient des femmes ; et il y avait des femmes dans 145 gouvernements³⁶.

Or, Olympe de Gouges déclarait déjà à l'époque révolutionnaire que « *la femme a le droit de monter à l'échafaud, elle doit avoir également celui de monter à la tribune* »³⁷.

« *Une société qui marginalise les femmes se prive de la moitié de son potentiel et par là - même, d'un développement durable* » (Plate-Forme d'action de Beijing, 1995). Habib Bourguiba, homme politique tunisien, déclarait à cet égard que sans le préalable de l'évolution féminine, rien n'était possible pour développer un pays. Françoise Héritier explique, lors de la Conférence 'Genre et développement', organisée par la Banque Mondiale en 2005, que l'émancipation des femmes est un facteur décisif de changement. Selon l'anthropologue, le sous-développement résulte et est entretenu par la subordination des femmes (et non l'inverse, comme cela fut souvent présenté). « *La Commission Economique pour l'Afrique fait valoir que si l'égalité des sexes avait été réalisée, si les femmes avaient été en mesure de participer dûment à l'économie, avaient véritablement leur mot à dire dans les*

³⁴ AFP, « L'effet du Tsunami », Le Monde, le 08/03/05.

³⁵ Jeanne Bisilliat, Michèle Fieloux, *Femmes du tiers monde. Travail et quotidien*, l'Harmattan, 1992, page 7.

³⁶ Selon Sue Williams, « Comblent le Fossé entre les sexes », Source n°125, Juillet-Août 2000.

³⁷ Claire Poinson, « Féminisme et luttes de femmes », in Elisabeth Paquot, *Terre des Femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, la Découverte, Maspero, 1982, page 82.

affaires de guerre et de paix et avaient le pouvoir d'exiger des rapports sexuels sans risque, ces fléaux seraient aujourd'hui en partie enrayés »³⁸.

« Ce n'est pas un crime d'être en retard en matière de progrès matériel et technologique. Mais c'est assurément un crime et un péché que d'être intellectuellement rétrograde. C'est cela la véritable arriération »³⁹.

« Certains 'progrès' ont bien été enregistrés au cours de ces 5 dernières années. Des codes pénaux ont été réformés pour réprimer plus durement les violences commises par les conjoints, le proxénétisme, le trafic des femmes. Des campagnes internationales et nationales de sensibilisation contre les mutilations génitales ont été lancées. Les textes et la jurisprudence en matière de droits humains ont évolué. Le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et celui pour le Rwanda⁴⁰ ont émis des actes d'accusation fondés sur la désignation du viol comme une torture et un élément constitutif d'une politique de génocide. Grâce au travail soutenu du Gender Caucus, le statut de la Cour pénale internationale, adopté à Rome en juillet 1998, a intégré les violences sexuelles et en premier lieu le viol dans la définition de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité »⁴¹.

Cependant, le caractère et la magnitude des violations des droits internationaux de la femme continuent « *d'être cruels et répandus* »⁴². Dans de nombreux pays, ces violations restent sans solution juridique et sans être considérées comme discriminatoires ou comme 'affectant' la dignité humaine. Lors de la Conférence baptisée 'Beijing + 5', les représentants des Organisations Non Gouvernementales ainsi que les délégués officiels ont exprimé leur exaspération devant le fait que les gouvernements parlent d'égalité des sexes sans traduire leurs paroles en actes.

Selon M. Darcos, Ministre français, la lutte de l'égalité s'inscrit dans la lutte des droits humains. H. Charlesworth, dans un chapitre intitulé « Que sont les 'droits humains internationaux de la femme' ? »⁴³, soutient que le développement des droits humains internationaux de la femme a le potentiel de transformer les droits humains en général. Mais celui-ci a été partial, 'androcentrique' et a privilégié une vision du monde masculine. Les femmes sont en position inférieure (pas de pouvoir réel dans le monde public ni dans le monde privé) et le droit international des droits humains comme beaucoup de constructions juridiques, économiques, sociales et culturelles, renforce ce manque de pouvoir. Est-il

³⁸ Nations Unies, Afrique Relance, « Des progrès mitigés pour les Africaines », volume 14, n°2.

³⁹ Hafizur Rahman, DAWN, « Pitié pour les femmes ! », Courrier International « Pakistan : Vers l'implosion ? », n°576, 15/11/2001.

⁴⁰ Au Rwanda, d'avril 1994 à avril 1995, l'estimation du nombre de femmes et de filles violées atteint 15700 à 250000 (Women at a Glance, mai 1997).

⁴¹ Agnès Callamard, « Les femmes à l'assaut du ciel », Le Monde Diplomatique, juin 2000, page 17.

⁴² Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, PROFAMILIA, 1997.

⁴³ H. Charlesworth, « Qué son los 'derechos humanos internacionales de la mujer' ? », in Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, PROFAMILIA, 1997.

possible de parler d'une manière significative de l'ensemble des voix des femmes dans un seul cadre international ? On a souvent accusé les féministes occidentales de supposer que leurs inquiétudes pouvaient être généralisées au niveau mondial. Cependant, le patriarcat et la dénégation de la femme, même s'ils se manifestent de façon distincte dans des sociétés distinctes, sont pratiquement universels. L'origine, la classe, la culture et la géographie sont des facteurs de division. Mais toutes connaissent des conflits dans leurs multiples rôles : l'exploitation par l'homme de la sexualité féminine ; la lutte généralisée pour la survie et la dignité ; la vulnérabilité à la violence, qu'elles soient riches ou pauvres ; l'exclusion des prises de décision à tous les niveaux. Or, comme le revendiquent de nombreuses ONG d'Amérique Latine, « *sans les droits des femmes, il n'y a pas de droits humains* », « *sans les femmes, les droits ne sont pas humains* »⁴⁴, et les droits humains sont revendiqués et reconnus comme universels, indivisibles et interdépendants.

LE CONTEXTE INTERNATIONAL

La communauté internationale et les droits des femmes

Depuis leur création, les Nations Unies jouent « *un rôle essentiel dans le dévoilement planétaire de la question féminine* »⁴⁵. « *Abordant le rôle de la communauté internationale dans la lutte contre les discriminations, Mme Gaspard a indiqué que depuis sa création, la Commission de la Condition de la femme a joué un rôle fondamental dans la construction des normes internationales* »⁴⁶. La Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes de 1979 marque notamment une sorte d'apogée des efforts des Nations Unies dans ce domaine. Il existe actuellement de nombreuses conventions sur les droits des femmes. Mais la CEDAW est la convention signée la plus générale et la plus effective. Elle aborde tous les thèmes relatifs aux droits de la femme ; elle reconnaît ces droits comme des droits humains, obligatoires et fondamentaux ; elle donne une définition universelle de la discrimination de genre ; et elle appelle à l'action, à la responsabilité des États dans tous les domaines. Tout ceci fait de la Convention l'instrument principal des droits humains des femmes. De plus, c'est l'unique traité qui dénonce la culture, la tradition et la religion comme forces qui peuvent discriminer la femme. Il s'agit également de l'appui légal le plus fort concernant le droit à la santé reproductive, et au choix en matière de reproduction.

⁴⁴ « *sin los derechos de las mujeres, no hay derechos humanos* » et « *sin mujeres los derechos no son humanos* ».

⁴⁵ Sophie Bessis, « Genre et développement : théorie et mises en œuvre des concepts dans le développement. L'approche genre et les organisations internationales, du discours à l'action », Colloque international 'Genre, population et développement en Afrique', UEPA, UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001.

⁴⁶ Commission de la Condition de la Femme, « La vulnérabilité des femmes face au cumul de discriminations multiples portée à l'attention de la Commission de la Condition de la Femme », FEM/1142, 13 mars 2001, 11^{ème} séance, page 4.

Les Nations Unies ont également joué un rôle majeur, en organisant régulièrement des Conférences Mondiales, en particulier celles sur 'Population et Développement' (Bucarest 1974, Mexico 1984, Caire 1994) ; ainsi que celles intitulées 'Conférence Mondiale sur la Femme' (Mexico 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985 et Beijing 1995). Chaque conférence pose une problématique, telle que par exemple « la réduction de la fécondité favorisera-t-elle le développement ou le développement favorisera-t-il la réduction de la fécondité » (Bucarest, 1974). Celles-ci soulignent alors des fractures idéologiques, des différences de priorités, de nécessités entre les femmes : à Bucarest (1974), entre les pays du Sud et ceux du Nord, ces derniers estimant que sans la planification familiale et la baisse de fécondité, le développement est impossible ; à Mexico (1975), entre les femmes de l'est, plus intéressées par la question de la paix, celles de l'ouest, par l'égalité entre les sexes, et celles du Sud qui mettent l'accent sur le développement ; au Caire (1994), entre la conception laïque de la société et la conception théocratique, à propos du débat autour de la reproduction et de la sexualité des femmes

A Beijing, chaque région du monde marque ses préoccupations majeures et les principaux thèmes prioritaires. La région Asie et Pacifique affiche, comme principaux sujets de préoccupation, la féminisation de la pauvreté, la moindre participation des femmes à la vie économique, la sous-estimation du rôle des femmes dans la protection de l'environnement, et l'inégale participation des femmes au pouvoir. Les pays d'Asie occidentale centrent leur intérêt sur la protection du droit de la femme arabe à participer aux structures et mécanismes du pouvoir et des décisions (la réduction de la pauvreté étant une deuxième priorité). Les « *thèmes de la pauvreté des femmes, de leur insuffisante participation au pouvoir économique et politique, des droits de l'homme, de la paix et de la violence se retrouvent dans les préoccupations de la 'région' Amérique Latine et Caraïbes* »⁴⁷, région qui revendique également le partage égal des responsabilités familiales et la reconnaissance de la pluralité des cultures. L'Europe et l'Amérique du Nord sont sensibles « *aux thèmes des droits des femmes, de la pauvreté, de la sous-évaluation de la contribution des femmes à l'économie dans le cadre du développement durable, de la faible participation des femmes à la vie publique* »⁴⁸, et mettent aussi l'accent sur « *les carences des mesures propres à concilier responsabilités familiales et travail rémunéré, l'insuffisance des systèmes statistiques, des bases de données (...)* »⁴⁹. L'Afrique montre une certaine inquiétude quant à la pauvreté, les menaces contre la sécurité alimentaire et la marginalisation économique ; elle se préoccupe également « *du sort des fillettes, menacées par l'épidémie du sida, d'autant plus menacées qu'elles sont en situation d'ignorance et de dépendance* »⁵⁰.

Au-delà des différences de priorités et de conceptions, ces conférences fournissent « *l'occasion à ces mouvements [mouvements de femmes] de constituer des réseaux plus ou moins structurés d'informations et de solidarité. Elles ont, enfin, donné l'occasion aux féministes occidentales de constater qu'elles ne détiennent pas le monopole des luttes de femmes. Les organisations européennes et nord américaines ont pu voir que, sous des formes et avec des langages différents, le combat féminin pour la justice et l'égalité est réellement mondial et qu'elles n'ont pas forcément vocation à en assurer le leadership* »⁵¹.

⁴⁷ Jacques Véron, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997, page 46.

⁴⁸ Jacques Véron, *op. cit.*, page 46.

⁴⁹ Jacques Véron, *op. cit.*, page 46.

⁵⁰ Jacques Véron, *op. cit.*, page 46.

⁵¹ Sophie Bessis, « Genre et développement : théorie et mises en œuvre des concepts dans le développement. L'approche genre et les organisations internationales, du discours à l'action », Colloque international 'Genre, population et développement en Afrique', UEPA, UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001.

D'autre part, ces conférences marquent d'importantes avancées quantitatives et qualitatives, à travers notamment l'adoption de déclarations ou de programmes d'action, qui reflètent le consensus international et une position de plus en plus progressiste sur les droits humains des femmes.

La Conférence du Caire (1994), appuyée un an plus tard par celle de Beijing (1995), marque un pas décisif pour l'avancée des droits des femmes. Les négociations se terminent par l'adoption d'un programme d'action sur la population et le développement (Programme d'Action CIPD'94) pour les 20 années suivantes. Ce dernier aborde de nombreux thèmes tels que le genre, l'égalité, l'équité et 'l'empowerment' des femmes⁵² ; la famille, ses rôles, ses droits, sa composition et sa structure ; la croissance et la structure de la population. Il tend à responsabiliser la parenté et le comportement reproductif et sexuel (des hommes, en particulier). Mais il souligne principalement les droits des hommes et des femmes à être informés et à avoir accès à des méthodes de planification familiale sûres, effectives, abordables et acceptables, ainsi que le droit à l'accès aux services de santé qui permettent aux femmes de mener leur grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant de façon sûre. Soit, pour la première fois, les droits reproductifs et sexuels sont définis et reconnus explicitement comme des droits humains. Un des principaux objectifs du Programme d'Action est de garantir l'accès universel aux soins de santé en matière de reproduction et sexualité, dès que possible, et en 2015 au plus tard.

La 4^{ème} Conférence Mondiale sur les Femmes, tenue à Beijing, Chine, du 4 au 15 septembre 1995, aboutit sur un accord de 189 délégations pour un plan de 5 ans qui favorise 'l'empowerment' politique, économique et social des femmes, améliore leur santé, leur éducation et promeut leurs droits reproductifs. Environ 100 pays ont annoncé de nouvelles initiatives pour le progrès des femmes comme un résultat de la Conférence sur les Femmes de Beijing.

A travers la promotion de droits légaux (les instruments internationaux), la mobilisation de l'opinion publique (les conférences), la recherche et l'information, les Nations Unies sont parvenues à se constituer en acteur central, qui détermine les orientations théoriques et pratiques pour la promotion des droits des femmes⁵³.

Des études menées par les Nations Unies ont rendu évident que l'égalité des droits des femmes influe définitivement sur le bien-être de la société. « *Le sort des femmes est un facteur de développement, notamment dans les pays en voie de développement* »⁵⁴. La dévalorisation de la femme a été identifiée comme cause et effet du sous-développement et liée aux problèmes de pauvreté, d'analphabétisme, de dénutrition et d'insalubrité. Si les femmes étaient appréhendées en fonction de leurs besoins en matière de développement, elles sont aujourd'hui considérées comme des acteurs du développement, une considération qui se

⁵² 'L'empowerment' des femmes est l'acquisition de pouvoir par les femmes, mais à partir de l'intérieur d'elles-mêmes.

⁵³ Les Nations Unies sont à cet égard critiquées par certains auteurs, tels que Jules Falquet qui écrit : « *Ironiquement, la légitimité de ces politiques internationales repose en grande partie sur l'image que l'ONU a réussi à se donner, notamment comme protectrice de 'la femme' et de 'la nature' totalement mythifiées, et sur la participation de la 'société civile', en particulier des femmes, à ce processus. Devant l'accablant résultat de ce système international, n'est-il pas temps, comme femmes et plus encore peut-être comme féministes, de lui retirer une fois pour toutes notre appui et de l'affronter comme un de nos principaux ennemis* » (Jules Falquet, « Femmes, Féministes et 'Développement' : une analyse critique des politiques des institutions internationales », page 18).

⁵⁴ M. C. Tesson Millet, Conférence 'Genre et Développement', Banque Mondiale, 2005.

reflète dans les actions qui promeuvent le pouvoir et le droit des femmes à participer pleinement à toutes les activités humaines.

En 1993, lors de la Conférence de Vienne sur les Droits de l'Homme, on affirme que « *Les droits humains de la femme et de la fille font partie de façon inaliénable, intégrante et indivisible des droits humains universels. La pleine participation, en condition d'égalité, de la femme dans la vie politique, civile, économique, sociale et culturelle, dans les plans nationaux, régionaux et internationaux et l'éradication de toutes les formes de discrimination basées sur le sexe sont les objectifs prioritaires de la communauté internationale* » (Extrait de la Déclaration et Programme d'Action de Vienne, de la Conférence mondiale des Droits Humains des Nations Unies, approuvée le 25 juin 1993). Cette reconnaissance « *a transformé la conscience des femmes, mais aussi la perception qu'on en avait de l'extérieur : elles apparaissent désormais comme les porteuses d'une revendication universelle d'équité, comme des sujets de droit, et non plus avant tout comme des quémandeuses et des nécessiteuses. Il a ainsi été possible, d'une part, de faire apparaître l'injustice et le statut de victime, mais aussi de dépasser le rôle de victime en transformant la femme en sujet politique et juridique* »⁵⁵.

« Le secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, signala que 10 ans après la convocation de Pékin, les femmes 'non seulement étaient plus conscientes de leurs droits, mais elles étaient également plus aptes pour les exercer' »⁵⁶.

Selon M. Ehrenpreis de la Banque Mondiale, l'amélioration générale de la condition et des droits des femmes dans le monde est en partie due à l'action concertée de la Communauté Internationale⁵⁷. Mais la discrimination de genre et la marginalisation des femmes restent des phénomènes sociaux, politiques et économiques d'actualité.

« Dix ans après la Conférence mondiale sur les femmes de Pékin, les participants à la réunion de New York célébrant la semaine dernière cet anniversaire n'ont pu que réaffirmer la validité du programme d'action pour la promotion de l'égalité des sexes adopté en 1995. Le programme de Pékin proclamait notamment que les droits des femmes étaient un droit fondamental de l'humanité à part entière. Les gouvernements s'y engageaient entre autres à éradiquer toutes les lois discriminatoires à l'égard des femmes. Dix ans après, beaucoup ne l'ont toujours pas fait »⁵⁸

« Les conférences internationales de la décennie auraient-elles été inutiles ? La Conférence mondiale de Nairobi, en 1985, qui envisageait une stratégie pour une plus grande égalité entre hommes et femmes, celle de Vienne sur les droits de l'Homme qui a réuni 171 Etats en 1993, celle du Caire de 1994 sur la population et le développement ou la 4^{ème} Conférence

⁵⁵ Christa Wichterich, *La femme mondialisée*, Actes Sud, 1999, page 238.

⁵⁶ "El secretario general de la ONU, Kofi Annan, señaló que 10 años después de la convocatoria de Pekín, las mujeres 'no sólo son más conscientes de sus derechos, sino que están más capacitadas para ejercerlos' " (Nueva York, DPA, "La equidad será el tema principal", La Razon, le 08/03/05).

⁵⁷ Conférence 'Genre et Développement', Banque Mondiale, mars 2005.

⁵⁸ AFP, « Le monde commémore la Journée des femmes », Le Monde, 08/03/2005.

mondiale sur les femmes en 1995, qui vit affluer 30 000 femmes à Pékin, n'auraient-elles eu aucun impact ? La question mérite d'être formulée face à la lenteur des progrès et aux régressions trop souvent constatées », écrit Jack Lang dans l'avant propos de Enquête sur la situation des femmes dans le monde en 1998⁵⁹.

Les intérêts d'une reconnaissance internationale

Les Conventions et autres instruments internationaux sont critiqués et critiquables, arbitrairement appliqués et applicables. Mais la législation internationale sur les droits humains est une base utile et parfois nécessaire pour les impulser au niveau national. Quand un pays ratifie un traité, son gouvernement est obligé par les lois internationales d'accomplir les différents droits contenus dans ces documents. D'un pays à l'autre, la façon dont les droits humains des femmes sont intégrés dans la Constitution peut varier. Certaines Constitutions incorporent les traités internationaux ratifiés dans leur droit interne ; d'autres énoncent en toutes lettres des garanties d'égalités des sexes. Selon Baye Sky, repris par Rebecca J. Cook, il existe différentes théories sur la relation entre le droit interne et le droit international : la Théorie de l'adoption (le droit international fait automatiquement partie du droit interne sauf en situation de conflit de lois) et la Théorie de la transformation (le droit international fait partie du droit interne uniquement quand il a été incorporé au droit interne). Quand les traités sont adoptés directement au droit interne, ils peuvent être évoqués et appliqués par les Cours locales et les autorités administratives.

« Dans de nombreux pays, des ministères ou secrétariats d'Etats féminins ont été créés dans le cadre de l'application des engagements pris à Pékin, un peu partout dans le monde on a assisté à des changements législatifs en faveur des femmes et dans de nombreuses instances nationales et internationales, d'importants – quoique insuffisants – budgets ont été dégagés pour promouvoir 'l'équité de genre' »⁶⁰.

En Afrique, par exemple, *« (...) l'Ouganda, les Seychelles, l'Ethiopie, l'Erythrée, la Namibie, le Maroc, la Guinée-Bissau et Madagascar ont révisé leur constitution afin de mieux tenir compte des disparités entre les sexes. Le Burkina Faso a révoqué une loi qui interdit la promotion publique des contraceptifs, tandis qu'a été abrogée, au Maroc, la loi obligeant les femmes à obtenir une autorisation spéciale pour travailler hors de chez elles. Le Groupe de travail des Droits de l'homme au Kenya a recommandé de réviser un projet d'acte législatif relatif au mariage, au divorce, à la propriété matrimoniale et aux droits des enfants, en soulignant le principe de l'égalité des conjointes. La mutilation génitale des femmes a été interdite à Djibouti, au Kenya et au Ghana »⁶¹.*

⁵⁹ Assemblée Nationale, Commission des Affaires Etrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, déposé par la commission des Affaires Etrangères, présenté par Jack Lang, 1998, page 10.

⁶⁰ Jules Falquet, « Femmes, Féministes et 'Développement' : une analyse critique des politiques des institutions internationales », page 5.

⁶¹ Colleen Lowe Morna, « L'évaluation de la conférence de Beijing fait apparaître des échecs aussi bien que des gains », Nations Unies, Afrique Relance, « Des progrès mitigés pour les Africaines », volume 14, n°2.

Liliane Abracinski, de MYSU et du Cotidiano de Mujer en Uruguay, expliquait que la Conférence du Caire notamment légitimait les activités des organisations sociales des femmes sur le thème de la santé, et leur donnait une certaine force, un poids politique, puisqu'il s'agissait désormais d'un instrument international. Ainsi, les représentants politiques se sont rendus compte de l'importance des débats internationaux, des mesures internationales.

LE ROLE DE L'ETAT

Traditionnellement, le rôle des systèmes internationaux dans la protection des droits humains est conçu comme complément des autorités nationales, sur lesquelles retombe la responsabilité principale d'implanter les normes internationales obligatoires. En ratifiant un traité international, dont l'application est obligatoire, l'Etat a le devoir d'en appliquer le contenu. Selon un des principes fondamentaux du droit international, l'Etat est légalement responsable face aux violations des obligations internationales. L'insuffisance de développement, notamment, ne peut plus être invoquée pour justifier la limitation des droits internationalement reconnus (Programme d'Action CIPD'94).

L'Etat n'est cependant pas responsable internationalement d'un acte privé de discrimination de genre. Mais il se doit d'implanter les mécanismes pour éliminer, réduire les incidences de la discrimination privée ; l'Etat n'est pas directement responsable du comportement des individus ou des entités privées mais le comportement de ces derniers est dû indirectement à l'Etat par son manque de vigilance, en toute connaissance de risque de violation des droits humains et son manque de prise en charge, d'attention et de répression⁶².

D'autre part, selon les Nations Unies, cela relève du devoir des Etats, en fonction de leur système politique, économique et culturel, de promouvoir et de protéger les droits humains, dont ceux des femmes. Mais, les Etats sont-ils les mieux placés pour assumer les tâches que leurs assigne le programme d'action [du Caire] ? Ont-ils la volonté politique et les moyens matériels de mettre en œuvre les politiques qu'ils se sont engagés à réaliser ?⁶³.

« La loi doit être l'expression de la volonté générale... ; toutes les citoyennes et tous les citoyens étant égaux à ses yeux, doivent être également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leurs capacités, et sans autres distinction que celles de leurs vertus et de leurs talents » (Olympe de Gouges).

*« Les lois ne transforment pas la société du jour au lendemain, mais elles ont un rôle fondamental de soutien à toute tentative de changement »*⁶⁴. Les différentes mesures adoptées par les Etats Parties pour accomplir les compromis internationaux doivent être protégées par

⁶² Rebecca J. Cook, « Chapitre 10 : la responsabilité de l'Etat selon la CEDAW », in *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, PROFAMILIA, 1997.

⁶³ D'après Louise Lassonde, *Les défis de la démographie*, Ed. La Découverte, 1996.

⁶⁴ Elisabeth Paquot, « Droits des femmes dans une société d'hommes », *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 47.

la loi. Ce système juridique ne se réduit pas cependant à l'ensemble de normes qui reconnaissent ces droits, régulent les conduites et les situations. Il comprend également les procédures et les institutions pour appliquer les normes. Une composante fondamentale de l'adoption de lois renvoie aux us et coutumes, ainsi que la connaissance des lois qu'ont les habitants du pays. Les barrières à l'application des droits humains sont de deux sortes : le manque de mécanismes adéquats pour que les droits deviennent une réalité dans la vie des femmes, et le manque de conscience des femmes sur les droits reconnus par l'Etat, une conscience qui leur permettrait d'avoir plus de pouvoir, dont le manque reste alimenté par la résistance idéologique aux droits humains de la femme.

« Les droits peuvent donner aux femmes le pouvoir (empower) de forger leurs vies uniquement s'ils leur permettent également une participation égale dans l'autodétermination civique, car seules les femmes elles mêmes peuvent décider des aspects pertinents qui définissent l'égalité et l'inégalité dans un domaine donné »⁶⁵.

Les engagements des Etats Parties de la CEDAW

La CEDAW oblige les pays ayant ratifié cette convention à appliquer toutes les mesures appropriées pour assurer le plein épanouissement et le progrès des femmes dans toutes les sphères (politique, éducation, emploi, santé, économie, social, mariage, relations familiales), « en vue de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'Homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes » (article 3). Les Etats Parties s'engage donc à appliquer l'égalité des droits et réprimer légalement toute discrimination à l'égard des femmes, en incorporant le principe d'égalité, en abolissant toute loi discriminatoire, ou encore en promulguant des lois nationales qui interdisent la discrimination. En effet, les articles 2 et 3 mentionnent que les lois doivent apporter une protection adéquate et respecter l'intégrité, la dignité de toutes les femmes. La Convention recommande des mesures provisoires pour accélérer l'égalité homme-femme. Les Etats Parties doivent également mettre en place des tribunaux et autres institutions publiques de protection contre la discrimination.

La Convention établit que les lois ne sont pas suffisantes et que les gouvernements doivent garantir aux femmes l'exercice des droits que les lois concèdent. Ainsi, elle demande d'assurer l'élimination de tout acte de discrimination contre les femmes et notamment de modifier les patrons socioculturels qui perpétuent la discrimination. Dans les articles 2f, 5, 10c, il est écrit que les Etats doivent éradiquer toute attitude envers les femmes liée à des stéréotypes et qui justifie les structures de subordination.

La Convention demande également l'adoption de mesures plus spécifiques telles que : l'égalité de droits pour la femme dans la vie politique et publique ; l'accès égal à l'éducation

⁶⁵ Jürgen Habermas, *Between Facts and Norms*, Polity Press, 1996, page 420, in Agnès Callamard, « Les femmes à l'assaut du ciel », Le Monde Diplomatique, juin 2000.

et aux programmes d'études ; la non discrimination dans l'emploi et les rémunérations ; la garantie de la sécurité du travail en cas de mariage ou de maternité ; des responsabilités égales au sein de la vie familiale ; le développement de services sociaux pour pouvoir combiner les obligations familiales avec les responsabilités du travail et la participation dans la vie publique ; des services d'attention médicale à la femme sans discrimination dont tous ceux relatifs à la planification familiale ; la reconnaissance d'une capacité juridique égale à celle de l'homme ; une attention particulière aux intérêts des femmes rurales.

Les engagements des Etats Parties relatifs aux droits reproductifs et sexuels

« Ce sont les États parties eux-mêmes qui sont les mieux placés pour rendre compte des questions les plus importantes concernant la santé des femmes dans chacun d'entre eux » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 9).

Selon la CEDAW, le Programme d'Action du Caire, et nombreux autres instruments internationaux sur les droits humains, tels que la Programme de Beijing, les Etats Parties ont le devoir de mettre en place des politiques pour promouvoir le droit à la santé des femmes, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces mesures doivent être protégées par la loi, figurées dans la législation nationale, sans quoi on observe une instabilité politique en matière de santé reproductive et sexuelle, sur la façon d'aborder la question et de la traiter.

Les Etats doivent respecter et appliquer le droit basique de décider sur le nombre et l'espacement des naissances. Ils doivent prendre des mesures affirmatives pour garantir que l'accès à la santé reproductive soit à la disposition (et au moyen) de toutes les femmes, dans des conditions d'égalité homme-femme, sans discrimination aucune (articles 12 et 16 de la CEDAW).

Ils doivent approuver des lois et des politiques amples qui garantissent *« l'accès universel de toutes les femmes à une pleine variété de services d'attention à la santé de grande qualité et accessibles, y compris aux services de santé sexuelle et reproductive (...). Les États parties devraient en outre indiquer comment ils offrent des services gratuits au besoin pour garantir le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum. Nombre de femmes meurent ou restent invalides suite à une grossesse car elles n'ont pas les moyens d'obtenir les soins nécessaires avant, pendant et après l'accouchement. Le Comité note que les États parties ont l'obligation de respecter le droit des femmes à une maternité sans risques et à des services obstétricaux d'urgence et qu'ils devraient consacrer à ces services le maximum des ressources disponibles »* (Recommandation Générale n°24, paragraphes 29 et 27). Il est considéré que la majorité des problèmes de santé des femmes est évitable. Ainsi les actions, plus que légales, doivent être de promotion et de prévention⁶⁶.

⁶⁶ Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998.

« Les États parties devraient également signaler les mesures adoptées pour garantir un accès rapide aux services liés à la planification familiale en particulier, et à la santé sexuelle et la santé en matière de reproduction en général. Une attention particulière devrait être accordée à l'éducation des adolescents en matière de santé, y compris aux informations et conseils à leur donner sur les méthodes de planification familiale » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 23). Les gouvernements doivent favoriser un climat favorable à une bonne qualité de planification familiale publique et privée. Les politiques doivent aborder l'accès, l'information et l'éducation en matière de planification familiale, et proposer une gamme complète de méthodes contraceptives.

La priorité ne consiste pas uniquement en la diffusion de moyens contraceptifs. Les politiques se sont souvent intéressés à l'augmentation, ou la diminution des taux de croissance de la population, sans se concentrer sur les nécessités des femmes en matière de santé reproductive et sexuelle, leurs droits et autonomie des décisions. Les Etats doivent donc mettre en pratique tous les aspects des droits reproductifs et sexuels, et cesser de donner priorité uniquement à la contraception, ou la santé maternelle. En privilégiant ces deux aspects de la santé reproductive et sexuelle, les politiques et les programmes ne répondent pas aux nécessités relatives à la santé reproductive et sexuelle dans toute son amplitude ; ils occultent toutes les autres composantes nécessaires à l'application des droits reproductifs et sexuels des femmes dans leur ensemble, telles que la sexualité des adolescents, par exemple.

Les Etats doivent respecter le droit basique de décider d'avoir ou non des enfants en assurant l'accès des femmes à toute une gamme de services de santé reproductive et sexuelle de qualité, y compris les services d'interruption de grossesses. En aucun cas l'avortement ne doit être promu comme une méthode de planification familiale. Les Etats doivent cependant proposer des alternatives en prévention de tout avortement, et assurer le maniement des conséquences de l'avortement. La prévention des grossesses non désirées doit être considérée comme une priorité (Programme d'Action CIPD'94, paragraphe 8.25).

LE ROLE DE LA SOCIETE CIVILE

« Les succès de la reconnaissance internationale des droits reproductifs et sexuels des femmes ont été accompagnés d'un grand défis : comment les femmes peuvent-elles donner un sens à ces déclarations dans leur propre vie ? Les femmes peuvent commencer par travailler pour l'adoption de lois et politiques qui reflètent les principes de ces accords internationaux. Les lois et politiques créent un repère à travers lequel les Etats influent sur le comportement des personnes. Où la loi se respecte et s'applique, elle peut influencer directement les actions de la population (...). La loi peut également avoir une force morale et déterminer comment les personnes entendent l'équité et la justice »⁶⁷.

⁶⁷ Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos 2000 : Hacia adelante*, 2000.

Selon Micheline Centlivres Demont, ethnologue, les droits des femmes doivent être demandés par les femmes elles-mêmes⁶⁸. Il est vrai que sans consensus social, sans conscience des femmes, l'application de lois ou mesures introduisant ou défendant leur droit reste vaine. La revendication de ces droits requiert cependant un certain pouvoir social, telles que l'éducation, l'instruction. Il est alors intéressant de voir de quelle forme furent transférées ou non dans le Droit Pénal les revendications des mouvements sociaux comme le mouvement féministe ; dans quelle mesure le Droit Pénal peut exprimer ou protéger les intérêts sociaux comme ceux du mouvement des femmes⁶⁹.

« De plus en plus convaincues de la légitimité de leurs droits, les femmes s'adressent d'avantage aux mécanismes nationaux et internationaux auprès desquels elles peuvent revendiquer ces droits »⁷⁰. Les traités internationaux tels que la CEDAW peuvent servir de support légal international pour les droits des femmes : si une recommandation est acceptée, si un traité est signé par l'Etat, les femmes, et particulièrement les mouvements de femmes, peuvent les utiliser pour faire pression auprès du gouvernement.

Au Maroc, en 2000, « les femmes sont sorties massivement dans la rue pour réclamer l'application des accords de Pékin, que le gouvernement s'était engagé à mettre en œuvre et qui impliquaient l'élaboration d'un nouveau statut de la femme »⁷¹.

Il s'agit ainsi de « porter l'international à la maison », c'est-à-dire augmenter l'usage des droits humains internationaux de la femme au niveau domestique et quotidien⁷².

Les mouvements des femmes jouent un rôle essentiel dans les progrès des législations. Ils peuvent utiliser les décisions internationales comme instances de référence morale et comme moyen de pression pour la politique nationale. « Il est donc important que les ONG de femmes suivent attentivement l'action du gouvernement et mesurent les progrès qu'il fait à la lumière des objectifs formulés dans son énoncé de politiques et des obligations qui lui incombent en vertu de la Convention »⁷³.

« Comment faire pour que les droits humains aient un véritable impact dans la vie réelle des femmes ? »⁷⁴. La société civile renvoie à une volonté populaire et l'Etat à une volonté juridique et bureaucratique. Seule une combinaison des deux, réunis à un moment précis de

⁶⁸ TEMA – ARTE (23/01/2002), « La cause des femmes afghanes », Débat avec Micheline Centlivres Demont (ethnologue), Mme Wieland Karimi (spécialiste de l'Islam), Mariam Notten (sociologue) et Latifa.

⁶⁹ Ana Rincon (coord.), *Analisis delCodigo Penal desde la perspectiva de género*, Instituto Vasco de la mujer, 1998.

⁷⁰ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, CEDAW, UNIFEM, 1998, page 1.

⁷¹ Pepa Roma, Enquêtes et Reportages – Société Reportage, « La bataille des femmes marocaines », *Courrier International*, 31/08/2000, n°513.

⁷² Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, PROFAMILIA, 1997.

⁷³ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *op. cit.*, page 1.

⁷⁴ Rebecca J. Cook, *op. cit.*

l'histoire, amène au changement, à la créativité et à l'action sociale. La première se limite à la mobilisation et à la conscientisation, la seconde à l'articulation et l'application. La société civile est nécessaire pour créer les conditions qui permettent au droit de 's'élever' et est utile pour assurer l'application de la loi. Mais, d'un autre côté, sans le droit, les activistes des droits humains lutteraient contre des moulins à vent⁷⁵. Il paraît ainsi indispensable de normaliser l'articulation de l'Etat avec la société civile organisée et la population féminine dans son ensemble.

Selon Rebecca J. Cook, l'application effective des droits humains internationaux de la femme dépend des interactions verticales et horizontales. Les interactions verticales se basent sur un "*Trabajo hasta arriba*" (« *Travail jusqu'en haut* »), soit 'porter l'international à la maison' c'est à dire augmenter l'usage des droits humains internationaux de la femme au niveau domestique, dans les contextes juridiques et politiques, et un "*Trabajo hasta abajo*" (« *Travail jusqu'en bas* »), soit introduire des développements juridiques favorables à la femme. L'interaction horizontale se fonde sur un échange d'expériences entre les systèmes régionaux des droits humains et entre systèmes d'une même région : elle dépend de la volonté politique de l'Etat. Cependant, la relation entre les femmes et l'Etat varie d'un pays à l'autre.

L'AMERIQUE LATINE ET LA BOLIVIE

L'Amérique Latine

L'Amérique Latine représente l'une des seules régions du monde où tous les pays ont ratifié la Convention de la Femme. De part cette ratification, elle reconnaît les droits de la femme, et doit les appliquer dans les divers champs sociaux, économiques et politiques. Plus tard, le continent s'engage à « *accélérer le progrès de l'égalité de genre et la totale intégration des femmes dans le processus de développement, comme le plein exercice de la citoyenneté dans le cadre d'un développement durable, avec justice sociale et démocratie* »⁷⁶.

Cependant, l'application de ces principes et engagements reste arbitraire : les modèles culturels, traditionnels, véhiculés par la puissance du machisme et de l'Eglise Catholique, sont ancrés dans la société latino-américaine ; et les mentalités semblent changer de façon plus lente que les lois. Aucune mesure concrète adoptée par les différents pays latino-américains ne semble éliminer de fait la discrimination de genre. Le continent latino-américain illustre

⁷⁵ R. Coomaraswamy, « Bramar como una vaca : las mujeres, la etnia y el discurso de los derechos », in Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, PROFAMILIA, 1997.

⁷⁶ "acelerar el logro de la igualdad de genero y la total integración de las mujeres en el proceso de desarrollo, así como el ejercicio pleno de la ciudadanía en el marco de un desarrollo sostenible, con justicia social y democracia" (objectif du Programme de Action Regional para las mujeres de América Latina y Caribe 1995-2001 de la CEPAL).

parfaitement les ambiguïtés, les paradoxes et les controverses de la Convention de la Femme et son application.

La Bolivie

Dans toute son histoire, la Bolivie a connu une importante mobilisation des femmes, contre la dictature en particulier, ou lors des crises économiques. Cette mobilisation se retrouve entièrement dans le personnage de Domitila Barrios de Chungara, qui s'est battue pour les mineurs, et contre la dictature. La Bolivie a même eu une femme présidente, Lidia Gueiler Tejada, de 1979 à 1980. Malgré tout, il n'existe pas de réelle reconnaissance des droits politiques et sociaux de la femme bolivienne.

L'Etat bolivien a ratifié la CEDAW en 1989. Depuis de nombreuses mesures ont été prises pour améliorer le sort des femmes boliviennes. Mais les discriminations et les inégalités de genre persistent et font partie du quotidien féminin.

Pour évaluer l'application d'un compromis international tel que la CEDAW, il est nécessaire de prendre en compte les dynamiques contextuelles, conjoncturelles et culturelles. Il est ainsi intéressant et pertinent d'étudier l'application de l'égalité homme-femme, véhiculée par la CEDAW, en Bolivie, pays multi social et multiculturel, où la femme est plurielle⁷⁷. Une telle étude permet notamment de voir l'impact et l'efficacité des mesures gouvernementales sur diverses communautés féminines. Elle montre que l'exercice et la jouissance des droits humains des femmes dépendent de nombreuses variables politiques, sociales et culturelles, et peut alors réfuter une vision ethnocentrique et figée de ces droits.

La situation des femmes boliviennes dans le domaine de la reproduction et de la sexualité est peu connue, démocratisée et étudiée. Les indicateurs sociodémographiques officiels montrent des failles dans le domaine de la santé, et occultent certaines réalités. Certaines brèches existent alors entre les chiffres officiels et la réalité sociale.

L'Etat et la société bolivienne ont reconnu officiellement les droits reproductifs et sexuels. La ratification de la CEDAW et plus tard du Programme d'Action CIPD'94, tout comme les actions et mesures des gouvernements successifs et les activités de la société civile organisée, montrent cette nouvelle conscience dans le cadre de la santé reproductive et sexuelle. De nombreux efforts sociaux et politiques sont développés dans le pays, pour améliorer la santé reproductive et sexuelle des femmes, et favoriser leur droit en la matière. La société civile organisée, tout comme l'Eglise Catholique jouent un rôle important de médiateur et de promoteur des droits reproductifs et sexuels. Cependant, des enjeux politiques, des facteurs éducatifs, économiques et culturels rendent difficile l'application réelle de ces droits. L'Etat montre à cet égard un comportement versatile. Ces facteurs peuvent expliquer les déficiences qualitatives et quantitatives des services de santé et la non satisfaction des réelles nécessités des femmes.

⁷⁷ E. Jelin définit les femmes comme une catégorie sociale transversale aux classes, aux groupes ethniques, aux communautés et aux nations, et non un groupe social en soi.

Les hauts taux de mortalités maternelle et infantile, le nombre de mères adolescentes, l'important nombre de grossesses non planifiées et désirées, la faible tendance à user et même connaître les méthodes de planification familiale, montrent que l'exercice des droits en matière de reproduction et sexualité des femmes boliviennes reste relatif.

La Paz et El Alto

La Paz est le siège du gouvernement bolivien et des ambassades (Sucre étant la capitale constitutionnelle, où siège la Cour Suprême). C'est la plus grande ville du pays et la capitale la plus haute du monde (de 3000m à 4000m d'altitude). Avec plus d'un million d'habitants, cette capitale 'de fait' constitue une ville multi sociale et multiculturelle, où la moitié de la population est d'origine indienne.

El Alto était un quartier marginal de La Paz. En 1985, ce dernier est élevé au rang de ville. La croissance accélérée de la population, qui était de 8,2, soit supérieure à la moyenne nationale, a converti El Alto en la troisième ville du pays, avec aujourd'hui 700 000 habitants. Cette croissance se doit principalement aux migrations rurales, interurbaines, pacéniennes et minières. La population alténienne est donc majoritairement d'origine migrante et indigène. Cette croissance de la ville, de gens qui viennent de la campagne, de gens d'autres villes, de gens des mines, de La Paz, confère à El Alto, « chukiyawu » en aymara (« cœur du monde andin »), des caractéristiques sociales et culturelles particulières. Les migrations ont généré d'importants problèmes sociaux, d'infrastructures (problèmes d'assainissement, de poubelles, de services publics), et de ressources (El Alto est la ville la plus pauvre du pays avec Potosi). Ces mêmes migrations sont également corollaires de tout un bagage de cultures et traditions, aymaras et quechuas, qui se mélangent et cohabitent en un même lieu, jusqu'à créer une identité propre à ses habitants : le « ser alteño » (« l'être alténien »). Ce visage social et culturel d'El Alto fait de cette ville un centre urbain marginal et marginalisé (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

L'étude dans cette ville fut essentiellement menée dans la zone sud. La zone nord d'El Alto est la zone la plus pauvre; contrairement à la zone sud qui est la zone la plus vieille avec une urbanisation planifiée, où la population est d'origine urbaine ou de La Paz.

Pourquoi ces deux villes ? Il est vrai que les recherches en sciences sociales en Bolivie concernent essentiellement l'altiplano bolivien ou le monde andin. Silvia Salinas Mulder, dans *Demography from the soul*⁷⁸ explique que l'administration et la production de savoirs en Bolivie sont surtout orientées sur les Andes. Les études privilégient les cultures aymara et quechua en prêtant peu d'attention à la richesse et la diversité ethnique des terres basses. Selon le Docteur Aramayo, conseiller en droits reproductifs et sexuels à la Commission des Droits Humains de la Chambre des députés, la culture bolivienne est associée au 'Monolito', symbole du monde andin, alors que la majorité du territoire est constituée par les terres basses.

⁷⁸ Silvia Salinas Mulder, "Demography from the soul". *Bolivia Final Research Report*, UNESCO/UNFPA/CIDES-UMSA, December 2000

Cependant, les caractéristiques politiques, sociales et culturelles de ces deux villes sont intéressantes pour l'étude. L'étude s'intéresse à l'adoption de lois et de programmes, à l'action et la mobilisation de la société civile organisée, et à la répercussion et la réappropriation de ces mesures par la population. Or l'adoption de lois, les politiques, les mesures gouvernementales, ainsi que les décisions et activités de la société civile organisée sont centralisées à La Paz. Le gouvernement, les Ministères, comme la majorité des organisations gouvernementales et des agences internationales siègent à La Paz. Cette capitale est ainsi le centre des campagnes, des actions sociales et politiques. De plus, les services publics, les infrastructures y sont particulièrement développés, notamment les services de santé.

Il est donc intéressant de voir comment se répercutent et s'appliquent directement auprès de la population, les mesures et actions sociales et politiques, là où elles sont décidées, adoptées et développées ; où l'infrastructure générale, comme l'accès aux services, n'est, en théorie, pas un problème en soi, à comparaison des campagnes ou autres villes. A La Paz, et El Alto, ville limitrophe, il existe un lien direct entre les lois, les actions de l'Etat et de la société civile, et la réalité de la population.

D'autre part, les caractéristiques de genre et de santé reproductive et sexuelle du département de ces deux villes de l'Altiplano sont intéressantes pour l'étude. Dans son rapport sur le développement humain de genre en Bolivie en 2003, le PNUD introduit un Indicateur Municipal d'équité de Genre qui rend compte du niveau d'équité de genre existant dans chaque municipalité, en matière d'éducation, de participation économique, et de participation dans les niveaux de décision économique et politique. Cet indicateur est construit sur la base des indicateurs relatifs à l'éducation (taux des hommes et des femmes alphabètes de 15 et plus, et taux des hommes et des femmes qui assistent à l'école entre 6 et 19 ans), à la participation économique (taux des hommes et des femmes dans la population économiquement active et taux des hommes et des femmes dans le groupe 'professionnel et technique'), à la participation dans les niveaux de décision économique (taux masculin et féminin dans les directions de l'administration publique et des entreprises), et à la participation politique (taux d'hommes et de femmes conseillers élus en tant que titulaires). Selon cet indicateur, en 2001, la ville de La Paz est située parmi les meilleurs indicateurs d'équité de genre, derrière Santa Cruz. En revanche El Alto se trouve parmi les villes de plus faible indicateur d'équité de genre⁷⁹.

En matière de santé reproductive et sexuelle, certains indicateurs sont représentatifs de la moyenne nationale, et surtout témoignent de carences, de nécessités insatisfaites en planification familiale, d'une faible couverture des accouchements institutionnels et des contrôles prénataux. D'autre part, les taux de mortalité maternelle et l'incidence de l'avortement dans ce département sont significatifs.

⁷⁹ PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003.

LES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS

Définitions

« La santé reproductive et sexuelle est un état général de bien être physique, mental et social dans tous les aspects liés au système sexuel et reproductif, conduisant vers l'amélioration de la qualité de vie et des relations personnelles. Il ne s'agit pas de l'absence de maladie ou d'indisposition, mais de garantir à la population la possibilité de profiter d'une vie sexuelle saine et satisfaisante, avec la liberté de décider quand procréer dans les meilleures conditions »⁸⁰.

La définition universelle, internationalement reconnue et reprise au niveau national, est donnée par le Programme d'Action du Caire de 1994: *« Par santé en matière de reproduction, on entend 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 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 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. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles »* (Programme d'Action du Caire 1994, paragraphe 7.2).

La santé reproductive est synonyme de santé, bien-être, qualité de vie des hommes et des femmes par rapport à leur possibilité de se reproduire. *« Elle est également liée au fait d'avoir une grossesse et un accouchement sûrs, ainsi que la possibilité de réguler la fécondité sans effet secondaire ou nuisible ; et de promouvoir et pourvoir une éducation saine pour chacun des enfants »⁸¹.* Il est essentiel de rappeler que la santé reproductive et sexuelle ne concerne

⁸⁰ *“La Salud Reproductiva y Sexual es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema sexual y reproductivo, encaminando al mejoramiento de la calidad de vida y de las relaciones personales. No se trata de la mera ausencia de enfermedades o dolencias, sino de garantizar a la población la posibilidad de disfrutar una vida sexual sana y satisfactoria, con libertad para decidir cuando y con que frecuencia procrear en las mejores condiciones”* (Sandra Aliaga, *¿Es la salud sexual y reproductiva un tema clave en las propuestas políticas? Los partidos responden*, PROCOS, UNFPA, Mayo 1997).

⁸¹ *“Tiene que ver también con tener un embarazo y un parto seguros, así como la posibilidad de regular la fecundidad sin efectos secundarios o dañinos; y promover y proveer una crianza saludable para cada uno de las*

pas uniquement un bien être physique, mais renvoie également au bien être *mental* et *social*. « *Le bien-être affectif, social et physique est déterminé aussi bien par le contexte social, politique et économique que par la biologie. Force est de constater que la santé et le bien-être sont inaccessibles à la plupart des femmes (...). La prévalence de la pauvreté et de la dépendance économique parmi les femmes, leur expérience de la violence, les préjugés dont elles sont victimes dès l'enfance, les discriminations raciales et autres, leur manque d'autonomie face à la sexualité et à la procréation et le peu d'influence qu'elles exercent sur les décisions sont autant de réalités sociales nocives pour la santé* » (Plate-Forme de Beijing 1995, paragraphes 89 et 92).

Les principales composantes des soins de santé en matière de reproduction et de sexualité sont: la planification familiale, la santé maternelle, la prévention de l'avortement et la prise en charge des complications de la pratique, la prévention et les traitements des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, et l'élimination des pratiques traditionnelles comme la mutilation génitale féminine.

La santé reproductive et sexuelle est elle-même une composante du droit à la santé. Elle constitue un indicateur de l'exercice des droits reproductifs et sexuels. Mais elle n'implique, ni ne suppose les droits reproductifs et sexuels, qui sont beaucoup plus amples. Ces droits doivent être considérés et appréhendés comme des phénomènes sociaux, et être étudiés selon une perspective ample et intégrale.

Les droits reproductifs « *reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et d'être informés des moyens de le faire, ainsi que du droit au meilleur état possible de santé en matière de sexualité et de procréation. Ils reposent aussi sur le droit de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la contrainte ou à la violence, conformément aux textes relatifs aux droits de l'homme* » (Plate-Forme d'Action Beijing 1995, paragraphe 95). « *Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences* » (Plate-Forme d'Action Beijing 1995, paragraphe 96).

Les droits reproductifs et sexuels supposent donc: le droit de tout couple et individu de décider de façon libre et responsable du nombre et de l'espacement des naissances, et de disposer de l'information, des moyens pour le faire; le droit d'obtenir la meilleure qualité des soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive; le droit d'adopter des décisions relatives à la reproduction et la sexualité, sans souffrir de discrimination, répression et violence.

Il est nécessaire de marquer la différence entre le « reproductif » et le « sexuel », puisqu'il existe de nos jours une reproduction sans sexualité (la fécondation *in vitro* notamment) et une sexualité sans reproduction (avec les méthodes de contraception par exemple). Ainsi, on peut aborder les droits reproductifs et sexuels dans leur ensemble ; mais il s'agit de droits qui

hijas o hijos” (Juan Carlos Ramírez Rodríguez, Grisela Uribe Vázquez, Norma Celina Gutiérrez de la Torre, *Genero y Salud. Una propuesta para el trabajo con población femenina*, Universidad de Guadalajara, 1995).

peuvent être dissociés car il y a des droits reproductifs sans base sexuelle et des droits sexuels sans base reproductive.

Les droits reproductifs et sexuels constituent une nouvelle génération de droits⁸². Ce n'est que récemment que les questions reproductives et sexuelles selon la perspective de santé et de violence sont liées à la dimension de la citoyenneté. La 'mort' et la 'douleur physique' sont plus tangibles et compréhensibles que les 'droits' et la 'citoyenneté', remarque Silvia Pimentel du CLADEM⁸³. Les indices de mortalité maternelle, les douleurs et séquelles des grossesses précoces et des avortements clandestins, l'augmentation des porteurs VIH/SIDA et la mort de nombreux d'entre eux sont des arguments plus effectifs dans la recherche de politiques publiques de santé plus accessibles à la population, y compris pour une transformation culturelle, politique et juridique de la réalité.

« Ces derniers 15-20 ans, des femmes de différentes parties du monde ont commencé à discuter du sujet de la santé reproductive. Leur préoccupation était de 'renforcer' la femme pour qu'elle puisse contrôler sa propre fécondité et sexualité avec un maximum de désir/choix et un minimum de problème de santé, par l'information et les services alternatifs et à travers des campagnes sur les droits de la femme, pour qu'elle puisse décider avec un minimum d'information de sa fécondité et pour mettre en place des services améliorés et technologiquement plus appropriés »⁸⁴.

« Le droit de 'déterminer de façon libre et responsable du numéro et de l'espacement des enfants' par les 'parents' est énoncé pour la première fois à la Conférence de Droits Humains de Téhéran (1968) »⁸⁵. Les notions de droits reproductifs et sexuels apparaissent dès la fin des années 80, mais elles ne sont nullement considérées comme des droits humains.

La reconnaissance internationale explicite du droit des femmes à décider en matière de reproduction peut remonter à la fin des années 70, avec notamment l'adoption de la CEDAW. Ratifiée par de nombreux pays, la Convention de la Femme est celle qui connaît l'appui légal le plus fort sur la santé reproductive et le choix reproductif. Le Programme d'Action CIPD'94 rappelle et renforce cette liberté reproductive, et introduit celle en matière de sexualité (les droits sexuels). Il ne s'agit pas seulement du droit à déterminer le nombre et l'intervalle des naissances, mais aussi le droit d'accès aux soins en matière de santé reproductive et sexuelle, le droit d'adopter des décisions relatives à la reproduction sans souffrir de discrimination, violence. Par conséquent, les droits reproductifs et sexuels entraînent la capacité de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sans risque de procréer, et la liberté de décider de le faire ou non, quand et selon quelle fréquence.

Ainsi, le Programme d'Action du Caire observe pour la première fois que les droits reproductifs et sexuels comprennent et regroupent certains droits humains, considérés comme

⁸² Les droits de la 1^{ère} génération sont les droits civils et politiques ; les droits de la 2^{ème} génération sont les droits économiques, sociaux et culturels ; et les droits de la 3^{ème} génération sont les droits collectifs ou de groupe.

⁸³ Silvia Pimentel, CLADEM, « Anticoncepcion de emergencia y derechos sexuales y reproductivos », Conférence del CLAE, « Derecho a la Anticoncepcion de Emergencia en América Latina y el Caribe », Quito – Ecuador, 16-18 de Octubre de 2002.

⁸⁴ OMS et coalition Internationale pour la Santé de la femme, Genève 1991, M. I. Plata, « Derechos Reproductivos como Derechos Humanos. El caso colombiano », in Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, PROFAMILIA, 1997.

⁸⁵ "El derecho a 'determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos' por parte de 'los padres' se enuncio por primera vez en la Conferencia de Derechos Humanos en Teherán (1968)" (GIRE. Derechos Reproductivos : Salud pública, Modernidad y Etica, page 3).

indivisibles et interdépendants, déjà reconnus dans les lois nationales, dans les documents internationaux relatifs aux droits humains, et dans d'autres documents pertinents des Nations Unies approuvés par consensus : « *Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus* » (Programme d'Action du Caire 1994, paragraphe 7.2). De plus, d'après la Conférence de Vienne, tous les droits sont indivisibles et de même valeur.

L'origine des droits reproductifs et sexuels selon Sandra Aliaga⁸⁶.

Selon Sandra Aliaga, et d'autres analystes, les droits reproductifs et sexuels voient leur origine dans le mouvement féministe. Dans un premier temps, les crises économiques ouvrent un espace aux femmes dans la société. Plus tard, les femmes du monde entier constatent qu'elles partagent, par le fait d'être femme, la répression et la discrimination. Certaines créent alors un espace de lutte commune, caractérisé par le mouvement féministe.

La faiblesse de la femme a toujours été justifiée par le fait qu'elle accouche et se charge des enfants. Les féministes commencent dès lors à interpellier la société et l'Etat sur les droits reproductifs et sexuels qui marquent la vie entière des femmes ; et sans la conscience de ces droits, ces dernières sont dominées par une série de réalités. Ce sont généralement les femmes des classes privilégiées (qui n'ont pas de préoccupation économique) qui élaborent les théories en s'inspirant de la réalité des femmes en général.

Les droits reproductifs et sexuels marquent une étape historique majeure à la Conférence de Nairobi (1985) notamment, lorsque le monde commence à s'intéresser aux revendications des femmes relatives à la mortalité maternelle, qui en grande partie est évitable et prévisible. Cette Conférence constitue alors un événement important de cette prise de conscience. A partir de là, toute une série de droits est établie : le droit à des soins de qualité, à des contrôles prénataux ; le droit à la planification familiale, ce qui implicitement implique le droit au plaisir sexuel.

Officiellement, le plus grand succès est la Conférence du Caire (1994) où, pour la première fois, les Etats réunis parlent de sexualité et reproduction, et reconnaissent ces thèmes comme une responsabilité sociale, politique et comme facteur de développement.

Peu à peu, on note un plus grand protagonisme des mouvements féministes, qui ont permis de rendre visible le thème de la reproduction et de la sexualité. Ces mouvements gagnent des conquêtes dans divers espaces, y compris au sein de l'Etat étant donné que ces revendications ont désormais un caractère officiel.

La lutte pour les droits reproductifs et sexuels n'a pas été et n'est pas une bataille facile. En effet, la planification familiale, par exemple, a été au début très critiquée, associée à

⁸⁶ Sandra Aliaga est communicatrice sociale en thèmes de genre et de santé reproductive et sexuelle en Bolivie.

l'impérialisme américain. Il y avait cependant une réelle volonté, une demande de planification familiale. D'autre part, l'idée est très combattue, car elle engendre une rupture dans l'histoire de l'humanité. 'Contrôler sa sexualité, c'est contrôler sa vie'. Ce contrôle développe également l'auto estime des femmes. Le changement revendiqué est tel que les structures conservatrices ne peuvent le tolérer ; elles perdent du pouvoir.

Le défi du 21^{ème} siècle, selon Sandra Aliaga, est d'ouvrir le spectre : les succès obtenus obligent désormais de prendre en compte, dans l'analyse, les hommes. Ces derniers ont été et sont, de la même manière que les femmes, frappés par les stéréotypes, la construction sociale relative à la sexualité et la reproduction.

Pourquoi les droits reproductifs et sexuels ?

Pour de nombreux auteurs et scientifiques, la subordination de la femme provient de son rôle reproductif. La discrimination de genre est souvent justifiée par cette 'faiblesse' de la procréation. Le rôle reproductif des femmes les rend vulnérables à une série de pratiques discriminatoires, qui ont pour origine la perception des femmes comme instruments pour la reproduction et la garde des enfants. Comme l'affirme Françoise Héritier, « *ce n'est pas le sexe, mais la fécondité, qui fait la différence réelle entre le masculin et le féminin (...)* »⁸⁷.

« *La thèse de Diderot est lumineuse de clarté : la femme est un être de passions et d'émotions commandée par son utérus. Tout le reste s'en déduit (...). A ses yeux, la spécificité féminine réside dans ses organes génitaux* »⁸⁸.

Le contrôle social de la fécondité et de la sexualité féminines est un pivot de l'inégalité sexuelle. « *A travers le monde, les hommes se sont appliqués à n'autoriser aux femmes qu'une sexualité soumise à leurs règles et à leurs normes sociales* »⁸⁹. Parallèlement, « *les femmes ont renoncé à faire reconnaître la maternité comme fonction importante, digne de leur assurer une participation au pouvoir dans la cité : elles l'ont réduite à une satisfaction personnelle. Elles enfantent pour le plaisir. A tous risques !* »⁹⁰.

Madame d'Epinay explique que « *leurs misères sont devenues raisons de leur grandeur* »⁹¹. Elle affirme l'idée très moderne que « *même la faiblesse de nos organes appartient à notre éducation et est une suite de la condition qu'on nous a assignée dans la société* »⁹². La condition des femmes peut-elle changer ? « *A coup sûr, répond Mme d'Epinay. Dès lors qu'on ne les considère plus comme les esclaves de leur utérus, mais comme les victimes de*

⁸⁷ Françoise Héritier, « De la domination Masculin-Féminin à l'égalité », propos recueillis par Agnès Boussuge, in Clara Magazine n°76, mars 2003.

⁸⁸ AL. Thomas, Diderot, Mme d'Epinay, *Qu'est ce qu'une femme ?*, POL, 1989, pages 34 et 35.

⁸⁹ Camille Lacoste Dujardin, « La virginité », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 349.

⁹⁰ Propos de Yvonne Kniebeller, in H. Le Doare, « Du pouvoir politique et poétique : schéma d'un raisonnement », Futur Antérieur n°25-26, 1994, page 10.

⁹¹ AL. Thomas, Diderot, Mme d'Epinay, *op. cit.*, page 40

⁹² AL. Thomas, Diderot, Mme d'Epinay, *op. cit.*, page 41

leur éducation, rien dans leur nature n'interdit plus qu'elles soient les égales, sinon les sœurs des hommes »⁹³.

Les droits reproductifs et sexuels constituent donc une acquisition primordiale des femmes, pour leur 'affranchissement' éducatif, économique et politique. Simone de Beauvoir écrivait déjà, en 1949, que « *la libération des femmes commence au ventre* », ce qui est devenue l'une des principales revendications des féministes de la fin du 20^{ème} siècle. La maîtrise de la fécondité serait la clé de l'émancipation des femmes et du développement⁹⁴. Liliane Abracinski affirmait en effet que la santé féminine était une substance importante pour 'l'empowerment' des femmes.

Sans l'acquisition des droits reproductifs et sexuels, la réalisation et la reconnaissance effectives des autres droits humains de la femme ne sont pas possibles. La Conférence de Beijing confirme le caractère crucial de ces droits pour le progrès du statut des femmes. « *Dans la plupart des pays, les activités publiques et privées des femmes et, en particulier leur éducation et leurs moyens d'action économique et politique sont très limités parce que leurs droits en matière de procréation ne sont pas respectés. La possibilité pour les femmes d'être maîtresses de leur fécondité est une base importante pour la jouissance d'autres droits* » (Programme d'Action de Beijing, 1995, paragraphe 97). Le Docteur Nafis Sadik, alors Directeur Exécutif du FNUAP, explique de même que sans santé reproductive et sexuelle, et liberté, les femmes ne peuvent exercer pleinement leurs droits fondamentaux, comme l'éducation et l'emploi⁹⁵. Les droits reproductifs et sexuels apparaissent ainsi comme les droits humains des femmes les plus élémentaires, dont la reconnaissance et le respect sont nécessaires pour l'amélioration de la condition féminine publique et privée dans toutes les sociétés.

« *Le partage entre les femmes et les hommes de la responsabilité des comportements sexuels et de la procréation est aussi un facteur essentiel de l'amélioration de la santé des femmes* » (Programme d'Action de Beijing, 1995, paragraphe 97). L'exercice des droits reproductifs et sexuels a des répercussions sur l'état de santé des femmes et des mères, ainsi que sur celui des enfants et de la famille en général. L'exercice de ces droits permet en particulier d'agir sur les phénomènes de mortalités maternelle et infantile, dont les taux sont élevés dans les pays en voie de développement. « *La planification des naissances (y) a un rôle très important à jouer, ne serait-ce qu'en faisant des enfants des êtres désirés, qui ont d'emblée une place dans la communauté familiale et sociale* »⁹⁶.

En théorie, l'exercice des droits reproductifs et sexuels est corollaire d'un meilleur accès à la santé, d'une meilleure attention médicale personnelle et institutionnalisée. L'exercice de ces droits se répercute donc sur la santé féminine, et indirectement sur celle des enfants. En général, la femme est à charge de la santé de la famille, des enfants et du mari ; sous de telles responsabilités, elle néglige sa propre santé, qu'elle soit enceinte, allaitant ou non.

⁹³ AL. Thomas, Diderot, Mme d'Épinay, *Qu'est ce qu'une femme ?*, POL, 1989, page 43.

⁹⁴ Assemblée Nationale, Commission des Affaires Étrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, déposé par la commission des Affaires Étrangères, présenté par Jack Lang, 1998.

⁹⁵ Women. The right to reproductive and sexual health, Published by the United Nations Department of Public Information, DPI/1877, February 1997.

⁹⁶ Denise Pouillon Falco, « Prostitution, le dernier esclavage », in Elisabeth Paquot (dir), *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, Ed. La Découverte et Ed. du Boréal Express, 1982, page 56.

« (...) le mauvais suivi médical des fillettes et des femmes et le sexisme insidieux qu'elles subissent au quotidien se traduisent par une dénutrition maternelle plus fréquente ; celle-ci accroît à son tour les risques d'affaiblissement des défenses du fœtus, d'insuffisance pondérale du nourrisson et de dénutrition de l'enfant »⁹⁷.

Les droits reproductifs et sexuels sont aujourd'hui reconnus comme primordiaux, et essentiellement comme droits humains, et constituent une nouvelle revendication des mouvements féministes et féminins, à laquelle doivent se confronter les gouvernements. Cependant, peu d'Etat n'accomplit et n'applique ces droits. « *L'ampleur, de par le monde, des taux de mortalité et de morbidité liés à la maternité que révèlent les études sur le sujet, et le grand nombre de couples qui souhaiteraient avoir moins d'enfants mais qui n'ont pas accès à la contraception ou n'y ont pas recours, montrent bien que tous les États parties ne s'acquittent pas de leur obligation d'assurer aux femmes l'accès aux soins de santé* » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 17). Ils constituent en effet le thème le plus épineux et difficile, car il est confronté au conservatisme et au fondamentalisme. Au Caire notamment, la principale controverse « *oppose les partisans des droits individuels en matière de reproduction et de sexualité à ceux qui estiment que les Etats ont le droit de les restreindre au nom de valeurs culturelles et croyances religieuses* »⁹⁸. Il n'existe donc pas de réel consensus au niveau mondial et national sur certains points des droits des femmes tels que la reproduction et la sexualité. Cette émancipation particulière des femmes est notamment freinée par les traditions et la croyance religieuse, en plus du machisme et du patriarcat. L'émancipation des femmes en matière de reproduction et surtout de sexualité paraît vaine car, comme l'écrivait Michel Foucault, la sexualité questionne tous les pouvoirs.

Face aux controverses du thème, le Programme d'Action du Caire montre certaines contradictions afin de satisfaire toutes les parties. Le thème de l'avortement illustre cette contradiction : « *Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité* » (Programme d'Action du Caire 1994, paragraphe 8.25).

Ainsi, comme l'écrit Elisabeth Paquot, « *choisir ou refuser la maternité est le droit le moins partagé du monde (...). De même, rares sont les pays où les lois autorisent expressément la contraception (...). Si le droit à l'avortement est encore peu répandu dans les tiers monde, il est loin d'être une généralité dans les pays développés* »⁹⁹. Paradoxalement, la contraception, l'avortement et l'infanticide existent depuis la nuit des temps, dans toutes les cultures, et semblent inévitables.

⁹⁷ Amartya Sen, « Enquêtes et Reportages – Débat L'inégalité des sexes dans le sous continent indien. Quand la misogynie devient un problème de santé publique », *Courrier International*, n°601, 10/05/2002.

⁹⁸ Propos de Joaquim Arango, in Louise Lassonde, *Les défis de la démographie*, Editions La Découverte, 1996, page 23.

⁹⁹ Elisabeth Paquot, « Les lois et le corps des femmes », in *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 54.

Les conditions d'exercice des droits reproductifs et sexuels

« *Aucun droit ne s'exerce en marge des conditions sociales, culturelles, matérielles, en marge des idéologies qui règnent dans les différents strates de la société. L'exercice d'un droit suppose plus de liberté et/ou, pour certain secteur, en même temps mettre en conflit de vieux schèmes de comportement et de valeurs établis, c'est-à-dire : confondre* »¹⁰⁰. De plus, si « *l'autonomie et l'autodétermination sont des revendications primordiales, (...) leur concrétisation dépendra de l'appropriation que chaque mère en fait, selon ses propres désirs de croissance et de développement personnel* »¹⁰¹. Selon Rebecca J. Cook, celui qui tente d'aborder les droits humains de la femme doit se demander comment protéger ces droits dans le contexte de chaque culture, et de chaque tradition.

Au delà de la volonté politique des gouvernements, les droits reproductifs et sexuels des femmes sont directement liés à leur condition de vie, leur situation socio-économique et culturelle. Les nécessités sociales et économiques vulnérabilisent l'exercice de ces droits, ainsi que le fatalisme et le manque d'auto estime des femmes.

Il existe un lien étroit entre l'adoption de lois et de politiques de population ou de santé, santé reproductive et sexuelle en particulier, et la possibilité d'exercer les droits reproductifs et sexuels. Mais l'adoption de lois et de politiques ne signifie pas pour autant une application effective et réelle des droits reproductifs. D'où la nécessité de prendre également en compte d'autres acteurs sociaux tels que les médecins, les structures médicales, les associations et la population féminine. En général, une amplitude de facteurs sociaux, culturels et légaux affecte la santé et les droits reproductifs et sexuels des femmes dans leur ensemble.

La réalisation des droits en matière de reproduction et sexualité repose sur la compréhension, la démocratisation et la diffusion des différentes composantes des droits reproductifs et sexuels au sein du monde législatif (application concrète de la Convention de la femme et du Programme d'action CIPD'94) et social. Il s'agit notamment de considérer les conceptions culturelles et communautaires de la reproduction et de la sexualité. L'exercice des droits reproductifs et sexuels doit se traiter dans leur contexte culturel.

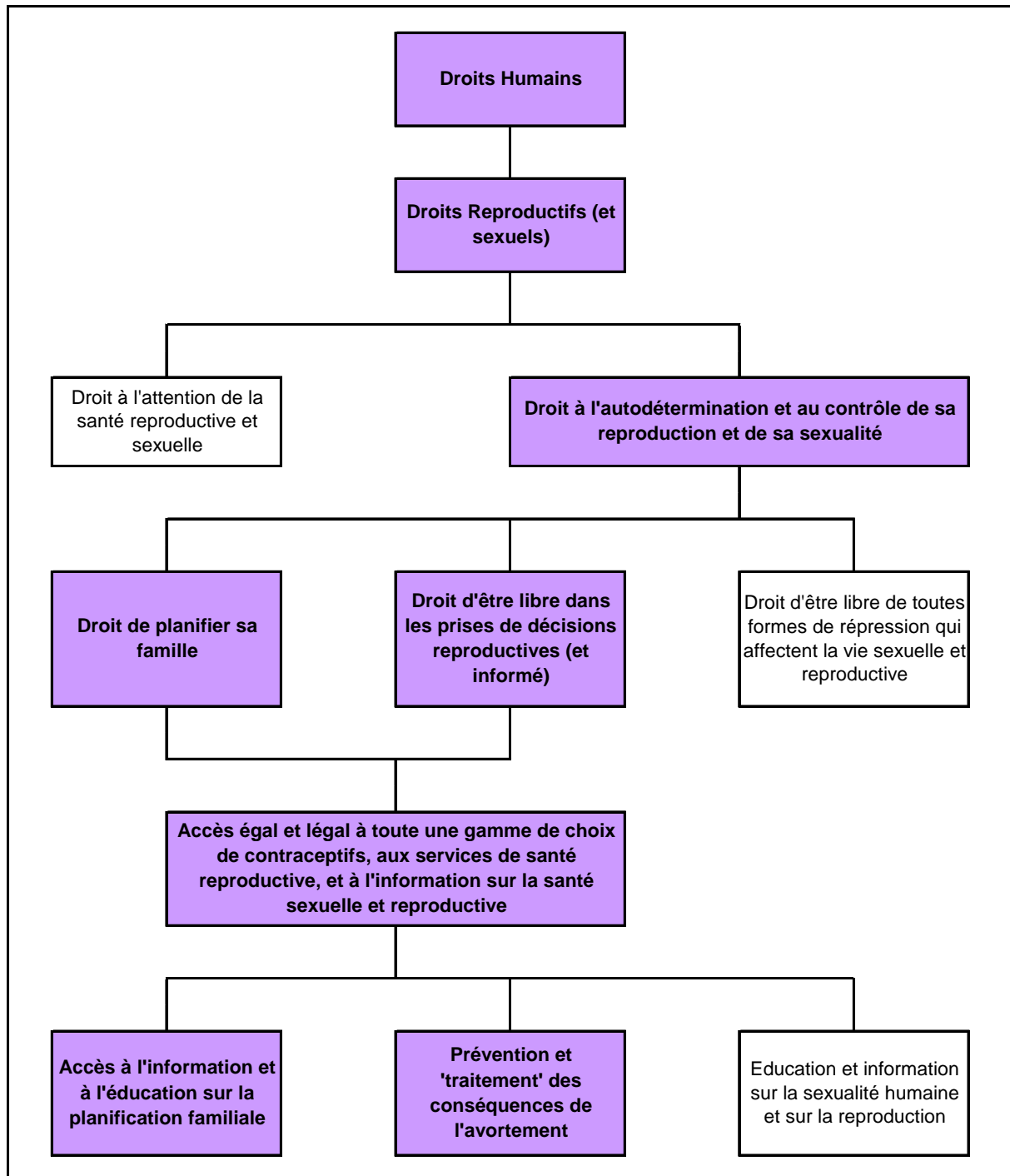
D'autre part, la santé reproductive et sexuelle concerne toute la population et non un groupe spécifique, ce qui doit être pris en compte dans la formulation de projets et de politiques. « *Les États parties devraient mettre en oeuvre une stratégie nationale dont le but d'ensemble serait de protéger la santé des femmes durant toute leur vie* » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 29).


¹⁰⁰ « (...) ningún derecho se ejerce al margen de condiciones sociales, culturales, materiales, al margen de las ideologías que rigen en los diferentes estratos de la sociedad. El ejercicio de un derecho que supone mas libertad y/o bienestar, para cierto sector, al mismo tiempo poner en conflicto viejos esquemas de comportamiento y valores establecidos, es decir: confundir » (Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994, p.129).

¹⁰¹ « la autonomía y la autodeterminación son reivindicaciones primordiales, (...) su concretización dependerá de la apropiación que cada mujer haga, según sus propios deseos de crecimiento y desarrollo personal » (Ineke Dibbits, *op. cit.*, p.120).

LES GROSSESSES NON PLANIFIEES, NON DESIREES ET L'AUTONOMIE DES DECISIONS REPRODUCTIVES ET SEXUELLES

Définition et variables des droits reproductifs et sexuels dans l'étude



 Raisonnement théorique suivi

Comme le signale un document de travail de la Coordinadora de la Mujer, ONG bolivienne, « *le taux de fécondité lié aux enfants désirés et obtenus, et l'utilisation de méthodes de régulation de la fécondité constituent l'indicateur le plus important pour mesurer l'exercice de leur droit à la santé sexuelle et reproductive* »¹⁰².

Les grossesses non planifiées et/ou non désirées sont un indicateur clé pour mesurer l'exercice des droits reproductifs et sexuels, qui permet d'évaluer la 'maternité volontaire', définie par les groupes de femmes comme le droit de décider, reproduire ou interrompre une grossesse non désirée, selon des critères établis par les femmes elles-mêmes. La maternité volontaire présuppose de considérer la femme comme principal sujet et acteur par rapport à la reproduction et la sexualité. Or le droit d'avoir ou non des enfants, d'un choix reproductif et sexuel libre implique la critique de la société patriarcale, qui ne reconnaît pas la femme comme sujet de son propre corps, de sa propre vie et de ses décisions.

La planification familiale, qui permet de planifier les grossesses, de réguler la fécondité, est une des principales composantes des droits reproductifs et sexuels. Elle permet de décider de sa reproduction (quand avoir des enfants et avec qui) et de sa sexualité (jouir notamment de relations sexuelles, sans la préoccupation de la grossesse). Les méthodes contraceptives confèrent un certain pouvoir à la femme, au détriment de celui de l'homme, pour qui il est désormais difficile de contrôler sa propre paternité, la maternité et la sexualité de sa femme. L'usage de méthodes contraceptives est requis pour l'exercice des droits reproductifs et sexuels, mais n'est pas corollaire de l'exercice de ces droits. L'élection, ou non, d'une méthode doit se faire dans un contexte de 'libre choix informé' (offre d'une information complète et détaillée sur toutes les méthodes de contraception pour permettre à la femme de décider du moyen le plus approprié selon elle).

La planification familiale en tant que composante des droits reproductifs et sexuels doit offrir toutes les méthodes contraceptives légales, traditionnelles incluses, qui existent dans le pays, les explications nécessaires de chacune de ces méthodes, sans pressions, discrimination ou manipulation de l'information. « *Quand on propose une information incomplète ou manipulée, ou quand on offre une minime partie des contraceptifs existants, on ne peut parler de respect des droits reproductifs et sexuels. Jusqu'à maintenant la production de contraceptifs et leur distribution à travers des programmes de planification familiale ont eu, et ont toujours dans de nombreuses régions du monde, surtout un effet de contrôle sur la fécondité de la femme au lieu d'être une réponse à ses nécessités reproductives* »¹⁰³. Le droit de planifier sa propre famille suppose donc l'accès à toute une gamme d'options de contraceptifs et de services de santé reproductive et sexuelle, à l'information sur la santé reproductive et sexuelle. Ce droit est ainsi limité lorsque les lois restreignent la diffusion des contraceptifs, exigent le consentement de l'époux pour obtenir des contraceptifs ou pénalisent la stérilisation volontaire.

¹⁰² "La tasa de fecundidad relacionada con hijos deseados y tenidos, y el uso de métodos de regulación de la fecundidad constituye el indicador mas importante para medir el ejercicio de las mujeres de su derecho a la salud sexual y reproductiva" (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los derechos humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, page 69).

¹⁰³ "Cuando se proporciona una información incompleta o manipulada, o cuando se ofrece una mínima parte de los anticonceptivos existentes, no podemos hablar de un respeto a los derechos reproductivos y sexuales. Hasta ahora la producción de anticonceptivos y su distribución mediante programas de planificación familiar ha tenido, y sigue teniendo en muchas partes del mundo sobre todo, un efecto de control sobre la fertilidad de la mujer en vez de ser una respuesta a sus necesidades reproductivas" (Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994, page 106).

La maternité volontaire et l'autonomie des décisions reproductives et sexuelles supposent donc ici la possibilité de décider du nombre d'enfants désirés à travers des méthodes contraceptives sûres (autodétermination en matière de procréation et de sexualité), et l'attribution de recours nationaux suffisants pour l'application des plans, des politiques et des programmes, qui garantissent l'exercice effectif du droit des couples et des individus à décider de façon libre et responsable du nombre et de la fréquence des naissances. Le droit à l'autodétermination reproductive se base sur le droit à planifier sa propre famille, le droit à être libre dans les prises de décisions reproductives, le droit d'être libre de toute forme de violence et coercition qui affecte la vie sexuelle et reproductive de la femme. Ce droit est appuyé par la force légale de la Convention de la Femme.

Cette autonomie des décisions reproductives et sexuelles renvoie également à la pratique de l'avortement. *« L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés »* (Programme d'Action du Caire, paragraphe 8.25).

A travers le Programme, les pays s'engagent à revoir les lois relatives aux sanctions contre les femmes qui ont avorté illégalement. Mais il ne s'agit pas pour autant, comme cela fut souligné à la Conférence, d'encourager l'avortement comme méthode de planification familiale.

Pour de nombreux activistes des Droits de l'Homme, les lois restrictives de l'avortement sont une forme de discrimination des femmes. Selon la CEDAW, *« la discrimination envers la femmes »* inclut des lois qui ont ou bien *« l'effet »*, ou bien *« le propos »* d'influer l'exercice de la femme d'un de ses droits humains ou libertés fondamentales sur la base d'égalité avec les hommes. *« Les causes fondamentales de la mortalité maternelle doivent être identifiées et celle-ci doit être réduite de 50% d'ici l'an 2000, et de nouveau de 50% entre l'an 2000 et 2015 »* (extrait du Programme du Caire).

Qu'il soit permis ou interdit, l'avortement est pratiqué partout dans le monde, et ce depuis des temps immémoriaux. Mais, dans les pays où les services d'avortement sont interdits par les lois ou financés de façon inadéquate par l'Etat, la femme qui désire interrompre une grossesse fait face à une menace pour son bien être physique, mental ou social. Les effets sur la santé de l'avortement en condition de risque furent abordés dans les deux conférences récentes des Nations Unies (la Conférence du Caire et celle de Beijing). Il y aurait dans le monde, par an, environ 20 millions d'avortement effectués dans des conditions insalubres ; ce qui

provoquerait la mort de 70 000 femmes¹⁰⁴. Environ 13% des morts maternelles annuelles dans le monde entier sont attribuées à l'avortement clandestin. Environ 41% de la population vivent dans 50 pays qui permettent l'avortement sans restriction de causes (dont la Chine, la France, la Russie, l'Afrique du Sud et les Etats Unis) ; environ 21% vivent dans 14 pays où l'avortement est permis selon d'amples critères sociaux et économiques (dont les Barbades, la Grande Bretagne, l'Inde et la Zambie) ; 53 pays, soit environ 13% de la population, permettent l'avortement seulement si nécessaire, en cas de menace pour la santé de la femmes (Bolivie, Pérou, Zimbabwe, Argentine, Ethiopie...) ; enfin, 26% de la population (74 pays) vivent dans des pays où l'avortement est permis pour sauver la vie de la mère, ou interdit dans sa totalité (Brésil, Nigeria, Indonésie, République Dominicaine, Sénégal, Egypte, Chili, Colombie...). Seuls deux pays au monde, El Salvador et le Chili, pays d'Amérique Latine, interdisent totalement l'avortement, ne pouvant être pratiqué sous aucune condition. La capacité d'une femme à obtenir l'avortement dépend aussi des services disponibles. Parfois les promoteurs de la santé refusent d'appliquer la loi ou ne sont pas formés pour le faire.

« Les États parties devraient en outre, en particulier donner une place prioritaire à la prévention des grossesses non désirées, par la planification familiale et l'éducation sexuelle, et réduire les taux de mortalité maternelle par des services de maternité sans risques, et d'assistante prénatale. Le cas échéant, il faudrait amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent; Veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 31).

CONCLUSION

L'étude consiste à rendre compte de l'application de la CEDAW et d'autres instruments internationaux aux niveaux régional (Amérique Latine) et national (Bolivie), si le principe d'égalité a été introduit dans la norme, si les lois discriminantes ont été abolies, si des institutions publiques sur la question féminine ont été mises en place. D'autre part, il s'agit de voir si la CEDAW est connue, utilisée et revendiquée par le monde politique. En règle générale, les Etats tendent à appliquer les compromis internationaux. Mais quels sont réellement les facteurs déterminants dans l'adoption de nouvelles lois. L'étude s'interroge donc sur la dynamique et l'origine des changements légaux et sociaux : Est-ce une dynamique propre ? Le résultat de pressions de la société civile ? De pressions et de conditions apportées par de la communauté internationale ou imposées par la coopération internationale ? Ou, au contraire, une volonté politique du gouvernement ?¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Chiffres de Women at a Glance, mai 1997

¹⁰⁵ Questions de S. Salinas Mulder sur la dynamique et l'origine des changements, in S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

Ces questions guideront la recherche sur l'application des droits reproductifs et sexuels en Bolivie, où les principaux acteurs de leur évolution semblent être les agents de la coopération internationale multilatérale et bilatérale, l'Eglise Catholique avec l'appui des élites conservatrices, et la société civile, notamment les mouvements féministes.

Au-delà de la réalité politique, juridique et législative des droits des femmes, l'analyse s'intéresse à la réalité sociale des femmes, et cherche ainsi à appréhender la situation de droit et celle de fait, notamment les changements idéologiques et culturels, en prenant comme référence les droits reproductifs et sexuels.

Le travail est alors de comprendre comment la Bolivie applique la CEDAW en matière de reproduction et sexualité ; quels sont les mécanismes sociaux et légaux d'application des droits reproductifs et sexuels, tels qu'ils sont définis dans la Convention et les Programmes ou Plate-Formes d'action du Caire et de Beijing.

Au niveau de l'Etat, l'action relative à la santé reproductive et sexuelle suppose des arrangements politiques. Cette action est soumise à des exigences propres et des influences extérieures. Face au comportement versatile de l'Etat bolivien quant au thème de la reproduction et de la sexualité, l'étude cherche à évaluer les rôles et les apports de la communauté internationale, de la coopération en particulier, de la société civile organisée, tels que les groupes de femmes, les organisations non gouvernementales. S'agit-il de réussir là où l'Etat a échoué ?

L'intérêt du travail est également de rendre compte des perceptions des différentes institutions sociales et politiques. Pourquoi, par exemple, les mesures de santé privilégient-elles le binôme mère-enfant ou la fonction reproductive des femmes ? La définition donnée aux droits reproductifs et sexuels se voit en particulier confronté à la moralité publique, à la double morale de la société bolivienne.

Au niveau social, l'étude de terrain consiste à évaluer et analyser la réappropriation de ces droits par la population féminine, en appréhendant la connaissance, la perception, l'expérience qu'ont les femmes boliviennes de leurs droits en matière de santé. Des indicateurs, tels que les grossesses non planifiées, les grossesses non désirées, l'avortement, ou le rôle du mari, du médecin permettent de rendre compte de l'exercice réel de ces droits par les femmes, et d'évaluer le décalage entre les nécessités et les moyens mis en place.

Les dynamiques culturelles dans la pratique reproductive et sexuelle, les logiques traditionnelles de la sexualité et de la reproduction, ainsi que les déterminants socioéconomiques sont également des éléments clé de l'étude, puisqu'ils permettent d'évaluer l'utilisation, l'accès des femmes aux services de santé ; d'expliquer ainsi les déficiences qualitatives et quantitatives de ces services ; et d'appréhender alors le décalage entre la santé officielle et la santé informelle.

« Les droits légalement établis offrent-ils réellement quelque chose à la femme ? Les droits de la femme peuvent-ils être universels ? Quel sens ont les lois des droits humains des femmes si certaines violences sur les femmes ne sont pas reconnues comme une violation du droit le plus fondamental, le droit à la vie ? Quel sens ont toutes les protections constitutionnelles si 'l'identité ethnique' constitue une justification acceptable pour réduire la condition de la

*femme selon la diversité des pratiques culturelles ? »*¹⁰⁶ sont autant de questions qui guident et motivent la recherche ici présentée.

*« Des initiatives ont été lancées pour collecter des informations de meilleur qualité sur ces sujets [efficacité des programmes de planification familiale], mais des travaux plus poussés sont nécessaires pour mettre au point des méthodes qui permettront de mesurer plus directement le respect des droits en matière de reproduction »*¹⁰⁷. Ainsi, l'objectif de l'étude est de donner, à échelle réduite, une vision réelle des droits reproductifs et sexuels en Bolivie.

¹⁰⁶ Questions de Rebecca J. Cook, in Rebecca J. Cook, « *Les droits humains internationaux de la femme : le chemin à suivre* », *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, PROFAMILIA, 1997.

¹⁰⁷ Nations Unies, *Les femmes dans le monde : des chiffres et des idées*, 1995, page 81.

Chapitre II :

« Méthodologie »

« Comment et que faire pour que les résultats des investigations socioculturelles servent à changer et améliorer les conditions de vie des hommes et des femmes est l'un des principaux objectifs de tout professionnel travaillant dans la recherche »¹⁰⁸

¹⁰⁸ Susanna Rance, Veronica Kaune, María Dolores Castro, Silvia Salinas, Claudia De la Quintana, Ester Veldhuis, Jacqueline Michaux, *Encuentros sobre "Metodologías de Investigación Sociocultural", Experiencias en Investigación Sociocultural*, La Paz, diciembre de 2002.

INTRODUCTION

Après un bilan d'œuvres sociologiques et politiques sur le thème de la mobilisation des femmes latino-américaines et du changement social en Amérique Latine (Mémoire de DEA¹⁰⁹), est née l'idée de travailler et d'approfondir le thème des « femmes » et du « genre » en Amérique Latine, à partir d'un instrument international clé : la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDAW). Cette Convention donne un cadre théorique à la recherche : en ratifiant la CEDAW, les Etats reconnaissent les droits de la femme, l'égalité et l'équité de genre, et la nécessaire abolition de la discrimination envers les femmes. La Convention aborde principalement trois grands domaines : les droits civils et le statut juridique de la femme, les facteurs culturels qui perpétuent la discrimination des femmes, et les droits reproductifs des femmes. Afin d'illustrer l'application de cette Convention, ses répercussions dans le monde social et politique, et sa réappropriation par la communauté féminine, la recherche se centre essentiellement sur ce dernier thème, les droits reproductifs (et sexuels), dans un cadre concret : celui de la Bolivie (étude de cas).

L'étude présentée ici est le résultat de trois travaux : une recherche théorique et bibliographique sur la situation des femmes dans le monde, la Convention et son application en Amérique Latine ; une étude de terrain préalable, de sensibilisation sur le thème des femmes et de la santé reproductive et sexuelle, en Amérique Latine, et notamment à Buenos Aires, Montevideo et Lima ; et une étude de cas, la plus conséquente, en Bolivie, plus particulièrement à La Paz et El Alto¹¹⁰.

En Bolivie, l'étude de terrain se base essentiellement sur une méthode qualitative, à travers des entretiens d'acteurs sociaux, politiques, médicaux et de femmes non mobilisées, d'observations participantes au sein d'hôpitaux, et d'ateliers dans des groupes de femmes.

LA RECHERCHE THEORIQUE

Dans un premier temps, le travail fut entièrement théorique, bibliographique, et informatif. Cette recherche de données qualitatives, cette révision bibliographique constituent les parties théoriques de la thèse, sur la situation des femmes dans le monde, la Convention sur

¹⁰⁹ V. Rozée, « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. La Bot, 2001.

¹¹⁰ Le travail de recherche en Bolivie ne fut pas toujours facile. La Bolivie, depuis quelques années, traverse une importante crise sociale et politique, qui paralyse et destabilise tout le pays ou La Paz, et engendre de nombreuses grèves, manifestations et 'bloqueos' (lorsque les manifestants bloquent les axes routiers intra et inter urbains). Dans ce contexte, la Bolivie est marquée par une importante instabilité gouvernementale : l'étude, effectuée entre 2001 et 2005, a observé 5 changements de présidents, et donc de politiques gouvernementales.

l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes, et l'application de cette dernière en l'Amérique Latine.

L'étude s'est tout d'abord consacrée à la recherche d'écrits, de documents sur la Convention, son contenu, ses intérêts et ses limites, ainsi que sur les activités et les actions des Nations Unies relatives à la question féminine. Le site Internet officiel de La Division des Nations Unies pour l'Avancement des Femmes (DAW), Département des Affaires sociales et économiques¹¹¹ constitue à cet égard une source d'information très riche, puisqu'il présente tous les travaux, les instruments, les organes des Nations Unies relatifs aux thèmes du genre et des femmes ; et détaille notamment l'histoire de la CEDAW, les rapports, réserves et déclarations des Etats Parties, le Comité et ses différentes sessions.

A travers ce travail de recherche d'information, il s'agissait également de connaître la situation générale des femmes dans le monde, en Amérique Latine en particulier ; et voir en quoi et comment la Convention cherchait à apporter des solutions à cette condition féminine, souvent subordonnée et défavorisée. De nombreux écrits, ouvrages et articles, dont certains sont présentés ci-dessous, ont contribué à cette approche et connaissance.

L'ouvrage *Qu'est ce qu'une femme ?*¹¹², dont la préface est rédigée par Elisabeth Badinter¹¹³, apporte des réflexions d'auteurs classiques, tels que Diderot et Mme d'Épinay, sur les femmes et leur condition, s'il s'agit des êtres de culture ou des êtres naturellement faibles et soumis.

Le livre d'Elisabeth Paquot¹¹⁴, qui compile divers auteurs, donne un panorama de la situation des femmes dans le monde au début des années 80, dont certains traits sont restés d'actualité. Des chapitres abordent un thème spécifique lié à la condition féminine : la religion, l'emploi, la prostitution, le féminisme ; d'autres décrivent le monde des femmes dans chaque région du monde où la condition féminine est à la fois particulière et universelle.

Jeanne Bisilliat, sociologue et anthropologue française, dans *Femmes du Tiers Monde. Travail et quotidien*¹¹⁵, coécrit avec Michèle Fiéloux, anthropologue, analyse les caractéristiques du travail féminin, productif et reproductif dans le monde, le monde en voie de développement en particulier. Dans l'ensemble de ses œuvres, Jeanne Bisilliat réunit une somme de réflexions féministes critiques sur l'ambiguïté des aides au développement et l'inépuisable 'bonne' conscience des institutions onusiennes qui, selon elle, veulent modeler le monde à leur image.

Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés est un ouvrage de Jacques Véron¹¹⁶, chercheur à l'Institut National d'Études Démographiques (INED), qui travaille en particulier sur les relations entre population et développement. Il étudie ici la question de la femme sur la scène internationale, et décrit les femmes comme actrices et victimes du développement. Il soulève également de grandes problématiques telles que la violence, les lois religieuses, la planification familiale.

¹¹¹ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/> .

¹¹² AL. Thomas, Diderot, Mme d'Épinay, *Qu'est ce qu'une femme ?*, POL, 1989.

¹¹³ Philosophe, influencée par les philosophes des Lumières, Elisabeth Badinter a réfléchi sur la place de la femme dans la société.

¹¹⁴ Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982.

¹¹⁵ Jeanne Bisilliat, Michèle Fiéloux, *Femmes du tiers-monde. Travail et quotidien*, l'Harmattan, 1992.

¹¹⁶ Jacques Véron, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997.

Le document d'Hanna Binstock, Consultante de l'Unité Femme et Développement aux Nations Unies, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*¹¹⁷, explique comment les droits des femmes en Amérique Latine sont devenus une préoccupation de la communauté internationale, et rend compte des transformations qualitatives de la lutte contre la discrimination envers les femmes, des avancées et des reculs depuis l'approbation de la CEDAW.

Rebecca J. Cook est Professeure de Droit à l'Université de Toronto. Elle est reconnue pour son travail sur les droits des femmes. Dans *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*¹¹⁸, elle donne une intéressante approche du droit international, des droits humains internationaux des femmes, qui, indirectement, donne un aperçu général de la situation des femmes dans le monde. Le Chapitre de H. Charlesworth est tout particulièrement pertinent puisqu'il cherche à analyser ce que sont les droits internationaux des femmes, et définit la violence domestique comme un problème de droits humains internationaux.

Dans une même optique, G. Tamayo Leon¹¹⁹, en se basant sur la CEDAW, détaille les mesures prises par les gouvernements latino-américains (lois, politiques, institutions) pour engendrer, appliquer et promouvoir l'égalité et l'équité de genre dans les domaines sociaux, politiques et économiques, et rend compte parallèlement de la réalité des femmes dans divers pays de la région. Il appréhende ainsi le décalage entre la situation de droit et celle de fait relative à la condition féminine en Amérique Latine. Une attention particulière est portée sur la violence domestique.

Sophie Bessis, dans son intervention au Colloque International 'Genre, Population et Développement en Afrique' (Abidjan, 16-21 juillet 2001)¹²⁰ présente le travail, les approches et la problématique de genre au sein des Nations Unies et autres organes internationaux tels que la Banque Mondiale. Elle fait l'état des lieux de la question des femmes dans la communauté internationale, et montre en particulier le caractère impuissant des Nations Unies face au conservatisme de certains Etats.

Cette recherche d'information s'appuie également sur des articles scientifiques et journalistiques, ceux du Monde Diplomatique en particulier ; et sur les Programmes d'Action, les Conventions, Résolutions des Nations Unies, qui, en plus de rendre compte des engagements des Etats signataires, offrent d'intéressantes descriptions et analyses de la situation des femmes dans le monde et dans certaines régions.

Le travail théorique fut également complété par des rencontres et entretiens, sous forme de discussions informelles, de responsables d'associations qui travaillent sur la question des

¹¹⁷ Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998.

¹¹⁸ R. J. Cook, *Derechos humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, Profamilia, 1997.

¹¹⁹ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000.

¹²⁰ Sophie Bessis, « Genre et Développement : théories et mises en œuvres des concepts dans le développement. L'approche genre et les organisations internationales, du discours à l'action », présentation au Colloque international Genre, population et développement en Afrique, UEPA, UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001.

femmes, sur le développement en Amérique latine, ou en Bolivie : M. D. Suremain, déléguée nationale de la Fédération Nationale Solidarité Femmes; Pierre Loiseau, responsable de Enda Bolivie ; l'association DUODA (Centre de Recerca de Dones) et la Librairie Proleg à Barcelone, associations spécialisées sur les thèmes de genre en Espagne ; et surtout de chercheurs spécialisés.

Guy Mazet et Maria Do Carmo Fonseca furent rencontrées à de nombreuses reprises, et ont représenté des personnes clés pour l'avancement et la progression de l'étude. Guy Mazet est juriste, chargé de recherche au Centre de Recherche et de Documentation sur l'Amérique Latine / Centre National de Recherche Scientifique (CREDAL/CNRS). Il travaille actuellement sur la CEDAW, et plus particulièrement sur l'ontologie des droits reproductifs dans la Convention. Maria Do Carmo Fonseca, démographe brésilienne, a longtemps travaillé sur la santé reproductive et sexuelle des femmes latino-américaines.

France Jules Falquet est sociologue, membre du Centre de Recherche et de Documentation sur l'Amérique Latine et de l'Equipe de Recherche « Société, Identité et Pouvoir en Amérique Latine » (CREDAL/ERSIPAL). Elle a travaillé sur la scolarisation des femmes indiennes du Chiapas puis sur la participation des femmes dans le mouvement zapatiste, au Mexique. Son travail de doctorat¹²¹ constitue une recherche de terrain très intéressante et particulièrement complète sur les femmes au Salvador.

Hélène Le Doare, alors ingénieure d'études au Centre de Recherche et de Documentation sur l'Amérique Latine, est spécialisée sur le thème des femmes. Ses recherches portent essentiellement sur les mouvements sociaux en Amérique Latine, et sur le pouvoir et les rapports sociaux de sexe dans la région.

Une rencontre importante fut celle de Françoise Gaspard, Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) et Membre du Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'Egard des Femmes (CEDEF). Françoise Gaspard a apporté des connaissances sur la convention, son histoire, son rôle et sur le comité de surveillance, le CEDEF, à partir de son expérience en tant que chercheuse et membre.

Les chercheurs, les responsables d'association ont partagé leurs expériences, ont apporté des connaissances supplémentaires sur les thèmes étudiés, ont soulevé de nouvelles problématiques, ce qui a permis à la recherche d'avancer, de se spécifier, et de conférer à l'investigation une approche théorique et pratique multidisciplinaire, complète et pertinente, de constituer une base solide pour l'étude de terrain.

¹²¹ France-Jules Falquet, *Femmes, projet révolutionnaire, guerre et démocratisation : l'apparition du mouvement de femmes et du féminisme au Salvador (1970-1994)*, Thèse sous la direction de Christian Gros, IHEAL, Paris 3, 1997.

L'ETUDE DE TERRAIN PREALABLE

En Amérique Latine, de courts séjours en Argentine, en Uruguay, et au Pérou ont apporté une connaissance plus pratique des droits et de la condition des femmes latino-américaines. Dans chacun de ces pays, rencontres et observations ont permis de se familiariser au monde féminin, associatif, organisé ou non, de connaître et d'appréhender la mobilisation et les revendications des femmes, quant à leurs droits en général, leurs droits reproductifs et sexuels en particulier.

En Argentine

En Argentine, le 'Centro de Estudios de Población' (CENEP) de Buenos Aires fut une importante source de documentation. Le CENEP est une association civile qui regroupe des chercheurs en sciences sociales. Ses activités en matière de population se structurent en cinq domaines : la recherche, l'assistance technique, la formation, l'information et la diffusion. Ces activités sont destinées à élargir les connaissances scientifiques, à apporter des données fiables pour les politiques et programmes, à promouvoir la recherche appliquée et à appuyer les programmes d'action sur la population, principalement en Argentine, mais également dans d'autres pays d'Amérique Latine et d'Afrique. Il développe des projets en collaboration avec des organisations ou institutions internationales, gouvernementales ou privées. Ce centre d'étude interdisciplinaire est notamment responsable du 'Programa Regional sobre Aspectos Sociales de la Reproducción Humana' (Programme Régional sur les Aspects Sociaux de la Reproduction Humaine, PRASSAR), appuyé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont le propos est de mettre en contact les chercheurs et institutions de recherche d'Amérique Latine qui s'intéressent au thème de la reproduction humaine depuis la perspective des sciences sociales.

L'expérience en Argentine fut enrichie par des rencontres de personnalités liées aux sciences sociales ou à la mobilisations des femmes : rencontres de Cristina Cacopardo, professeure de démographie à l'Université de Lujan, et de la sociologue démographe, E. Lopez, de l'Université de Buenos Aires (Faculté des Sciences Sociales, Institut Gino Germani), qui travaille essentiellement sur 'santé, population et société' ; rencontre essentielle et décisive d'une femme docteur, à la retraite, féministe convaincue, mobilisée sur la dépénalisation de l'avortement en Argentine. Cette doctoresse (qui restera ici anonyme) a apporté des connaissances sur le thème de l'avortement en Argentine et en Amérique Latine, à travers son expérience, des documents, des articles de journaux, de groupes de femmes, des témoignages qu'elle possédait. De par sa connaissance, une observation, sous forme de participation passive, fut menée au sein d'une réunion de 'la Asamblea Permanente por el Derecho al Aborto' (Assemblée Permanente pour le Droit à l'Avortement), dont elle est membre, dans une maison de quartier relativement populaire et pauvre. Cette assemblée se mobilise pour organiser des conférences, des manifestations, pour publier des articles afin de démocratiser l'avortement et aider les femmes qui souhaitent avorter.

En Uruguay

Le séjour à Montevideo a offert à la recherche une véritable expérience de terrain préalable, à travers des entretiens et rencontres de femmes fortement mobilisées, d'observations d'associations et de réunions d'organisations. Ce travail d'approche fut guidé et appuyé par Graciela Dufau, avocate, alors membre du Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (Comité d'Amérique Latine et des Caraïbes pour la défense des Droits de la Femme, CLADEM) en Uruguay, et Responsable de la Jurisprudence à la Cour Suprême d'Uruguay.

Ce travail de sensibilisation au thème des femmes latino-américaines fut illustré par des rencontres de membres indépendants et d'organisations membres du CLADEM-Uruguay, et par des observations de réunions fermées de ce Comité. Le CLADEM est un réseau de femmes et d'organisations de femmes d'Amérique Latine qui tend à promouvoir et appliquer une défense effective des droits des femmes dans la région. Le réseau regroupe des organisations et des personnes engagées dans la défense et la promotion des droits des femmes, à travers des activités variées telles que l'élaboration de propositions législatives, la recherche, la formation et l'enseignement, l'information et la communication, les actions solidaires. Ces activités sont essentiellement centrées sur les droits économiques, sociaux et culturels, la pleine participation citoyenne, les droits reproductifs et sexuels; et le droit à une vie dépourvue de violence. Au moment de l'investigation, le CLADEM-Uruguay travaillait sur un projet de loi relatif aux droits reproductifs et sexuels, approuvé à la Chambre des députés, en suspens au Sénat. Ce projet proposait notamment la dépénalisation de l'avortement.

Une observation au sein d'une réunion de représentants de différentes organisations et mouvements de femmes (représentants de la Culture Afro, de mouvements syndical et politique, le CLADEM, MYSU, le Cotidiano de Mujer, la Red de mujeres academicas, Mujeres rurales) a été menée. La réunion consistait à décider quelles stratégies adopter pour l'approbation du projet de loi sur les droits reproductifs et sexuels par la chambre des sénateurs.

Le travail rend compte également de la visite de la Casa de la Mujer, dans le quartier de la Union à Montevideo, une ONG qui travaille directement auprès des femmes (prévention, information, éducation, conseils dans tous les domaines de la société), où fut observé un cours de 'dévictimisation', sur le thème de la sexualité, et rencontrée Claire Niset, assistante sociale de l'organisation, spécialiste en violence, et Gilda Vera, Sage-femme, coordinatrice de l'aire 'santé' dans l'organisation, et membre de 'la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento' (Réseau Latino-américain et des Caraïbes pour l'Humanisation de l'Accouchement et la Naissance).

Des entretiens qualitatifs, souvent informels, c'est à dire sous formes de discussions, sans questionnaire ni dictaphone, furent également conduits auprès de responsables d'associations telles que Cristina Grela, Présidente de la Comisión Nacional de Seguimiento de los acuerdos de Beijing (Commission Nationale de Suivi des accords de Beijing, CNS), et Liliane Abracinski, intégrante de l'organisation féministe 'Cotidiano Mujer' (Quotidien Femme), et co-coordinatrice de MYSU (Mujer Y Salud en Uruguay – Femme et Santé en Uruguay) ; et

auprès de sociologues, anthropologues, membres du CLADEM, Susana Rostagnol, Moriana Hernandez et Nea Filgueira en particulier.

Susana Rostagnol est une anthropologue spécialisée en droits reproductifs et sexuels de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Faculté d'Humanités et Sciences de l'Éducation). Elle est également membre du CLADEM.

La sociologue Moriana Hernandez Valentini est Conseillère Parlementaire, et membre du CLADEM. Au moment de la rencontre, elle était essentiellement mobilisée pour l'approbation du projet de loi sur les droits reproductifs et sexuels. Lors d'un entretien, furent abordés des thèmes divers tels que la CEDAW, la mobilisation féminine et la politique en Uruguay, l'histoire du projet de loi et les stratégies parlementaires et civiles pour l'adoption de ce dernier.

Nea Filgueira est également sociologue, membre du CLADEM, fondatrice et coordinatrice du Grupo de Estudio sobre Condición de la Mujer (Groupe d'Études sur la Condition de la Femme, GRECMU), centre d'études académiques sur les femmes (dont les principales activités sont la recherche, l'organisation de séminaires, la formation de groupes de base, la formation en théorie féministe, le centre de documentation, le conseil et l'assistance de groupes et projets de femmes). Nea Filgueira a été d'une grande aide scientifique pour le sujet d'étude, son orientation et la méthodologie à suivre.

Les personnes rencontrées, la participation au sein de réunions d'organisations, la visite de centres et associations de femmes, ainsi que des observations importunes dans la rue et un travail en bibliothèque, ont permis de se sensibiliser et d'évaluer, à courte échelle, la situation des femmes latino-américaines, leur mobilisation et leurs revendications relatives, en particulier, aux droits reproductifs et sexuels. Le travail rend compte notamment des revendications, des stratégies et des pressions concertées, négociées et exercées par le mouvement des femmes dans le monde social et politique, pour l'adoption d'un projet de loi spécifique sur les droits reproductifs et sexuels.

Au Pérou

Le séjour au Pérou, essentiellement à Lima, a été synonyme de rencontres variées : rencontre notamment de Roxana Guereira, responsable des droits reproductifs et sexuels du Centro de la Mujer Peruana 'Flora Tristan' (Centre de la Femme Péruvienne 'Flora Tristan'), institution féministe (dont la mission est de « *combattre les causes structurelles qui restreignent la citoyenneté des femmes et/ou son exercice. Il se propose donc d'agir dans l'élargissement de la citoyenneté des femmes et dans les politiques et processus de développement pour qu'ils répondent aux critères et résultats d'équité et de justice de genre* »¹²², du Movimiento 'Manuela Ramos' (Mouvement 'Manuela Ramos'), association civile péruvienne, qui travaille

¹²² « *combatir las causas estructurales que restringen la ciudadanía de las mujeres y/o afectan su ejercicio. En consecuencia se propone incidir en la ampliación de la ciudadanía de las mujeres y en las políticas y procesos de desarrollo para que respondan a criterios y resultados de equidad y justicia de género* », Centro de la Mujer Peruana 'Flora Tristan.

pour améliorer la situation et la position des femmes, et du CLADEM-Pérou, siège du réseau régional.

Une rencontre est à souligner, celle de Thérèse Bouysse Cassagne, ethno historienne du CREDAL/CNRS, alors en poste à l'Institut Français d'Etudes Andines (IFEA). Elle étudie particulièrement les sociétés aymara et inca, et le métissage. Elle a longtemps travaillé en Bolivie, et a permis ainsi d'établir les premiers contacts pour la recherche dans ce pays.

L'étude de terrain préalable en Amérique Latine a donné lieu à de nombreuses documentations locales, rencontres et observations générales et particulières, qui ont permis de se familiariser à la condition des femmes sur le continent, de connaître les différentes organisations de la société civile, leurs revendications, leurs activités, actions et stratégies, d'appréhender les négociations entre le mouvement des femmes et le pouvoir politique. Elle a également apporté des éléments scientifiques et méthodologiques pratiques pour l'étude de cas en Bolivie.

L'ETUDE DE TERRAIN EN BOLIVIE

Trois niveaux d'étude

L'étude de terrain en Bolivie se concentre principalement sur les villes d'El Alto et de La Paz, villes situées sur l'altiplano bolivien. Pour évaluer, dans ces deux villes, l'application des droits des femmes préconisée par la CEDAW, celle des droits reproductifs et sexuels en particulier, l'étude de cas comporte trois niveaux de recherche et d'analyse : un niveau macro, un niveau intermédiaire et un niveau micro. L'analyse s'effectue à partir du dernier niveau, le micro. A chaque niveau, ont été menés des entretiens qualitatifs adaptés aux personnes rencontrées, selon leurs activités et profession, selon l'information requise, et des observations.

Le niveau institutionnel (macro)

Pour l'étude, le niveau institutionnel est caractérisé par le milieu politique, où sont décidées et adoptées les mesures gouvernementales, où sont créées les conditions et les applications de l'exercice des droits des femmes : les Ministères de la Santé et des Affaires Extérieures, les

institutions gouvernementales spécialisées sur la question féminine, tels que le Vice Ministère de la Femme, ou sur la santé reproductive et sexuelle. Ce niveau d'étude comporte également le milieu de la recherche, responsable du recueil d'information et de la diffusion en matière de genre, droits ou santé reproductive et sexuelle, comme les Centres de Recherches, Institutions Statistiques tels que l'Institut National de Statistiques (INE) ; et le milieu médical, directement lié à l'administration et l'application des droits reproductifs et sexuels.

L'objectif de ces entretiens, rencontres et observations à ce niveau est d'évaluer les domaines législatifs, juridiques et administratifs relatifs aux thèmes des femmes et des droits reproductifs et sexuels ; de connaître les mesures gouvernementales, le discours politique, les débats sur la question féminine et la santé reproductive et sexuelle, ainsi que les rôles et fonctions des institutions chargées du thème, le travail, les expériences et les pratiques du personnel médical.

Le niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire, ou la société civile organisée (les groupes de femmes, les organisations non gouvernementales, les agences internationales et de coopération spécialisées en santé, genre, droits humains) constitue un groupe médiateur entre le gouvernement, les institutions et la population féminine. L'objectif est de connaître l'analyse et la perception de ces organismes, selon leur domaine d'intervention, leurs activités et actions, leurs fonctions et rôles en tant que médiateurs.

Le niveau social

Le niveau social est caractérisé ici par la population féminine non mobilisée. La recherche à ce niveau permet de connaître l'expérience et les connaissances des femmes relatives aux droits reproductifs et sexuels, d'évaluer leurs perceptions, opinions, motivations et satisfactions en matière de santé reproductive et sexuelle, et d'appréhender ainsi l'impact des niveaux précédents dans le quotidien des femmes.

L'étude du niveau institutionnel et intermédiaire

Les rencontres et entretiens

Toutes les personnes rencontrées sont liées de façon directe ou indirecte aux thèmes de la femme, de la Santé Publique, ou spécialisées sur la « reproduction » et/ou la « sexualité »,

autrement dit sur la Santé Reproductive et Sexuelle. Certaines ciblent leur travail sur la prestation de services, d'autres sur l'analyse de la situation, le financement ou encore sur la militantisme, la mobilisation sociale et politique. Il s'agit parfois de personnes recommandées, ou rencontrées de façon opportune et fortuite. Le contact fut établi principalement par téléphone ou par déplacement direct sur le lieu de travail. Aucune difficulté, ni résistance n'a été rencontrée pour obtenir un rendez-vous et un entretien. Ce dernier se déroulait généralement sur le lieu de travail, dans le bureau de la personne ou dans la salle de réunion de l'institution, chez la personne ou dans un café.

Lors de ces rencontres, aucun questionnaire n'était présenté. L'entretien était généralement semi directif et/ou non directif ; cependant, il suivait de façon implicite et indirecte un guide thématique préétabli. Le propos de ces entretiens qualitatifs était de connaître le travail, les actions et activités de chaque organisme, ainsi qu'un bilan, une évaluation personnelle des droits des femmes, en matière de santé notamment. Une seule question d'entrée permettait d'ouvrir la discussion, qui prenait souvent forme de monologue : « *J'aimerais que vous me parliez des activités, des actions de l'organisation, de votre travail et expérience au sein de cette organisation... et connaître une évaluation, plus personnelle, de la situation des femmes, votre bilan général de la condition (ou de la santé reproductive et sexuelle) des femmes en Bolivie...* » (“*Me gustaría que usted me hable de las actividades, acciones de la organización, de su trabajo y experiencias dentro de esta organización, y conocer una evaluación mas personal de la situación de las mujeres, su balance general, de la condición (o de la salud reproductiva y sexual) de las mujeres en Bolivia*”). Le thème de la santé reproductive et sexuelle n'était pas automatiquement évoqué afin de rendre compte de l'intérêt du thème, s'il s'agissait d'un problème identifié par la personne et l'organisation, d'une priorité dans l'action et l'analyse.

La première question permettait de montrer l'intérêt pour la personne et son organisation, de la valoriser et la mettre en confiance. La réponse présentait les priorités, les objectifs suivis, et le champ d'action déterminé par l'organisation en question.

L'évaluation personnelle permettait de souligner les problèmes, les échecs et succès concernant la situation des femmes en Bolivie, et/ou de santé reproductive et sexuelle dans le pays (tant au niveau du gouvernement qu'au niveau de la population) ainsi que les décalages entre les problématiques dégagées et le champs d'action de l'organisme, la liberté d'action. Cette analyse rendait compte également des conceptions de l'organisme ou institution quant aux droits des femmes, aux droits reproductifs et sexuels en particulier.

Deux entretiens qualitatifs à questions ouvertes, enregistrés et retranscrits, ont été menés auprès de deux personnes, à la position politique et à l'expérience clé pour l'étude.

L'objectif de ces différentes rencontres était de connaître la situation et la condition des femmes, leur santé reproductive et sexuelle, le système de santé en matière de reproduction et sexualité, les activités, les approches de la société civile organisée sur le thème, les activités et les mesures gouvernementales, officielles, des analyses scientifiques et autres investigations sur le thème étudié, et les évaluations personnelles de chaque personne rencontrée, à partir de leurs connaissances et expériences.

Ces entretiens ont permis non seulement d'établir un premier contact avec les acteurs institutionnels et mobilisés sur le thème étudié (au niveau macro et intermédiaire, le monde de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie étant relativement petit) mais également de

dégager, de synthétiser les caractéristiques prédominantes concernant la santé reproductive et sexuelle des femmes en Bolivie, tout en restant conscient qu'il s'agit bien là du discours de chaque acteur et non de la réalité en tant que telle. Il apparaît clairement que les personnes rencontrées présentaient très souvent un discours 'préfabriqué', parfois utopique ou démesurément critique, pessimiste de la situation, de l'action à mener.

Les rencontres thématiques

Le milieu de la recherche

Des chercheurs, sociologues, anthropologues spécialisés directement ou indirectement sur le thème de la femme, du genre, ou de la santé, ont été rencontrés et entretenus, en particulier :

- ✚ Susanna Rance, sociologue experte en thèmes de genre, en méthodologie sociale (elle a notamment repris et développé la méthodologie du 'Dialogo de Saberes'), et pionnière en questions de santé reproductive et sexuelle en Bolivie ;
- ✚ Sandra Aliaga Bruch, communicatrice sociale sur le genre, dont le dernier ouvrage porte sur l'histoire reproductive et sexuelle en Bolivie ;
- ✚ Ivonne Farah, sociologue du Post-Grado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés (CIDES/UMSA), enseignante du master 'Etudes de Genre' ; elle a travaillé pour le Sous-secrétariat des Affaires de Genre.
- ✚ Hugo Jose Suarez, docteur en sciences de la religion, spécialisé en sociologie de la religion, analyse du discours et méthode qualitative, christianisme de la libération en Amérique Latine, et sociologie visuelle ;
- ✚ Silvia Salinas Mulder, anthropologue spécialisée en thèmes de genre, de santé reproductive et sexuelle et développement ;
- ✚ Silvia Rivera Cusicanqui, sociologue et enseignante émérite de la UMSA, elle a notamment écrit *Birlochas. Trabajo de mujeres : explotación capitalista y opresión colonial entre las migrantes aymaras de La Paz y El Alto*, un essai de la compilation *Ser mujer indigena, chola o birlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*¹²³.

Et d'autres chercheurs tels que Ricardo Calla Ortega, directeur la Universidad de la Cordillera, Pamela Calla, anthropologue de la Universidad de la Cordillera, Oscar Vargas del Carpio Ribert, directeur du département de sociologie de la Universidad Mayor de San Andres (UMSA), Alicia Aliaga de l'Université Franz Tamayo, Luz Pacheco, sociologue et anthropologue, qui a travaillé sur le milieu rural bolivien.

Chacune de ces personnes ont fait part de leur recherche, de leur analyse, de leurs connaissances et méthodes de recherche ; elles ont également présenté les investigations

¹²³ Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indigena, chola obirlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*, Ministerio de Desarrollo Humano, Subsecretaria de Asuntos de genero, Plural Editores, 1996.

existantes dans le pays, et recommandé de rencontrer certaines personnalités scientifiques, mobilisées, ou politiques. La condition et la santé féminines furent appréhendées selon différentes approches, celles de la religion, de la culture, de l'ethnicité, de la politique et de la mobilisation. Ces entretiens qualitatifs ont apporté une approche pluridisciplinaire et multidimensionnelle à l'étude.

Le milieu politique et institutionnel

De nombreux acteurs politiques, du gouvernement, liés aux thèmes des femmes, de la santé ou de la population, ont été entretenus :

✚ Au sein de divers Ministères liés à la question féminine, Sandra Deza, responsable genre du Ministère des Affaires Etrangères ; la Lic. Guzman Daza, communicatrice sociale, le Docteur Victor Conde Altamirano, coordinateur national de santé reproductive et sexuelle, et la Doctoresse Susana Asport du Ministère de la Santé et de la Prévision Sociale ; un ancien Ministre de la Santé, le Docteur Javier Torres Goitia, qui, au moment de l'entretien, travaillait pour la coopération allemande (GTZ) sur le thème de la santé ; Marta Lopez, du Ministère de la Justice et des Droits Humains ; et enfin, Emidgio Flores, sociologue, médiateur des conflits sociaux au Ministère de l'Education. Le Ministère des Affaires Etrangères, la 'Cancilleria', fait le lien entre le Vice Ministère de la Femme, l'Organisation des Etats d'Amérique (OEA), à travers la Commission Interaméricaine des Femmes (CIM), et les Nations Unies. Le Ministère de la Santé et de la Prévision Sociale est responsable des normes et activités du système de santé national, notamment en matière de santé reproductive et sexuelle. Le Ministère de la Justice et des Droits Humains (département des Droits Humains) travaille avec Amnesty International sur les dénonciations. Il fait ses propres rapports, et envoie des lettres de dénonciation aux différentes instances du gouvernement. Il travaille également avec le VMM sur les lois d'harcèlement politique, sur la violence et le harcèlement sexuel.

✚ Au Vice Ministère de la Femme (VMM), Marta Rivera, spécialisée sur le thème de la violence, Maria Elena Burgos, spécialisée dans le domaine légal, Lizbeth Vega, alors chargée des affaires rurales et économiques, Marta Villa, conseillère de la Vice Ministre, et Teresa Canaviri Sirpa, Vice Ministre de la Femme (entretien qualitatif en profondeur, enregistré et retranscrit, voir Annexe IV : Entretien avec Teresa Canaviri Sirpa). Le rôle du VMM est de formuler des politiques, d'institutionnaliser le thème de la femme et du genre, d'impulser des mécanismes de suivis des politiques de genre, et d'élaborer des stratégies dans le cadre de la transversalité du thème.

✚ Le Docteur Aramayo, conseiller en droits reproductifs et sexuels à la Commission de Droits Humain du Congrès, et la Doctoresse Gabriela Justiniano de Reyes, déléguée adjointe de Programmes et d'Actuations Spéciales du Defensor del Pueblo (Défenseur du Peuple). Ces deux instances, la Commission des Droits Humains et le Defensor del pueblo, travaillent sur les droits humains de la population, sur la défense et la protection des individus face à l'Etat, face aux pouvoirs publics, et veillent à l'accomplissement des droits humains.

✚ La Doctoresse Sarah Arnez, diplômée en santé publique et conseillère municipale à El Alto. C'est une personnalité clé de cette ville, à l'origine de nombreux centres et postes de santé, garderie et groupes de femmes. Elle travaille auprès des femmes, et reste fortement

liée aux politiques de santé reproductive et sexuelle en Bolivie (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez). Elle a rendu possible la visite de groupes de femmes d'El Alto, de centres de santé de la ville, et l'organisation des divers ateliers menés au sein des Manzaneras de Salud.

✚ Des fonctionnaires municipaux de La Paz et El Alto, qui apportèrent une connaissance beaucoup plus pratique du droit de la femme et de ses droits reproductifs et sexuels, notamment Janeth Alfaro et Patricia, assistantes publiques du Servicio Legal Integral Municipal (SLIM) de La Paz, service public municipal qui assiste les femmes victimes de violence, sexuelle en particulier, et organise des thérapies auto personnelles et groupales ; la Doctoresse Olga Demora, Directrice Municipale de Santé, et Maria Miranda, qui était alors la responsable municipale des Manzaneras de Salud, au sein de la Direction Municipale de Santé d'El Alto (DIMUSA).

✚ Rene Pereira Morato, sociologue et secrétaire technique de Consejo de Población (Conseil de Population, CODEPO), qui dépend du Ministère du Développement Durable, et du Vice Ministère de Planification et Ordonnance territoriale. CODEPO a confirmé le Comité Impulsor de Seguimiento à 10 ans de la Conférence du Caire, espace dans lequel participent l'Etat, les ONG et la coopération internationale, où sont discutés les caractéristiques, les contenus du rapport et des indicateurs sur la santé reproductive et sexuelle dans lequel seront incluses les mesures du Millénum.

✚ Eddy Valda, de PROSIN, organisme intermédiaire entre le Ministère de la Santé et Prévision Sociale (MSPS) et les différents programmes gouvernementaux liés à la santé reproductive et sexuelle.

De nombreuses personnes rencontrées ici, pour la plupart médecins, ont joué un rôle important dans l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, tel est le cas de la Doctoresse Asport, qui travaille et se mobilise depuis plus de 15 ans sur la question, Rene Pereira Morato, ou encore la Doctoresse Sarah Arnez, qui a notamment introduit le 'Seguro Basico de Salud' (Sécurité sociale basique de santé, SBS).

Le milieu médical

Lors de l'étude, divers postes, centres de santé et hôpitaux, essentiellement à El Alto, ont été visités, et parfois étudiés :

✚ Le Centre de Santé Avaroa, centre materno-infantile modeste de la zone sud d'El Alto, ouvert 24 heures sur 24 ;

✚ Le Centre de Santé Senkata 79, centre de premier niveau, du district 8, quartier relativement populaire et pauvre d'El Alto, ouvert 12 heures par jour, sous la responsabilité du Dr Luciano Tintaya ;

✚ L'Hôpital Municipal Holandes, hôpital de troisième niveau de la zone sud d'El Alto, construit en 1995, et co-financé par la municipalité et la Coopération Hollandaise jusqu'en 2004 ;

✚ L'Hôpital Materno Infantil Los Andes d'El Alto ;

- ✚ L'hôpital Materno-Infantil de la Caisse Nationale de Santé¹²⁴, à La Paz ;
- ✚ L'Hôpital de la Femme de La Paz.

Dans certains centres et hôpitaux, furent visités les services gynécologiques, les salles d'accouchement, de post-accouchement, les consultations et les chambres. Chaque visite fut l'objet de rencontres de directeurs de l'institution médicale, de chefs de service, de docteurs, gynécologues, obstétriciens, d'infirmière, de gérante sociale, et de responsables de programme ou d'unité médicale liés à la santé féminine (Ivo Pacheco, responsable du Programme de santé reproductive et sexuelle de la CNS et le Docteur Raúl Mendoza, ancien responsable de ce même programme).

Ces rencontres, développées et approfondies lors des investigations au sein des hôpitaux, ont permis de mener des entretiens qualitatifs plus approfondis au près de certains docteurs et personnel médical :

- ✚ La Doctoresse Soriano, gynécologue et obstétricienne, seule femme responsable de service de l'hôpital ;
- ✚ Alicia Chambi, chef infirmière de l'Hôpital de la femme, depuis de longues années ;
- ✚ Le Docteur Ramirez, gynécologue obstétricien, Président de la Société de Gynécologie et Obstétrique de La Paz.
- ✚ Le Directeur Exécutif de la CNS, le Docteur Jorge Ugarteche Lens, et la Doctoresse Roxana Sahonero, du département de la Planification, qui travaille actuellement sur la promotion et la formation de l'allaitement dans les services de santé.

Ces rencontres, entretiens et visites ont permis de connaître les différentes infrastructures de santé reproductive et sexuelle, l'organisation des services, des registres et suivis des patientes ; d'appréhender la réalité de l'application des programmes gouvernementaux, les problèmes soulignés voire dénoncés par les médecins et parfois leur opinion sur les normes et actions politiques par rapport aux nécessités observées de la population.

Le personnel médical rencontré et entretenu exerce généralement depuis longtemps ce qui a permis de connaître l'évolution au sein des services de l'attention médicale gynécologique et obstétrique, de l'implantation de la planification familiale par exemple ; ou représente d'importants acteurs, 'historiques', à l'origine parfois des premières mesures gouvernementales en matière de santé reproductive et sexuelle (en référence au Dr Raul Mendoza), ou engagés depuis longtemps sur la question des droits reproductifs et sexuels.

Le milieu de la mobilisation internationale

Des responsables, conseillers, coordinateurs de programmes et d'unités d'agences internationales ou de coopération, spécialisés sur la question féminine, le droit des femmes, ou la santé reproductive et sexuelle, ont fait l'objet de rencontres et d'entretiens qualitatifs. La

¹²⁴ La Caisse Nationale de Santé (CNS) est le principal organisme de Sécurité Sociale publique, qui a développé un Programme de Santé Reproductive et Sexuelle, désormais en suspens.

plupart de ces agences travaille ou a travaillé, finance ou a financé des projets ou des programmes concernant la santé féminine.

✚ Le Docteur Fernando Amado, conseiller materno-infantile, et la Doctoresse Caballero, chargée de la problématique féminine à l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS). L'OPS appui le gouvernement, et notamment le SUMI, ainsi que les réseaux de services. Ces activités sont destinées à améliorer les services techniques. L'organisation travaille également avec les universités pour introduire le thème de la santé reproductive et sexuelle au sein du cursus. Dernièrement, l'OPS a adopté une Stratégie Régionale pour la baisse de la mortalité maternelle. La planification en santé reproductive et sexuelle, selon une approche de genre, pour la période 2004/2007 consiste à démystifier au sein des institutions la réduction et corrélation 'Santé reproductive et sexuelle - Reproduction' ; à travailler sur les divers rôles des hommes et des femmes, sur l'utilisation des méthodes de planification familiale ; à approfondir la formation et l'information ; et à suivre des stratégies multisectorielles.

✚ Natasha Loayza Castro du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), qui a longtemps travaillé auprès des femmes et a été notamment responsable du centre Gregoria Apaza. Elle était la principale enquêtrice chargée du rapport du PNUD de 2003 sur le développement humain de genre en Bolivie¹²⁵.

✚ Au sein du Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (FNUAP), Gloria Tellería Geiger, consultante en santé reproductive et sexuelle, Ivan Prudencio, chargé du programme de la baisse de la mortalité maternelle, le Docteur Oscar Viscarra Zuna, coordinateur de projets, Monica Yaksic, de l'unité 'genre', et le Docteur Pedro Pablo Villanueva, qui était alors le représentant de la FNUAP en Bolivie. Le FNUAP appuie les initiatives du gouvernement, notamment celle du Programme de Santé Reproductive et Sexuelle. Il cible l'amélioration de la qualité en matière de santé reproductive et sexuelle, l'éducation sexuelle, les maladies sexuellement transmissibles avec les adolescents, le suivi des accords du Caire et de Beijing, et la population en développement. Il mène un travail "d'advocacy" et d'assistance technique auprès des Ministères de la Santé et de l'Education. Son travail le plus important concerne la 'maternité sûre', à travers le Programme de réduction de la mortalité maternelle, notamment au niveau de la méthode et de la théorie. Le Projet de 'calidad en provision de anticonceptivos' (qualité en provision de contraceptifs), financé par la coopération britannique jusqu'en 2004, consiste à améliorer la logistique et travailler directement auprès des prestataires de santé, dans les communautés recensées comme prioritaires. « *Dans le cadre du Plan National d'Alphabétisation pour la Vie et la Production 1998-2002, le Ministère de l'Education, la Culture et les Sports et le FNUAP implantèrent le Projet de Bi-Alphabétisation Quechua-Castillan en santé reproductive avec des approches de genre et d'interculturalité entre 1998 et 2002. Le projet fut implanté dans les départements de Chuquisaca, Potosí et Cochabamba, qui ont des indicateurs les plus hauts d'analphabétisme et de mortalité maternelle en Bolivie, surtout dans les zones rurales et urbaines marginales* »¹²⁶.

¹²⁵ PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003.

¹²⁶ "En el marco del Plan Nacional de Alfabetización para la Vida y la Producción 1998-2002, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y el UNFPA implementaron el Proyecto de Bi-Alfabetización Quechua-Castellano en salud reproductiva con Enfoques de Género e Interculturalidad entre los años 1998 y 2002. El proyecto fue implementado en los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Cochabamba, los cuales tienen los índices más altos de analfabetismo y mortalidad materna en Bolivia, sobre todo en las áreas rurales y urbano marginales" (UNFPA, Proyecto Bi-Alfabetización. Informe Ejecutivo 1999-2002. Bolivia, page 3).

✚ La Doctoresse Rosio Lara Palma, responsable de l'équipe 'santé' de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). En matière de santé, USAID suit quatre lignes d'action : la santé reproductive, la santé infantile, le VIH/SIDA, et les maladies infectieuses. En santé reproductive, les programmes visent à baisser la mortalité maternelle, à travers la préoccupation de la santé maternelle, la contraception et l'attention médicale post avortement.

✚ Claudia de la Quintana, sociologue et Major en Genre et Développement. Elle a mené des recherches et évaluations sur la santé reproductive et sexuelle, la santé maternelle et celle de l'enfant, ainsi que sur le domaine du genre. Elle a été rencontrée dans le cadre de Institute for Reproductive Health, Georgetown University, dont elle est la représentante en Bolivie. Cette agence de coopération appuyée par USAID travaillait, au moment de l'entretien, sur l'introduction, l'offre et la diffusion de méthodes naturelles de contraception, en particulier celle du 'collar de ciclo' (collier de cycle).

✚ La Doctoresse Gladys Pozo de Beizaga, représentante en Bolivie de Pathfinder International, agence d'USAID, qui travaille essentiellement sur la contraception (introduction des technologies contraceptives, contraception post accouchement...), et suit deux principaux programmes sur les hémorragies du premier trimestre (les services d'urgence, l'orientation, la contraception, les liens avec les autres services de santé, la participation communautaire), et les adolescents.

✚ Le directeur de Population Council, le Docteur Fernando Gonzales, et la coordinatrice du Proyecto Mejoria de la Calidad en Anticoncepción (Projet d'Amélioration de la Qualité en Contraception), Maria Dolores Castro. Population Council travaille sur trois programmes : un programme international d'investigations opérationnelles en santé reproductive, un programme d'amélioration de la qualité selon une gestion partagée avec la communauté, et un programme de détection de la syphilis, avec l'introduction et la diffusion, d'un test rapide et à moindre coût. Population Council reçoit des fonds d'USAID.

✚ La Doctoresse Maria Lorencikova, alors manager de programmes au sein de EngenderHealth (Improving Women's Health Worldwide), autre agence d'USAID. *« EngenderHealth travaille dans le monde entier pour améliorer la vie des personnes, en permettant que les services de santé reproductive soient sûrs, disponibles et durables. L'organisation offre une assistance technique, formation et information, en se concentrant sur des solutions pratiques qui améliorent les services dans les zones de faibles ressources. L'Agence considère que les personnes ont le droit de prendre des décisions informées par rapport à leur santé reproductive et de recevoir une attention qui satisfasse leurs nécessités. Elle travaille en association avec le gouvernement, des institutions et des professionnels en santé pour que ce droit soit une réalité »*¹²⁷.

¹²⁷ "EngenderHealth trabaja en todo el mundo para mejorar la vida de las personas, permitiendo que los servicios de salud reproductiva sean seguros, disponibles y sostenibles. Ofrece asistencia técnica, capacitación e información, centrándose en soluciones práctica que mejoran los servicios en áreas de escasos recursos. La Agencia considera que las personas tienen derecho a tomar decisiones informadas acerca de su salud reproductiva y a recibir una atención que satisfaga sus necesidades. Trabaja en asociación con gobiernos, instituciones y profesionales de la salud para que este derecho sea una realidad" (EngenderHealth, Impresol Ediciones Ltda).

✚ Ramiro Claire, gérant technique de projets du Centro para Programas de Comunicacion (Centre pour les Programmes de Communication, CPC) et sa 'Communicathèque', ONG sous l'auspice d'USAID, responsable des campagnes et de la communication nationale, audiovisuelle en particulier (spots publicitaires, documentaires informatifs) sur le thème de la santé reproductive et sexuelle.

✚ Le Docteur Victor Cuba Oré, conseiller principal du projet national de santé reproductive national, et le Docteur Javier Torres Goitia de la Coopération allemande (GTZ); Silvia Salinas Mulder, de la coopération hollandaise (Fondo para el Fortalecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil, FOOSC).

Il était important, dans le cadre du travail d'étude, de rencontrer ces agences internationales et de coopération puisqu'elles jouent un rôle primordial dans l'élaboration et l'application de politiques, programmes ou projets (financement conditionné, détermination des priorités, des actions). Le rôle de ces agences est essentiellement d'appuyer le gouvernement, le Ministère de la Santé en particulier. Un organisme se détache de tous les autres, USAID, puisqu'il représente la principale source financière du Ministère de la Santé, des programmes de santé, et subventionne la quasi-totalité des Organisations Non Gouvernementales ou projets liés à la santé reproductive et sexuelle.

La société civile organisée

Enfin, des entretiens furent conduits auprès d'acteurs sociaux, d'acteurs de la société civile organisée : ONG, groupes de femmes, associations liées au thème du genre, de la femme ou de la santé, ayant développé des actions, des recherches sur ces thèmes en Bolivie et en Amérique Latine. Chaque personne rencontrée a apporté une approche intéressante du thème de la santé, et une action particulière au sein de leur mobilisation. Cependant, leur discours relève plus de la militance, que d'une approche objective de la situation. La plupart joue un rôle "d'advocacy" et de pression sur le gouvernement. Certaines, plus rares, font un travail direct de terrain, auprès de la population ou du milieu médical. Là encore, la liberté d'action et le discours sont souvent limités, à cause des mesures et idéologies du monde politique et social, ou de l'organisme de financement en question.

✚ Ximena Machicao Barbery, qui était alors directrice exécutive du CIDEM (Centro de Informacion y Desarrollo de la Mujer, Centre d'Information et de Développement de la Femme), principale ONG sur les femmes, et l'une des plus anciennes en Bolivie. Depuis 20 ans, le CIDEM milite pour le droit des femmes, et cherche à apporter l'égalité et le développement des femmes dans la société à partir d'une perspective de genre. Par rapport à la santé reproductive et sexuelle, elle fut récemment la responsable régionale de la Campagne latino-américaine pour la dépénalisation de l'Avortement, ou Campagne 28 septembre.

✚ Elizabeth Salguero Carrillo, communicatrice social, et alors coordinatrice du Programme pour l'Equité et l'Egalité de AMUPEI (Articulacion de Mujeres por la Equidad e Igualdad, Articulation des Femmes pour l'Equité et l'Egalité), ONG qui travaille en formation, notamment politique et citoyenne, et assistance technique en genre et développement, dans la recherche, l'incidence et la pression politique. Elizabeth Salguero Carrillo est un personnage important de la mobilisation féminine et féministe en Bolivie. Elle présente un programme de télévision « Encuentro y Desencuentro », sur différents

thèmes de la réalité bolivienne, généralement liés à la question des femmes. Elle est désormais députée.

✚ Au CIES (Centro de Investigacion y Servicios, Centre de Recherche et de Services), le Docteur Jack Antelo, Directeur Exécutif National, Patricia Telleria et des jeunes leaders, responsables du Programme Adolescents à La Paz. Le CIES est l'organisation pionnière en Bolivie dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle, et des droits relatifs. Elle développe notamment un programme axé sur les adolescents, mené par des 'leaders juvéniles' (jeunes leaders). La prestation de services constitue son principal terrain d'action. Aujourd'hui, elle cible particulièrement les droits reproductifs et sexuels. Le CIES est financé à plus de 90% par USAID.

✚ Teresa Lanza Monje, coordinatrice de Catolicas por el Derecho a Decidir (Catholiques pour le Droit de Décider, CDD) en Bolivie, ONG qui travaille essentiellement sur l'éducation, la sensibilisation, l'information et la conscientisation relatives aux principes d'égalité homme-femme, de la justice sociale, du respect des droits humains des femmes (notamment pour leur sexualité et reproduction) ; et promeut des changements au sein de l'Eglise Catholique (sur l'avortement en particulier). CDD assumait en 2001 la coordination du Groupe de Travail sur la Grossesse non Désirée et l'Avortement, qui élabore des propositions sur la problématique de la grossesse non désirée dans le cadre des droits sexuels, des droits reproductifs et d'une équité de genre.

✚ Bertha Pooley, conseillère du Programme Nouveau Né au sein de Save the Children. Elle a joué un rôle clé dans l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie.

✚ Ineke Dibbits, auteur de *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto*¹²⁸ avec Magali Terrazas, et de *Lo que puede el sentimiento – La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur*¹²⁹. Elle est responsable de TAHIPAMU (Taller de Historia y Participación de la Mujer, Atelier d'Histoire et de Participation de la Femme), une ONG qui travaille essentiellement sur et avec les populations rurales ou périurbaines, et sur l'attention dans les services de santé. TAHIPAMU s'intéresse depuis peu à la masculinité, au rôle de l'homme par rapport à la santé reproductive et sexuelle. Ineke Dibbits est également la coordinatrice nationale de REBOHUPAN, Red Boliviana para la Humanización del Parto y Nacimiento (Réseau Bolivien pour l'Humanisation de l'Accouchement et de la Naissance), collectif de personnes et institutions qui exige le respect des droits des femmes et promeut une attention humanisée de l'accouchement et de la naissance.

✚ La Doctoresse Alejandra Villafuerte G., coordinatrice de Programme de santé reproductive et sexuelle, et Lic. Lily Arze Prado, sociologue, responsable de l'Unité de Formation, de PROCOSI (Programa de Coordinacion en Salud Integral, Programme de Coordination en Santé Intégrale), réseau d'ONG travaillant sur la santé. PROCOSI travaille, entre autre, sur un programme de santé reproductive et sexuelle intégrale (financé par USAID), qui se veut complémentaire à celui du gouvernement, et qui suit deux lignées opératives : l'offre de services et la formation communautaire.

¹²⁸ Ineke Dibbits, Magali Terrazas, *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto*, TAHIPAMU, 2003.

¹²⁹ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento – La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur*, TAHIPAMU, 1994.

✚ Alexia Escobar Vasquez de Family Care International, ONG qui cherche à répondre à une conception intégrale de la santé, à une demande. Son travail est focalisé sur les terres basses boliviennes, sur la création de modules et de diffusion d'informations.

✚ Marta Lopez et Julieta Paredes, de Mujeres Creando, groupe anarchiste féministe, dont les domaines de prédilection sont le genre, la sexualité, et la classe. Ce groupe est connu pour ses graffitis. Ses propositions anarchistes visent la démystification du pouvoir, la lutte contre l'Etat, l'autorité¹³⁰.

✚ La Doctoresse Malena Morales, et Eduardo Garcia, responsable du projet sur la violence sexuelle, de IPAS, ONG nord américaine dont la principale proposition est de baisser la mortalité maternelle pour cause d'avortement incomplet, et le traitement des conséquences, à travers la formation, la diffusion des différentes méthodes abortives, et l'élaboration de matériel.

✚ Jimmy Telleria, responsable du CISTAC (Centro de Investigación Social, Tecnología Apropriada y Capacitación, Centre de Recherche Sociale, de Technologie Appropriée et de Capacitation). Le CISTAC est une des rares ONG qui ne 'certifie' pas, c'est-à-dire qui ne reçoit aucun financement fixe et régulier. Il s'agit là d'une ONG très activiste et 'dérangeante', qui prône "l'advocacy" participative. Elle a anciennement développé un programme sur la masculinité, et se focalise désormais sur les droits reproductifs et essentiellement sexuels.

✚ Carmen Velasco, responsable nationale de PROMUJER (Programas para las Mujeres, Programmes pour les Femmes), et Cati Mendoza, responsable de PROMUJER à El Alto, centre d'attention intégrale de la femme, qui a été visité. PROMUJER suit un programme d'appui à la femme, et travaille avec la population la plus pauvre, la plus marginale, la plus exclue. L'organisation impulse le développement, et une formation informelle dans divers domaines (santé, droits, conflits). Elle propose un service de micro crédit pour potentialiser la femme (mélange entre 'Gramin' et la banque communautaire), accompagné d'une formation, et des services d'attention médicale.

✚ Le Directeur du CIASE, Alfredo Barrientos, ONG de Chasquipampa (quartier populaire de la zone sud de La Paz) sous forme de centre de santé qui offre une attention médicale, un appui psychologique, un service juridique et des ateliers pour les jeunes adolescents du quartier.

✚ Fernando Rodriguez de UNITAS, Capitulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (Chapitre Bolivien des Droits Humains, Démocratie et Développement), ONG qui regroupe diverses institutions affiliées. Sa mission est « *d'appuyer et stimuler le renforcement des processus de construction de la citoyenneté, en développant des actions destinées à atteindre l'exigence, le suivi et la vigilance sociale envers l'Etat Bolivien pour l'accomplissement de ses engagements juridiques et politiques relatifs aux droits humains dans leur intégralité, en influant l'opinion publique et la conscience de la population* »¹³¹, en faisant du lobby, en intervenant dans les politiques

¹³⁰ Voir à ce sujet Tom Kruse, « Mujeres Creando paints Bolivia », in *Love and Honesty: the dawn of gay rights*, juin 1999.

¹³¹ « *Apoyar y estimular el fortalecimiento de los procesos de construcción de ciudadanía, desarrollando acciones destinadas a lograr la exigibilidad, el seguimiento y vigilancia social al Estado boliviano para el cumplimiento de sus compromisos jurídicos y políticos respecto de los derechos humanos en su integralidad,*

publiques, en informant la population sur leurs droits, et en observant le suivi des conventions des Nations Unies.

✚ Emma Donlan, qui travaillait alors au sein de Population Concern (elle travaille à présent pour la coopération britannique, DFID), ONG britannique, qui évolue dans la région andine depuis 1998 en coordination avec les ONG locales, le gouvernement au niveau national, municipal et la communauté dans toutes les zones marginalisées. Un des principaux projets de Population Concern est l'ISSRA (Iniciativa de Salud Reproductiva en la Región Andina, Initiative de Santé Reproductive dans la Région Andine), financé par la coopération anglaise (DFID), la commission européenne, et la Fundación de Bill et Melinda Gates. Le propos de cette initiative est de développer des projets innovateurs de santé sexuelle et reproductive destinés à des groupes marginalisés, principalement les jeunes. Population Concern cherche à sensibiliser au niveau national et international sur les bien faits qu'ont les choix, les droits et les responsabilités reproductives et sexuelles sur le développement.

✚ Diana Urioste, responsable de la Coordinadora de la Mujer, une ONG pour la défense des droits des femmes depuis 1984, qui a impulsé notamment la ratification de la CEDAW. La Coordinadora de la Mujer regroupent différentes institutions. « *Nous sommes les interlocuteurs et interlocutrices, générateurs et génératrices d'opinion et de propositions, en agissant dans l'élaboration de politiques publiques et privées, dans la législation et contre la discrimination des femmes dans les processus de développement* »¹³². Cette coordination a mis en place différents programmes de développement organisationnel, de formation politique et citoyenne, de formation et d'assistance technique en genre et développement, et de pression politique.

✚ Monica Beltran, directrice exécutive de Gregoria Apaza, ONG qui siège à El Alto, et qui existe depuis plus de 20 ans, dont les quatre domaines d'action sont la violence intrafamiliale, la participation politique, la formation technique et la Radio Pachamama.

✚ Claudia Choque Paye, secrétaire exécutive de la 'Federación de Trabajadoras del Hogar de Bolivia' (Fédération d'Employées Domestiques de Bolivie, FENATRAHOB), syndicat des employées domestiques. Cette organisation populaire de femmes, au niveau national, est un groupe de pression politique, pour le changement du cadre juridique relatif aux employées domestiques. Elle vise le renforcement institutionnel, et travaille sur la formation professionnelle et la communication.

✚ Maria Cristina Zenteno, directrice de la Fundación La Paz, une ONG qui existe depuis 30 ans, et qui comporte une aire pour la promotion de la femme. Ses activités se basent sur le renforcement de la participation politique des femmes (Centres de mères), l'appui solidaire (prêt pour investissement économique), l'assistance légale, la sécurité et le contrôle social.

incidiendo en la opinión pública y en la conciencia de la gente" (Capítulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo).

¹³² "Somos interlocutoras/es y generadoras/es de opinión y de propuestas incidiendo en la elaboración de políticas públicas y privadas, en la legislación y en contra de la discriminación de las mujeres en los procesos de desarrollo" (Coordinadora de la Mujer).

✚ Sonia Brito de TIJARAIPA, une institution spécialisée sur l'approche de genre dans les campagnes. L'ONG cherche à travailler la thématique de genre à partir d'un regard latino américain, à travers des enquêtes et des publications.

✚ Quatre « Bartolinas », femmes leaders de la Federación Nacional de Mujeres Campesinas de Bolivia 'Bartolina Sisa' (Fédération Nationale de Femmes Paysannes de Bolivie 'Bartolina Sisa', FNMCB 'BS'). La FNMCBBS est une organisation paysanne, depuis 1980, qui tend à organiser, orienter les femmes rurales à la participation active dans les revendications sociales, économiques et politiques.

✚ Marta Villa, directrice de CDIMA (Centro de Desarrollo Integral de la Mujer Aymara, Centre de Développement Intégral de la Femme Aymara), ONG d'El Alto, qui organisent depuis 15 ans des cours, ateliers, séminaires, groupes de travail pour les communautés et pour les femmes, à travers notamment la création d'écoles spécialisées.

✚ Des intégrantes et participantes de divers groupes de femmes, tels que les Manzaneras de Salud (groupes de femmes qui promeuvent les pratiques de santé et motivent leurs voisins à utiliser les services de santé), le Club de Mères de Mallasa, les Centres de Mères de la Fundación La Paz, et des groupes de femmes du District 8 d'El Alto (Junthuma), mobilisées, à travers un projet municipal de renforcement économique des femmes, pour élever des cochons d'inde.

✚ « Paris » et « Danna », membres de la Famille Galán, principale troupe Drag Queens en Bolivie, qui ont donné une autre approche de la sexualité et des droits sexuels dans la société bolivienne.

✚ Et d'autres personnes, dont la rencontre fut moins significative : Elizabeth Peredo Beltran, chargée de l'aire « Mujer, Identidad y Trabajo » ("Femme, Identité et Travail") de la Fondation Solon ; Hugo Medrano Catorceno de PRODIS-YANAPAKUNA (Programa de Desarrollo e Investigación Social – Yanapakuna, Programme de Développement et d'Investigation Sociale - Yanapakuna), ONG de Potosi, qui appuie les femmes des communautés rurales indigènes ; intégrantes de la Red ADA (Red Nacional de Trabajadoras de la Información y Comunicación, Réseau National de Travailleuses de l'Information et de la Communication) ; la Doctoresse Urzagasti, pédiatre, responsable de CRIN (Centro de Rehabilitación Inmuno Nutricional, Centre de Réhabilitation Inmuno Nutritionnelle) ; Adalberto Kopp, du Centro de Servicios Agropecuarios (Centre de Services Agricoles, CESA).

Chacune des personnes entretenues a expliqué les activités de son institution, ses approches et objectifs, selon les priorités recensées par l'organisation, et les financements attribués. Selon leurs expériences, leur histoire, leur mobilisation et leurs connaissances, ces différents acteurs ont également présenté la réalité actuelle des femmes, et de l'exercice de leurs droits, telles qu'ils la percevaient et l'analysaient. Ces rencontres confèrent donc à la recherche un spectre ample, intégral, pratique et théorique de la situation. De plus, ces rencontres ont engendré à chaque fois d'autres contacts de personnes mobilisées sur le thème du droit, des femmes et de la santé reproductive et sexuelle.

De nombreux acteurs, rencontrés ici, sont mobilisés depuis longtemps sur la question des femmes et le thème de la santé féminine (droits, planification familiale, avortement) et ont participé à l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie. Certains faisaient

notamment partie, à l'époque, du Comité National de Santé Reproductive (Bertha Pooley, notamment).

Les participations

L'étude de terrain fut également enrichie par diverses participations au sein du milieu médical, gouvernemental, et non gouvernemental.

✚ Participation à une réunion de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia (Société de Gynécologie et Obstétrique), qui a abordé le thème de la ménopause, et celui des injections Depoprovera, dont les bienfaits ont été remis en question. La Sociedad de Ginecología y Obstetricia regroupe, selon des critères sélectifs de mérite, des gynécologues et obstétriciens. Elle se réunit régulièrement pour exposer des pratiques et théories médicales, discuter de l'actualité scientifique ou des thèmes controversés. Elle développe des activités sociales et de diffusion (cours, organisation de Journées, de Congrès), et rédige un article hebdomadaire dans « La Prensa ».

✚ Participation à plusieurs réunions de REBOHUPAN, au cours desquelles furent présentés les différents projets relatifs à l'accouchement humanisé, les résultats de questionnaires envoyés à des cliniques de La Paz, sur leur opinion quant à l'accouchement humanisé, et divers articles tels que « el parto como un acontecimiento de la vida sexual » (« l'accouchement comme événement de la vie sexuelle »), de Leilah Mc Cracken (extrait du livre Resexualizing childbirth) ; et où fut débattu et discuté le projet de loi sur les droits reproductifs et sexuels formulé par le FNUAP et le CIDEM.

✚ Participation à l'atelier de santé reproductive et sexuelle, organisé par le Ministère de la Santé et l'Organisation Panaméricaine de la Santé, pour les étudiantes infirmières de la UMSA, atelier où étaient exposés et expliqués les politiques, les services de santé reproductive et sexuelle, l'attention à prêter aux patientes, les différentes méthodes de contraception en vigueur, selon une approche technique et humaine de la question.

✚ Participation à un atelier de Gregoria Apaza, Taller de Derechos Basicos (Atelier de Droits Basicos), un atelier d'auto aide, sous forme de jeux de réflexion, de dialogues et d'échanges d'expériences. L'assistante sociale posait des questions et les participantes devaient répondre sur un petit papier qu'elles lisaient ensuite.

✚ Participation à diverses réunions des Manzaneras de Salud d'El Alto ; et aux cours dépensés auprès d'autres groupes de femmes d'El Alto, notamment un cours sur la nutrition auprès des femmes du district 8, mobilisées pour élever les cochons d'Inde.

✚ Participation en tant que jury à l'exposition annuelle des travaux artisanaux réalisés au sein des groupes de femmes du quartier alténien Juana Azurduy de Padilla.

✚ Participation au Forum International « las mujeres en el siglo XXI » (« les femmes au 21^{ème} siècle ») organisé par le CIDEM. Lors de ce forum d'une semaine, différentes intervenantes (chercheuses, directrices d'ONG, femmes politiques d'Amérique Latine) exposaient leur évaluation de la situation féminine actuelle, sur le continent latino-

américain et en Bolivie. De récurrentes polémiques resurgirent entre les femmes 'institutionnalisées', et les femmes directement militantes, rurales ou indigènes. Différents thèmes furent abordés tels que « le genre et le féminisme (apports théoriques et méthodologiques) », « la diversité sexuelle, ethno raciale », « la représentativité et légitimité politiques », etc. La clôture fut marquée par le lancement de la Campagne Régionale pour une Convention Interaméricaine des Droits Sexuels et Reproductifs.

✚ Participation à la présentation du livre d'Ester Shapiro Rock, « Nuestros Cuerpos. Nuestras Vidas. La guía definitiva para la salud de la Mujer »¹³³, présentation organisée par le Groupe de Travail sur la Grossesse non Désirée et l'Avortement. Cet ouvrage est pensé comme un guide, présentant les lois qui régissent la santé reproductive et sexuelle, les diverses réalités, les techniques médicales, l'histoire des différents thèmes liés à la santé reproductive et sexuelle et des témoignages. D'origine nord-américaine, sorti dans les années 70, ce livre est pour la première fois traduit en espagnol et réapproprié à la réalité latino-américaine.

✚ Participation à divers événements organisés par la 'Familia Galán' (défilés dans les rues de La Paz, spectacles...).

✚ Participation à un reportage pour Radio France International, avec Julie Lerat, reportage non diffusé à cette date, sur le quotidien des femmes pacéniennes, à travers des interviews enregistrés auprès de vendeuses du marché Rodriguez, celui de la Perez, et de la rue commerçante « Comercio », et d'hommes rencontrés dans la rue (notamment un mineur).

Participer à ces réunions, forum, présentation et reportage ont permis de connaître l'intérêt commun, social et scientifique relatif à la santé reproductive et sexuelle, d'appréhender les représentations, les discussions, les débats autour du thème, et de voir comment se négociaient les revendications et mobilisations.

La documentation

L'étude de terrain se base également sur le bilan et la synthèse des différentes publications, recherches, enquêtes élaborées par le gouvernement, les ONG et Agences Internationales, les académiques, une documentation recherchée, diffusée et donnée : documentation d'institutions retraçant leurs activités, actions liées à la santé reproductive et sexuelle essentiellement, le bilan de celles-ci, et présentant, leurs travaux, enquêtes et recherches, leurs dénonciations et mobilisations par rapport au thème ; et ouvrages scientifiques, sociologiques, anthropologiques, politiques et juridiques se référant aux droits des femmes, à la santé publique ou directement à la santé reproductive et sexuelle.

L'information de la recherche est également fondée sur des études, enquêtes, rapports et projets des différentes instances gouvernementales, qui constituent les données qualitatives et quantitatives officielles, et notamment sur les recensements officiels, effectuées par l'Institut National de Statistiques (INE) en 1976, 1992 et 2001, et sur les enquêtes nationales de

¹³³ *Nuestro cuerpos, nuestras vidas*, New York Siete Cuentos, 2000.

démographie et santé, ENDSA¹³⁴. En général, sont présentées les données officielles de l'INE les plus récentes.

Cependant, recenser et regrouper ces données démographiques est un travail difficile en Bolivie, car selon les sources officielles, gouvernementales, les données varient. De plus, les enquêtes gouvernementales ne suivent pas toujours la même méthodologie, ce qui compromet les comparaisons dans le temps, et l'espace.

De nombreux documents consultés ne sont pas datés, et certains sont présentés sans numéro de page ou édition. Il s'agit souvent de photocopies, la version originale n'ayant pas été suffisamment diffusée, ou n'ayant pas pu être achetée par la bibliothèque ou l'organisme étant donné le prix excessif des livres en Bolivie. D'autres documents clés pour l'étude, tels les rapports de la Bolivie remis au CEDEF, sont restés introuvables. Ces rapports auraient été perdus ou peut-être brûlés lors des incendies du Vice Ministère de la Femme (à la suite d'événements sociaux).

De nombreux documents furent offerts par les organismes, le gouvernement ou les personnes rencontrées. Le recensement des autres œuvres et ouvrages a fait l'objet d'un important travail de bibliothèques et centres de documentation de La Paz, en particulier au CIDEM, Centre de Documentation de la Femme « Adela Zamudio », bibliothèque la plus complète sur le thème des femmes, au CODEPO, qui présente de nombreux ouvrages et documents sur le thème de la population, à la bibliothèque du département de sociologie de la UMSA (IDIS), à l'OPS, à la Communicathèque du CPC, à la Coordinadora de la Mujer, et, enfin, à l'Instituto Nacional de Estadísticas (Institut National de Statistiques, INE), où furent consultées les seules sources nationales officielles, représentatives de la population bolivienne.

L'étude se base également sur les moyens de communication, notamment les deux principaux quotidiens de la presse écrite bolivienne : El Diario et La Razón. Un important travail d'archives au Diario fut effectué : révision de la plupart des articles de l'année 2002 (revue de presse), pour recenser l'intérêt journalistique sur les femmes et la santé reproductive et sexuelle. Ce travail a permis de connaître les différentes mobilisations médiatiques, communicationnelles (radio, presse, campagne) se référant directement ou indirectement aux thèmes du genre et de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie.

L'étude dans les hôpitaux¹³⁵

L'étude s'intéresse à la santé reproductive et sexuelle des femmes boliviennes, et à l'exercice de leurs droits en matière de santé, droits reconnus et promus par l'Etat Bolivien. Des investigations sociales auprès de femmes pacéniennes et alténiennes, sans caractéristiques particulières d'origine, de milieu social, économique et culturel, non mobilisées dans la

¹³⁴ ENDSA 1998 repose sur des entretiens au sein de 13 136 foyers sélectionnés (dont 7 488 en zone urbaine et 5 648 en zone rurale).

¹³⁵ Cette étude s'est déroulée de mars à mai 2003.

société civile mais liées au thème de la santé reproductive et sexuelle ont permis d'atteindre cet objectif, de connaître, à échelle réduite, les caractéristiques recherchées.

Les hôpitaux publics, dans les services et consultations gynécologiques et obstétriques, sont apparus comme le meilleur lieu pour la recherche. Il s'agit de services spécialisés, où les patientes hospitalisées ou en consultation requièrent une attention en santé reproductive et sexuelle. Ces femmes sont donc directement liées à la santé reproductive et sexuelle, et exposées à l'exercice des droits reproductifs et sexuels. De plus, étant publics, ces hôpitaux reflètent, en théorie, l'application directe des mesures de santé prises au niveau gouvernemental. La majorité des prestations, par exemple, sont couvertes par le SUMI (Seguro Materno Infantil Universal - Sécurité Sociale Materno Infantile Universelle, Loi 2426 de 2002), et en général, les patientes ne paient pas les soins reçus en matière de santé reproductive et sexuelle.

Le HMI est un établissement public de la Caja Nacional de Salud (Caisse Nationale de Santé, CNS), caisse de sécurité sociale pour les fonctionnaires de l'Etat, principal prestataire de services de El Instituto Boliviano de Seguridad Social (Institut Bolivien de Sécurité Sociale, IBSS). Il s'agit d'une institution publique de La Paz, de troisième niveau¹³⁶, spécialisée en santé féminine, maternelle et infantile. Sa mission est de « *prêter des services de Santé Materno-Infantile de qualité, basés sur la satisfaction du patient. Réaliser des recherches et des formations d'excellence et soigner toute la population bolivienne conformément aux lois* »¹³⁷. Cet hôpital accueille majoritairement les femmes assurées à la CNS, mais également quelques femmes du SUMI. Comme toutes les Caisses de Santé, la CNS prête des services de santé aux femmes affiliées selon les mêmes normes établies par le Ministère de la Santé.

Le HM est également un hôpital public de troisième niveau, situé à La Paz, spécialisé en santé maternelle et féminine.

Le HLA est l'unique hôpital materno-infantile d'El Alto. C'est un établissement public de second niveau qui dispose de 34 lits. Cet hôpital existe depuis de nombreuses années, mais les services spécialisés en maternité et gynécologie sont récents (une année de fonctionnement). Il se situe dans le quartier 'Los Andes' d'El Alto, un quartier populaire, tranquille de la ville. La zone est urbanisée et relativement assainie. L'hôpital est petit, modeste et peu équipé. Les cas compliqués, qui requièrent des soins médicaux plus spécifiques, sont transférés dans d'autres hôpitaux, comme celui de la femme, à La Paz.

L'étude au sein de ces hôpitaux fut possible grâce aux autorisations et recommandations du Docteur Jorge Ugarteche Lens, Directeur de la CNS, et la Doctoresse Olga Demora, Directrice Municipale de Santé d'El Alto. L'investigation, à El Alto, avait ciblé un autre hôpital, l'Hôpital Holandes, mais la Doctoresse Demora a donné une autorisation de recherche pour l'HLA, qui, selon elle, était plus représentatif des problèmes d'infrastructure et d'organisation que rencontre le milieu médical en Bolivie et à El Alto en particulier. Sans recommandation et autorisation officielle, les portes des services gynécologique et obstétrique de l'HM ont été fermées à la recherche (voir ci-dessous, « les difficultés rencontrées »). Dans

¹³⁶ En Bolivie, le système de santé est organisé selon un réseau de services en trois niveaux : le premier niveau regroupe les centres et les postes de santé ; le deuxième, les hôpitaux de district ; et le troisième, les hôpitaux généraux et Instituts spécialisés.

¹³⁷ « *Prestar servicios de Salud Materno Infantil con calidad, basados en la satisfacción del usuario. Realizar investigación y formación con excelencia y atender a toda la población boliviana conforme a las leyes* ».

cet hôpital, seules furent menées des observations très générales dans la salle d'attente de consultations gynécologiques et obstétriques.

L'enquête qualitative a consisté en un séjour de trois semaines dans chaque hôpital, dans les services gynécologiques et obstétriques, du lundi au vendredi, de 7-8 heures du matin à 12-13 heures de l'après midi, horaires où s'effectuent généralement les visites médicales, soit 5 heures quotidiennes¹³⁸. Cette présence régulière de trois semaines a permis de se familiariser au milieu médical, d'observer l'attention médicale, de dialoguer avec les patientes hospitalisées ou en consultation. Elle a également permis aux patientes et au personnel de santé de s'habituer à la présence de la chercheuse, de créer une ambiance de confiance et d'obtenir ainsi des observations et discussions plus objectives.

A travers les entretiens qualitatifs et les observations systématiques, qui constituent la base de l'étude, il s'agissait d'appréhender la qualité de l'attention, si l'application politique se traduit dans le social, et si, notamment, le personnel crée des conditions favorables à l'exercice des droits reproductifs et sexuels ; de connaître les perceptions, les expériences, les connaissances des patientes relatives à la santé reproductive et sexuelle ; et d'évaluer ainsi l'exercice de leurs droits reproductifs et sexuels.

Ces entretiens et observations ont souligné certaines réalités politiques, sociales et médicales, certains indicateurs de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, qui permettent de rendre compte de l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes boliviennes. Cependant, les analyses et les conclusions présentées ne peuvent se généraliser, étant donné que l'investigation fut réalisée dans des milieux médicaux particuliers (trois hôpitaux publics), et dans un contexte urbain spécifique : celui de La Paz et notamment d'El Alto, où la population est majoritairement d'origine émigrante, indigène et relativement populaire. D'autres réalités auraient pu être observées dans d'autres établissements et contextes. L'étude est représentative de l'échantillon étudié, sans aucune généralisation à la réalité bolivienne dans son ensemble.

Le 'Dialogo de Saberes'

L'étude est essentiellement basée sur des entretiens qualitatifs semi directifs (à questions ouvertes) et non directifs (en laissant place aux digressions et à la conversation spontanée), individuels et collectifs, de patientes hospitalisées ou en consultation. Ces entretiens peuvent prendre des formes spécifiques. Ils ont suivis ici les principes méthodologiques du 'Dialogo de Saberes' (Dialogue de Savoirs), méthodologie d'investigation qualitative reprise et développée par Susanna Rance¹³⁹, qui s'inspire des théories et des pratiques de l'Education Populaire des années 70.

¹³⁸ Dans un des hôpitaux, les services de santé reproductive et sexuelle étaient séparés. La recherche était donc d'une semaine dans chaque service (le service obstétrique d'accouchement naturel, le service obstétrique d'accouchement chirurgical ; le service de gynécologie), et parallèlement dans les consultations extérieures gynécologiques et obstétriques. Dans un autre hôpital, le séjour s'est uniquement déroulé dans la salle d'attente des consultations extérieures.

¹³⁹ Susanna Rance, « El método del Diálogo de Saberes », in Susanna Rance, Verónica Kaune, María Dolores Castro, Silvia Salinas, Claudia de la Quintana, Ester Veldhuis, Jacqueline Michaux, *Experiencias en Investigación Sociocultural*, CIEPP, 2002.

Le 'Dialogo de Saberes' appréhende la recherche comme un échange de connaissances et non comme une simple recherche de données ou de confirmation de théorie. Les entretiens se font sous forme de dialogues, de discussions, d'échanges de connaissances et d'information, en supprimant le rang hiérarchique entre le chercheur et les personnes investiguées. Dans ce contexte, les personnes entretenues deviennent des sujets actifs et réceptifs de la recherche, et ne sont pas seulement considérées comme une source d'information. Elles contribuent notamment à connaître et à transformer la réalité dans laquelle elles sont impliquées. Cette méthodologie repose sur une volonté d'écouter, de concevoir l'entretien comme un échange, selon un processus de préparation préalable. La limite de cette méthode se trouve dans le contexte donné : l'interviewé dit ce qu'il veut, ce que l'intervenant veut entendre, et il est impossible d'évaluer la pratique à partir du discours.

Le 'Dialogo de Saberes' peut être appliqué à des fins pédagogiques, mais également comme une méthode pour l'investigation action qui promeut le changement social en forme concertée avec le groupe humain impliqué. L'étude ne suppose aucune confirmation de théorie, d'hypothèses, et évite le questionnaire pré élaboré. Susanna Rance explique « *si nous savons comment sont les choses, pourquoi donc enquêter. Il sera difficile d'apprendre quelque chose de nouveau. Nous n'écoutons pas attentivement l'autre personne si nous pensons d'ores et déjà posséder la vérité absolue* ».

Dans son article, Susanna Rance présente les douze pas à suivre pour appliquer la méthodologie du 'Dialogo de Saberes':

- ✚ Choix d'une question pour la recherche ;
- ✚ Auto situation du chercheur : être clair avec nous-mêmes avant de nous retrouver avec la personne ;
- ✚ Auto définition épistémologique ;
- ✚ Sélection du sujet pour le dialogue ;
- ✚ Identification du contexte et du lieu pour le dialogue : nécessaire de s'ouvrir à la possibilité que surgisse le dialogue à partir d'une rencontre spontanée ;
- ✚ Anticipation du langage qui sera utilisé par l'investigateur : il est recommandé d'utiliser peu de phrases car chaque phrase est un discours et chaque discours est une réalité qui se transmet à l'autre personne ; plus nous utilisons de phrases, moins nous laissons d'opportunité à l'autre personne de construire sa version des faits ;
- ✚ Auto présentation et explication du propos du dialogue : recommandable d'être transparent et d'agir avec franchise. On ne doit pas forcer la personne pour qu'elle suive notre agenda ;
- ✚ Maniement du temps : dans le 'Dialogo de Saberes', ce qui vaut c'est la profondeur de l'analyse et non l'extension de l'échange ; il est possible de faire une excellente analyse profonde à partir d'une discussion de 3 ou 20 minutes ; ce qui importe c'est la qualité, plus que la quantité la conversation ;

- ✚ Décision négociée sur l'enregistrement du dialogue : sélection ou combinaison de 3 modalités : noter les faits sur le moment, noter les faits après et enregistrer. La décision dépendra des circonstances particulières de la rencontre, de la relation avec la personne abordée, et de son niveau d'instruction formelle. Si la personne ne sait ni lire, ni écrire et que le chercheur commence à noter les détails de l'échange, cela peut marquer des inégalités et faire que l'autre personne se sente utilisée comme objet de savoir ;
- ✚ Transcription des notes et des enregistrements : pour faciliter l'analyse du dialogue, il est utile de faire une transcription détaillée des notes et de l'enregistrement. Il est recommandé de toujours noter la date, l'heure et le lieu, et certains commentaires sur le contexte de l'interaction ;
- ✚ Rédaction du récit du 'Dialogo de Saberes' : le rapport s'écrit de préférence à la première personne et dans un style informel ;
- ✚ Conclusions. Apprentissage du dialogue : « Qu'ai-je appris du dialogue ? Quelle leçon je tire de l'expérience ? ».

Les entretiens

Les entretiens qualitatifs auprès des patientes furent donc menés sous formes d'échanges, de dialogues, de conversations qui s'installaient de manière naturelle. Ces discussions avaient lieu dans les salles d'attente des cabinets de consultation, dans les chambres des patientes surtout, et parfois dans les couloirs de l'hôpital.

Dans le cadre du 'Dialogo de Saberes', ont été consultées les patientes qui n'étaient pas fatiguées ou préoccupées, qui ne souffraient pas, et qui pouvaient ou désiraient discuter un moment. Ainsi, dans les services d'hospitalisation, les patientes qui étaient de sortie ont constitué la population préférentielle pour les entretiens.

Les premiers entretiens furent enregistrés. Selon les principes du 'Dialogo de Saberes', il s'agissait de demander s'il était possible de s'entretenir un moment avec la patiente, et de bien lui présenter les deux alternatives : la patiente avait la possibilité de refuser sans offense. Si la patiente acceptait, il fallait bien lui expliquer que l'entretien était totalement anonyme, et qu'il servait uniquement à la recherche. Après cette présentation, il était demandé à la patiente s'il était possible d'enregistrer l'échange, en présentant de nouveau les deux alternatives. La transcription de ces premiers entretiens a été parfois difficile : des annonces microphoniques de l'accueil de l'hôpital ne permettaient pas d'entendre et de retranscrire certaines phrases de l'interlocutrice. De plus, les échanges se sont avérés plus riches après l'enregistrement. Les conversations suivantes ne furent donc pas enregistrées, car le fait d'enregistrer est parfois intimidant. Le dictaphone crée une ambiance plus officielle que confidentielle, et peut bloquer la discussion ; les patientes entretenues peuvent avoir un discours plus formel, et dire ce que veut entendre l'interlocuteur. Comme l'explique Susanna Rance, il est parfois préférable d'avoir une bonne information floue qu'une information superficielle précise. Il est ensuite éventuellement possible de demander d'enregistrer la conversation sur un point précis dit précédemment.

L'entretien constitue donc un échange bref qui privilégie la profondeur, c'est-à-dire la qualité de l'échange plus que la quantité. Les discussions étaient ainsi de courtes durées (20 minutes au maximum). Certaines furent plus brèves que d'autres, avec parfois peu d'information ; d'autres furent quotidiennes, et ont permis de mener des entretiens détaillés, en profondeur.

Lors des conversations, il s'agissait d'être flexible et intuitif ('Dialogo de Saberes'). Selon le contexte et la personne rencontrée, il était possible de changer l'entrée en matière, comme la question d'ouverture. Il était également important de voir où les femmes cherchaient à conduire la discussion, en valorisant ce point, et en oubliant les hypothèses de base qui peuvent occulter certaines approches importantes ou tout du moins, importantes pour l'interviewée.

La discussion commençait avec une question très générale, qui pouvait être formulée à partir du contexte, des observations. Puis, il s'agissait de reprendre des extraits du discours. Selon les principes du 'Dialogo de Saberes', l'échange ne doit pas dépendre d'un questionnaire pré élaboré. La discussion ne suivait donc pas de questionnaire, mais en revanche, un guide thématique de conversation : demander par exemple, aux patientes des idées de suggestions pour améliorer l'attention (ce qui peut donner une idée sur la qualité d'attention reçue).

Après chaque échange, il s'agissait de recueillir, dans un coin retiré du service, les idées centrales abordées dans un agenda de terrain (ou carnet de notes). Un agenda de terrain est l'instrument personnel à partir duquel figurent des données clé, la chronologie ou l'histoire de l'investigation.

Aucune note n'était prise lors de l'entretien car cela pouvait biaiser, fausser le dialogue qui se voulait naturel, et marquer un certain manque de respect vis-à-vis des patientes. En effet, ces dernières peuvent se demander ce qu'écrit l'interlocuteur, ou ne pas comprendre ces mêmes notes (à cause de l'écriture, ou de mots étrangers). C'est notamment un manque de respect pour les femmes qui ne savent ni lire, ni écrire (l'analphabétisme étant relativement important en Bolivie).

Dans les services de maternité, ou lorsque le contexte s'y prêtait, une question d'ouverture, unique et large, permettait d'amorcer la discussion avec les patientes : « *j'aimerais que tu me dises comment ça s'est passé ici, comment tu t'es sentie ici...* » ("*queria que me dices como le ha ido aquí, como se ha sentido aquí...*"). Cette question a été changée très rapidement car elle connotait un jugement de valeur. De plus, les premiers entretiens, les premières observations ont démontré que les mères étaient mises en confiance lorsqu'on leur parlait de leur enfant, lorsque l'on montrait un certain intérêt à leur égard. A partir de là, le dialogue commençait en général par : « *J'aimerais que vous me racontiez l'histoire de ce petit bébé, comment ce charmant bébé est arrivé ici, au monde...* » ("*Me gustaría que usted me cuente la historia de esta wawita, como este hermoso wawa ha llegado aquí, al mundo...*"). Il s'agissait ensuite de reprendre les points évoqués les plus pertinents pour l'étude, et de développer, d'approfondir les thèmes abordés par les patientes. Certaines conversations étaient indirectement guidées. Il était par exemple demander à la patiente si ce bébé allait avoir des frères et sœurs, et selon sa réponse, comment elle pensait faire pour attendre ou ne plus avoir d'enfants... ("*Va a tener (otro/as) hermano/as ?*", "*como va a hacer...*").

Cette question d'entrée a révélé également quelques faiblesses puisque de rares patientes ont répondu en expliquant le processus de la reproduction, et non en racontant le processus de décision ou non, l'expérience de la grossesse. Une patiente de 19 ans, qui venait d'accoucher

a en effet répondu que son enfant était arrivé ici en ambulance. Une jeune mère de 18 ans, a expliqué : « *avec mon compagnon (...). Au bout de 9 mois, il arriva...* » ("*Con mi pareja (...). Dentro de 9 meses, el llega...*"). Une autre patiente, enfin, de 25 ans, a raconté que l'enfant venait de son ventre : « *depuis que... depuis mon ventre... On sent comme un petit ver... qui grandit, grandit...* » ("*Desde que ya... desde mi vientre... Sentia como un gusanito... que va creciendo, va creciendo...*").

Lors des premiers entretiens, la conversation s'achevait par l'élaboration de Fiches AGEVEN (fiches qui retracent les événements sociodémographiques de la personne en fonction de son âge dans le temps), si la patiente autorisait ce recueil de données plus personnelles : « *maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions, plus personnelles, qui me serviront pour l'étude* » ("*Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas –mas personales- que me servirán para el estudio...*"). Cependant, la requête pour la réalisation de ces fiches s'est avérée inappropriée à la méthodologie suivie, à travers laquelle la personne entretenue devait se sentir en confiance, et dialoguant naturellement, en oubliant l'enquête.

Dans certains services, et dans des conditions particulières, il n'y avait pas de question préalable d'ouverture. Les conversations s'installaient de façon naturelle, et prenaient forme de dialogues, d'échanges d'expériences, d'idées (tout en essayant de suivre le guide thématique), afin d'obtenir une information plus personnelle, libre et pertinente pour l'étude. A l'hôpital alténien, el aymara a constitué un bon premier contact avec les patientes, en faisant rire et surtout en montrant un certain intérêt pour leur culture d'origine. Certains entretiens furent collectifs, entre patientes d'une même chambre. Ils ont constitué une source très riche d'information, étant donné que les patientes, plus en confiance réunies, ont partagé entre elles leurs expériences, leurs savoirs et leurs opinions. Elles paraissaient, par exemple, plus libres de donner leur point de vue sur l'attention médicale.

Des conversations avec les parents, la famille et le personnel médical illustrèrent également le travail de recherche. Avec le personnel de santé, une seule question ouverte « *j'aimerais que vous me parliez de votre travail ici...* ». Autrement, l'échange s'installait de façon naturelle, spontanée et ponctuelle, lors de rencontres dans les couloirs, à l'accueil des services...

Les observations

L'information recueillie des entretiens a été appuyée et complétée par des observations systématiques (qui consiste à recueillir des informations sur un processus objectif d'un phénomène social et/ou d'un groupe humain dans un temps déterminé), et participantes (se faire oublier en tant que chercheur, se fondre dans le décor).

L'observation participante est une méthodologie qualitative de sociologie développée par l'Ecole de Chicago, par Erving Goffman, sociologue américain, en particulier. Elle se caractérise par une période d'interactions sociales entre le chercheur et les sujets, dans un milieu de ces derniers, en s'intégrant temporairement au sein du groupe étudié, intégration au cours de laquelle des données sont systématiquement collectées.

L'Observation Participante « *suit, d'après A. Piette, le décours de l'interaction proprement dite. Un bon indicateur d'une observation participante réussie, c'est lorsque le chercheur se*

trouve à blaguer et à rire naturellement, lorsqu'il évite les gaffes automatiquement, sans surveiller son comportement, lorsqu'il pose à propos et au bon moment les questions sans obéir à des instructions précises. L'observation comme interaction, c'est une « rencontre sociale » constituée de conversations, de gestes, de jeux de regards. Elle ne se réduit pas à une participation psychologique (empathie) ou affective (immersion). C'est un processus d'équilibration entre deux tendances opposées, l'inclusion et la distance, qui n'exclut pas un ensemble de tactiques, d'ajustements par lesquels l'observateur produit sa place, la négocie et renégocie continuellement »¹⁴⁰.

Ces observations consistaient à suivre, aider le personnel de l'hôpital, assister aux visites et consultations médicales, aux accouchements, et consulter les histoires cliniques des patientes observées et entretenues, tout en respectant et préservant l'intimité des celles-ci. Il s'agissait également de soulager les patientes, les aider à consoler le nouveau né, à le changer, de répondre, lorsque c'était possible, à leurs doutes et questions, et de servir d'intermédiaire entre elles et le personnel médical.

Selon un 'mémo' d'observation (liste de mots clés pour l'observation)¹⁴¹, l'attention médicale, les soins, les pratiques, ainsi que les relations et les interactions entre le personnel et les patientes (variables qui conditionnent l'exercice des droits reproductifs et sexuels) étaient sources d'observations systématiques. Toute l'information, toutes les remarques étaient régulièrement notées dans l'agenda de terrain.

Ces observations et participations ont permis de se familiariser, de se sensibiliser au milieu médical de la santé reproductive et sexuelle, aux soins, aux pratiques, aux orientations ; et également d'appréhender, de connaître les rôles, les comportements et attitudes de chaque acteur de l'hôpital (patientes, médecins, infirmières, personnel de service, famille et proches des patientes), les interactions et relations interpersonnelles existantes. Il a donc été possible, dans des cadres définis, d'évaluer la qualité de l'attention médicale en matière de santé reproductive et sexuelle (la qualité institutionnelle, la qualité technique, la qualité humaine), et les conditions, le contexte des droits reproductifs et sexuels.

Les rapports aux directeurs

Chacune des investigations a fait l'objet de rapport écrit remis aux différents directeurs des hôpitaux étudiés ainsi qu'à la Direction Municipale de Santé d'El Alto pour l'hôpital observé dans cette ville. Ces rapports étaient totalement confidentiels, réservés au travail de doctorat, et informatif pour les directeurs. Ils reflétaient des observations et réflexions particulières, à un moment précis, dans un lieu déterminé. Il aurait été intéressant de discuter des conclusions avec les directeurs (but des rapports), ou le personnel médical des services étudiés. Mais personne n'a donné suite à ces rapports.

¹⁴⁰ A. Piette, *Ethnographie de l'action. L'observation des détails*, Métailié, 1996, pages 68-72, repris par Anne Marcellini et Mahmoud Miliani, « Lecture de Goffman », *Corps et Culture*, janvier 2005, disponible sur : <http://corpsetculture.revues.org/document641.html> .

¹⁴¹ 'Mémo' d'observation lors de l'étude : infrastructure, organisation, cadre, acteurs, activités, relations, interactions, communications, informations, soins, pratiques médicales et sociales, comportements, attitudes, intimité.

Le compte rendu de cette investigation a fait l'objet d'une conférence à laquelle ont été personnellement invités ces directeurs, mais aucun d'entre eux, aucun représentant n'y a participé, montrant ainsi l'intérêt du milieu médical, et la volonté vaine de comprendre, de changer les problèmes d'attention rencontrés.

Les difficultés rencontrées

Assister aux accouchements, aux soins gynécologiques et obstétriques fut parfois une dure épreuve, essentiellement dans l'hôpital d'El Alto, où de nombreux cas de complications se sont présentés (malformations ou décès du nouveau né), ainsi que rencontrer et reconforter les familles suite à ces événements.

Dans certains services, en particulier dans les salles d'attente, et les services de gynécologie, instaurer le dialogue fut relativement difficile. De par une organisation différente (les visites médicales de responsables de services n'étaient pas quotidiennes et systématiques), les patientes étaient moins habituées, familiarisées à la présence de la chercheuse, corollaire de confiance ; et n'avaient pas, par exemple, un bébé qui les maintenaient réveillées (elles dormaient toute la journée).

D'autre part, le fait d'être une femme, a peut-être permis d'être plus facilement légitimée par la population féminine entretenue. Le fait d'être étrangère, en particulier dans l'hôpital d'El Alto, a éveillé la curiosité et engendré une bonne approche ; mais cela a également suscité la méfiance et le rejet. De plus, la communication était difficile avec les patientes qui comprenaient et parlaient à peine le castillan, ou avaient un accent très prononcé. Ces mêmes femmes comprenaient difficilement l'interlocution de la chercheuse.

Le travail de recherche s'est effectué dans une totale discrétion. Cependant, il faut prendre en compte que la présence de la chercheuse a pu influencer sur les observations et les discussions, une influence qui ne peut se vérifier ou démontrer. Cette présence peut causer un certain malaise et/ou biaiser les rapports habituels. Elle peut influencer les discours et les pratiques du personnel médical, méfiant des observations faites à son égard, et qui peut offrir un discours plus éthique et formel.

Le guide thématique n'a pas toujours été facile à suivre. Certaines patientes se sont confiées comme une nécessité de faire partager leur expérience, leurs problèmes. D'autres restèrent relativement timides, en manque de confiance et impressionnées par l'intérêt, la présence d'une sociologue.

A cet égard, la définition du rôle de la chercheuse ne fut pas toujours évidente pour le personnel des hôpitaux et les patientes. Il s'agissait de bien expliquer que la chercheuse n'était pas médecin, ni professionnel de la santé, et qu'elle travaillait indépendamment de l'hôpital. Sa présence se justifiait par le fait qu'elle s'intéressait à l'expérience qu'ont les femmes de leur maternité. Mais, le fait de porter une blouse blanche (imposé par les directeurs des hôpitaux) portait à confusions. De nombreuses patientes associèrent cette blouse à la profession de docteur. Le travail du sociologue est généralement méconnu. Il est souvent associé au travail de psychologue ou d'assistante sociale. Prenant la chercheuse pour un

médecin, une psychologue ou autre personnalité médicale travaillant au sein de l'hôpital et pour l'hôpital, influe sur le discours des patientes : elles mesurent leurs paroles, leurs confidences et parlent de façon plus contrôlée, moins libre. Caractéristiques du discours renforcées par le fait que ces entretiens se déroulaient au sein même de l'hôpital.

La plus grande difficulté fut rencontrée dans le troisième hôpital requis pour la recherche, où l'objectif, comme dans les deux autres hôpitaux, était de rester trois semaines au sein de cet hôpital, dans les services gynécologiques et obstétriques, et d'y mener des observations et entretiens auprès des patientes hospitalisées. L'étude ne présentait aucun questionnaire préalable puisqu'il s'agissait d'entretiens qualitatifs, menés sous forme de dialogues. Cette investigation a été acceptée par le Directeur de l'hôpital, mais refusée par le Docteur Ortega, responsable des étudiants en médecine.

Le Docteur Ortega prétextait un manque de justificatif des objectifs de la recherche, une méthodologie (le 'Dialogo de Saberes') inappropriée au lieu : « *interroger les patientes que si elles le veulent n'est pas possible ici...* », déclarait-il. Il expliqua également que les patientes étaient souvent souffrantes et « *cela occasionnerait un certain dérangement* » pour ces dernières. Il ajouta qu' « *ici, il se passe des choses très graves ; c'est dangereux* ». Des étudiants en médecine, en stage dans cet hôpital restèrent surpris par ce refus puisqu'ils estimaient que l'Hôpital n'avait rien à cacher. Comme dans tout autre établissement de santé, l'Hôpital accueillait des cas d'avortement (un cahier d'admission 'AMEU' a effectivement été observé), de tumeurs...

En revanche, le Dr Ortega accepta l'enquête dans la salle d'attente des consultations gynécologiques et obstétriques extérieures. Cette restriction allait biaiser la recherche dans son ensemble étant donné que des observations et des entretiens avaient été conduits dans d'autres hôpitaux de La Paz et El Alto, auprès de patientes hospitalisées, et non seulement consultantes.

Le lieu d'attente des consultations extérieures ne se prêtait aucunement à des entretiens qualitatifs. Le grand nombre de patientes qui attendaient menaçait la confidentialité et la qualité des entretiens, une confidentialité et une confiance également ébranlées par le manque de 'familiarité' entre la chercheuse et ces femmes : il est difficile de se confier à un inconnu. Il s'agissait alors de s'asseoir parmi les consultantes, d'observer leur attente, d'écouter, tant que possible, leur conversation, et d'évaluer la qualité de l'attention médicale (respect de l'intimité, le temps d'attente...).

Ces nouveaux objectifs ne furent pour autant faciles à atteindre puisque une grève du personnel médical, qui allait durer environ deux semaines, supprima toutes les consultations extérieures, remplacées par des piquets de grève de la faim. Les grévistes, en solidarité avec les maîtres d'école, demandaient la suppression d'un décret gouvernemental. Selon les dires de certains étudiants, le fonctionnement interne de l'Hôpital suivait son cours. Après ce mouvement de grève, dix demi journées d'observation furent menées dans le 'couloir' d'attente des consultations, des observations qui serviront de base pour l'étude au sein de cet hôpital. Quelques brèves observations furent également conduites au sein même de l'Hôpital lors des diverses rencontres et négociations avec le Dr Ortega.

Les caractéristiques des patientes rencontrées

Le nombre de patientes rencontrées

Dans le premier hôpital, 32 patientes ont été consultées (11 dans le service obstétrique d'accouchement naturel, 10 dans le service obstétrique d'accouchement chirurgical, 6 en Gynécologie et 5 en salle d'attente), et 46 observées (respectivement 2, 13, 18 et 13), soit un échantillon de 78 femmes. De l'investigation dans l'hôpital alténien, résultent 59 entretiens (52 patientes hospitalisées, 2 en consultation et 5 patientes dont l'enfant était en néonatalogie), dont 11 entretiens en profondeur ; et 42 observations de patientes (36 patientes hospitalisées, 6 en consultation), soit un échantillon de 101 patientes. Dans le troisième hôpital, seules des observations générales furent menées.

Certaines discussions, certaines observations furent très succinctes, et certains cas furent éliminés des échantillons par manque d'information, de pertinence ou d'intérêt pour la recherche. Dans la majorité des cas, les histoires des patientes, ainsi que les observations furent illustrées et complétées par la consultation des dossiers cliniques.

Les résultats présentés sont représentatifs des femmes rencontrées et ne peuvent en aucun cas être généralisés à l'ensemble de la population féminine bolivienne. Certaines caractéristiques personnelles de ces femmes manquent pour ne pas leur avoir été demandées (requête inappropriée à la discussion), ou à cause de dossiers médicaux incomplets (en particulier pour les femmes du SUMI, dans le premier hôpital étudié). Parfois même, l'information donnée par les femmes différait de celle des dossiers.

Des tableaux quantitatifs, croisés ont été établis, mais le manque de données ne permet pas une analyse quantitative précise. De plus, l'enquête se veut qualitative, en mettant en exergue la qualité et non la quantité de l'information dérivant des entretiens et observations. Il s'agit d'une recherche qualitative qui se base sur le discours des patientes et du personnel médical, et sur des observations participantes, donc qualitatives, où les chiffres, statistiques et croisements de données n'ont ici aucune valeur scientifique.

Les caractéristiques générales des patientes rencontrées

L'âge

Les femmes rencontrées avaient de 15, 17 ans jusqu'à 43 ans en général (une patiente rencontrée avait 66 ans). Une majorité des femmes avaient entre 20 et 29 ou 39 ans.

La situation matrimoniale

Les cas les plus fréquents au moment de l'investigation étaient le mariage et l'union libre (le mariage dans l'hôpital de La Paz, l'union libre dans l'hôpital d'El Alto). Des cas de femmes seules, célibataires, divorcées, veuves ou abandonnées par le conjoint, font également partie des situations matrimoniales rencontrées.

Le niveau scolaire

La majorité des patientes, dont l'information était disponible, avait étudié jusqu'à la primaire ou le secondaire. Très peu de patientes avaient un niveau universitaire. A l'hôpital d'El Alto, certaines patientes étaient analphabètes.

Le lieu d'origine et lieu de résidence

Dans les deux cas, l'ensemble des patientes venaient et vivaient à La Paz ou El Alto ; quelques rares femmes appartenaient au milieu rural.

Les caractéristiques socioculturelles

Le revenu personnel ou de la famille est un indicateur intéressant du milieu social, donnée exclusive des histoires cliniques de l'hôpital de La Paz étudié. Selon ces dossiers, les revenus de la famille étaient situés entre 500 et 2000 boliviens par mois (soit environ entre 50 et 200 euros par mois). En général, dans cet hôpital, il n'y a pas de patientes de premières nécessités, étant donné que la majorité est affiliée à la Caja Nacional de Salud, à travers leur propre emploi ou celui du mari ou compagnon. La majorité des patientes rencontrées appartenait à la CNS, généralement à 50%, c'est-à-dire par le mari ou le compagnon. Cela signifie que les patientes étaient dans l'ensemble dans une situation économique stable.

A l'hôpital d'El Alto, la majorité des patientes semblait appartenir à un milieu social relativement populaire, caractéristiques remarquées par les vêtements, la dentition, ou par la préoccupation si le SUMI prenait en charge ou non les soins reçus. Il s'agissait, pour la plupart, de femmes de 'polleras', c'est-à-dire qui portaient la tenue traditionnelle des femmes urbaines et périurbaines d'origine indienne ; qui parlaient, en plus du castillan, une langue indigène telle que l'aymara. Certaines patientes parlaient difficilement le castillan.

L'emploi

De nombreuses femmes rencontrées étaient 'amas de casa' ('femmes au foyer').

Les motifs d'hospitalisation

Dans le premier hôpital d'observation, les cas cliniques sont répartis selon les différents services (accouchement naturel, accouchement chirurgical, problèmes gynécologiques). A l'hôpital d'El Alto, une importante majorité des patientes était hospitalisée pour accoucher ; nombreuses furent également celles hospitalisées à cause de complications de grossesse : menace d'avortement ou d'accouchement prématuré, grossesse difficile. Les consultations concernaient la gynécologie, la pédiatrie et les échographies.

Le nombre d'enfants

Les patientes rencontrées avaient en moyenne entre 0 et 5 enfants. Certaines femmes entretenues et observées avaient plus de 10 enfants.

Les thèmes abordés

De nombreux thèmes sont ressortis des discussions avec les patientes et le personnel de santé. Les femmes ont évoqué et raconté l'expérience de leur grossesse, de leur accouchement, d'être mère. Elles ont parlé de leur hospitalisation, de l'attention reçue, du nouveau-né, du sexe et du prénom du bébé... Des patientes ont décrit leurs relations familiales, avec le mari, compagnon, la famille dans son ensemble, relations parfois marquées par la violence physique et/ou psychologique. Certaines ont raconté des histoires et anecdotes personnelles. Elles ont également parlé de leur pays, la Bolivie, ses caractéristiques et ses problèmes ; et ont demandé des informations sur la France, pays souvent inconnu, et sur le travail et l'intérêt de la chercheuse.

Les ateliers

Pour compléter l'information recueillie dans les hôpitaux, des ateliers ont été menés dans différents groupes de femmes et d'adolescents, non mobilisés politiquement. L'atelier permet d'avoir une idée du sens commun, du 'politiquement' accepté, correct, en particulier ici sur la santé reproductive et sexuelle, et les droits conséquents. Reprenant les principes du 'Dialogo de Saberes', l'atelier permet aux participantes de réfléchir, d'échanger leurs expériences et connaissances. Cette méthodologie est différente du groupe focal, puisqu'il est possible d'interpeller l'intervenant, et se veut être un échange entre les participantes et ce dernier.

Ces ateliers, intitulés « les idées qu'ont les femmes sur la maternité, la famille », ou « la santé maternelle », avaient pour objectif officiel de construire, de manière collective, des connaissances sur la santé féminine et maternelle. Chacune des participantes devait sortir de cet atelier avec des idées, des perceptions de la santé maternelle en particulier, des conceptions qu'elle sera capable de transmettre et d'éventuellement appliquer. L'étude consistait ensuite à confronter les discours avec d'autres sources d'information. L'objectif officieux était d'évaluer, à travers les expériences, les connaissances et les pratiques des participantes, l'exercice des droits reproductifs et sexuels.

Les ateliers furent menés de façon spécifique. Il ne s'agissait pas de cours traditionnels mais d'ateliers interactifs et participatifs. Ils prenaient forme de discussions, de dialogues entre les participantes, entre ces dernières et la sociologue, de façon à échanger des informations, des pratiques, des idées, des expériences et ainsi engendrer une construction collective de connaissances sur la santé féminine. Ce processus de réflexion mutuelle requérait l'implication intégrale des participantes.

Chaque personne, et ici chaque participante, est considérée avoir un concept, des idées, des connaissances et expériences, pratiques distinctes par rapport à la santé maternelle, reproductive et sexuelle en générale, selon son histoire, son milieu culturel et social. Il s'agissait alors d'impliquer les participantes avec leurs propres histoires, c'est-à-dire à partir de leurs nécessités, en récupérant leurs expériences et connaissances préalables, et en complétant l'information. Dans ce cadre, l'atelier consistait à apporter des espaces de réflexions et d'analyses sur leurs propres pratiques, attitudes, en les comparant aux

perspectives présentées. Il n'existe pas un concept de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, mais diverses conceptions qui se valent, selon le milieu personnel, culturel et socioéconomique. L'atelier était flexible : selon les intérêts des participantes, un thème pouvait prendre plus de temps qu'un autre. Un des ateliers a notamment été longtemps axé sur la violence domestique et familiale, sur l'irresponsabilité paternelle et le machisme.

D'après ce cadre théorique, des ateliers furent menés auprès d'adolescents leaders au CIASE de Chasquipampa, au sein des divers groupes de 'Manzaneras de Salud', à El Alto, et auprès de représentantes de 'centres de mères' de la Fundación La Paz, à La Paz.

Les ateliers organisés

Les ateliers à la Fundación La Paz.

Les 'Centros de Madres' (Centres de Mères) sont des groupes de mères et de femmes organisés qui tentent de surmonter une série de problèmes et difficultés qu'elles affrontent au niveau de la collectivité et de la famille, à partir d'une forme alternative de participation et formation dans une association qui les articule et les coordonne, en les renforçant comme femmes, mères de famille et citoyennes. Ces centres sont des groupes autonomes qui réalisent différentes activités économiques, sociales, culturelles et politiques (atelier de couture, d'artisanat, de participation politique...). L'objectif fondamental est d'atteindre la participation active de la femme dans la société civile. Ces centres de mères sont ici regroupés par la Fundación La Paz.

L'atelier s'est déroulé en cinq sessions, de deux heures chacune, durant cinq semaines. Chaque session tentait d'aborder un thème spécifique relatif à la santé maternelle, ou reproductive et sexuelle en général : la santé reproductive et sexuelle dans son ensemble, en quoi consiste la santé reproductive et sexuelle, la grossesse et l'accouchement, les méthodes contraceptives, les droits reproductifs et sexuels.

L'atelier fut introduit par la présentation des participantes. L'idée était que chacune d'entre elles se présente comme si elle était en train d'écrire une lettre à une personne qu'elle ne connaissait pas, en expliquant qui elle était, où elle vivait, si elle avait des enfants, ses activités quotidiennes... ; en expliquant également ce qu'elle aurait fait ou été si elle n'avait pas été « *madresposa* » (« mère-épouse »)¹⁴², et pour celle qui n'avait pas d'enfant, ce qu'elle voudrait être ou faire dans le futur. Cette présentation a permis de connaître les participantes, leur personnalité et leur histoire. Mais elle a surtout permis d'évaluer la pression sociale exercée sur les femmes. Elle a notamment rendu compte de la distance entre les réelles attentes des femmes et la réalité à laquelle elles sont soumises.

Tout au long de l'atelier, des 'sociodrames' improvisés, définis comme des « *jeux dans lesquels sont utilisés des gestes, actions et phrases. Ils sont la représentation de certains faits ou situation de la vie réelle, ayant pour but d'être ensuite analysés* »¹⁴³, furent utilisés pour

¹⁴² Expression de Marcela Lagarde, dans Marcela Lagarde, *Los cuativerios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1990.

¹⁴³ "actuaciones en las que se utilizan gestos, acciones y palabras. Son la representación de algún hecho o situación de la vida real, con la finalidad de ser analizada posteriormente" (Juan Carlos Ramírez Rodríguez,

illustrer et évaluer certaines composantes de la santé reproductive et sexuelle, telles que la qualité d'attention médicale, les grossesses non désirées, la discrimination sociale et culturelle. Il s'agit de petites mises en scène de la vie quotidienne, qui suivent un scénario précis, dont les acteurs sont les participantes¹⁴⁴. Ces représentations, qui reflétaient des réalités personnelles ou générales, étaient ensuite analysées. Cette réflexion commune donnait lieu à des anecdotes, des histoires personnelles et des questions.

Par le fait d'être mère, les participantes pensaient dominer le thème de la santé maternelle, indirectement de la santé reproductive et sexuelle. Or l'atelier a engendré des connaissances, a provoqué des échanges d'idées, d'expériences, de doutes et de conseils. Chaque participante a raconté ses expériences de la grossesse, de l'accouchement, ses tentatives d'avortement... Toutes ces conceptions, réflexions et expériences ont également enrichi les connaissances théoriques et pratiques de l'étude.

La dernière séance fut caractérisée en particulier par une réflexion commune sur la réalité sociale des droits reproductifs et sexuels, et sur les obstacles pour leur exercice. Ici, fut repris et suivi approximativement le guide de questions exposées dans le document *Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en Salud Sexual y Reproductiva* du CIDEM: « *Quelles sont les conditions nécessaires (sociales, économiques, culturelles) pour l'exercice de ces droits? Ces conditions existent-elles pour les différents groupes dans notre société? Quels sont les obstacles pour l'exercice de ces droits? Comment pouvons nous promouvoir la garantie et l'exercice de ces droits, dans notre travail et notre vie quotidienne? Comment pouvons nous les promouvoir dans l'institution, dans les services de santé? Comment pouvons nous implanter ces demandes sous forme de déclaration de droits?* »¹⁴⁵.

Les ateliers au sein des divers groupes des 'Manzaneras de Salud'

« *Si vous voyez des femmes de polleras avec des pulls de laine de couleur vert obscur, vous pourrez les identifier avec certitude. Ce sont les Manzaneras de la Salud, qui se dédient à promouvoir et augmenter la couverture des services de santé qu'offre la ville d'El Alto* »¹⁴⁶.

Les 'Manzaneras de Salud' sont leaders d'un 'manzano' (quartier ou coin de rue) d'El Alto, qui développent de multiples activités sociales. Elles sont volontaires et élues de façon démocratique, en réunions communautaires convoquées par les 'Juntas vecinales' (assemblées de voisinage), et formées pour rendre service aux familles de leur 'manzano', sur des thèmes

Grisela Uribe Vásquez, Norma Celina Gutiérrez de la Torre, *Género y Salud. Una propuesta para el trabajo con población femenina*, Universidad de Guadalajara, 1995, page 75).

¹⁴⁴ Exemples de sociodrames (scenarii) joués par les participantes: une consultation gynécologique, une femme de 'pollera' qui arrive au centre de santé, une femme qui consulte pour une ligature des trompes, une adolescente qui avoue à sa mère qu'elle est enceinte, une femme de 5 enfants, de nouveau enceinte, qui se confie à sa voisine.

¹⁴⁵ « *¿Cuales son las condiciones necesarias (sociales, económicas, culturales...) para ejercer esos derechos? ¿Existen esas condiciones para los diferentes grupos en nuestra sociedad? ¿Cuales son los obstáculos para el ejercicio de estos derechos? ¿Como podemos promover la garantía y el ejercicio de estos derechos, en nuestros trabajos y nuestras vidas cotidianas? ¿Como podemos promoverlos en la institución, en los servicios de salud? ¿Como podemos plantear estas demandas en forma de una declaración de derechos?* » (*Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en Salud Sexual y Reproductiva*, CIDEM-FHI, 1999, page 65).

¹⁴⁶ « *Si usted ve a mujeres de pollera con chompas de lana color verde oscuro podrá identificarlas, con seguridad. Son las Manzaneras de la Salud, quienes se dedican a promocionar y aumentar la cobertura de los servicios de salud que ofrece la ciudad de El Alto* » (*Experiencias de alcaldesas y concejalas de Bolivia, Nuestra contribución a los municipios*, ACOBOL, AECI, 2005, page 63).

particulièrement liés à la santé. Elles travaillent de maison en maison, en promouvant les pratiques sanitaires et une meilleure utilisation des services de santé. Leur première tâche est de faire un recensement de leur quartier, en faisant du porte à porte. L'objectif de ces groupes de femmes est de diminuer le risque de mort maternelle et d'augmenter le nombre d'accouchements institutionnels. Jusqu'en juin 2003, le projet était financé par USAID. Depuis, l'organisation travaille avec le FNUAP. Selon Susanna Rance, il est nécessaire de garder un regard critique sur ce groupe de femmes, puisqu'il s'agit là d'une micro intervention, d'un contrôle parfait, très semblable au modèle cubain.

Ces ateliers duraient entre 2 et 4 heures. Le débat était amorcé par une question ouverte unique : « *j'aimerais que vous me parliez de vos enfants, et si vous n'en avez pas, si vous souhaitez en avoir, pourquoi, comment...* » (“*Me gustaria que ustedes me hablan de sus hijos/as, y si no tienen, que me dicen si quieren tener o no, por qué? Como? Ect...*”). La discussion était conduite, en reprenant certains thèmes évoqués, selon un guide thématique, jusqu'à la présentation des droits reproductifs et sexuels. L'atelier se base sur la méthodologie du ‘Dialogo de Saberes’, synonyme d'échange de connaissance et non seulement une recherche de données qualitatives, qui fait primer la qualité de l'information et non la quantité.

La discussion se basait sur les réponses et réflexions des participantes aux questions suivantes : « *Qui, dans la famille, prend les décisions d'avoir ou non des enfants? Qui doit ou devrait prendre ces décisions selon vous? Quel serait le nombre d'enfants idéal selon vous? Que pensez-vous des femmes qui sont enceintes sans le vouloir et pourquoi? Comment peut-on prévenir une grossesse non désirée? Comment décider de l'utilisation d'une quelconque méthode? Et si la méthode échoue? Si une amie, ou une voisine est enceinte sans l'avoir désiré, que lui conseilleriez-vous? Et si elle souhaite avorter? Que connaissez vous de la politique par rapport à tout ça? Connaissez vous le terme 'droits reproductifs et sexuels'? Que signifient-ils? Comment s'appliquent-ils?* ».

Certains groupes de ‘Manzaneras’ étaient déjà formés sur les thèmes de la santé reproductive et sexuelle par la responsable municipale de l'organisation, et les médecins du quartier. D'autres groupes, plus intéressants, étaient nouveaux, et n'avaient pas encore de connaissances, d'idées sur le thème, des idées préconçues ou forgées par une quelconque organisation. Celles-ci s'intéressaient essentiellement aux thèmes des vaccinations, du cancer féminin et de la maternité.

L'atelier au CIASE de Chasquipampa

L'ONG CIASE est un centre de santé situé à Chasquipampa, un quartier retiré, très populaire et pauvre de La Paz. Lors de la rencontre du directeur de l'organisation, ce dernier a proposé d'animer un atelier auprès de ces jeunes. Il était intéressant, de façon à mener une recherche intégrale, de s'intéresser à l'expérience, aux connaissances d'adolescents sur le thème des droits reproductifs et sexuels.

L'atelier intitulé « la maternité (et la paternité) » a abordé divers thèmes (la planification familiale, la maternité volontaire...) à partir de questions générales posées au groupe : « *La maternité est-elle une décision, un choix? Pourquoi? Comment? Comment éviter d'être parents? A qui revient la décision d'être parents? A la femme? A l'homme? Au couple? Existe-t-il une notion, un concept, un droit qui se réfère à cela? Que signifient pour vous 'les*

droits reproductifs et sexuels ? Que dit la société ? L'Etat ? Y a-t-il des barrières à l'exercice de ces droits ? ».

Les réponses apportées à ces diverses questions étaient notées sur un tableau par une des adolescentes. Ces réponses suscitaient des réflexions, des questions, et étaient complétées par des informations théoriques, politiques et pratiques. Cependant, le groupe était déjà formé sur le thème de la planification familiale, ce qui a fossé certains résultats de l'atelier.

Au cours de cet atelier, certaines erreurs ont été commises. La notion de maternité s'est avérée ambiguë. Il aurait été préférable de parler « d'être mère, père, parent ». De même, la notion de droits reproductifs et sexuels est apparue comme trop technique : les adolescents ne maîtrisaient pas la notion de 'droit'.

Les caractéristiques des participant(e)s

Parmi les 46 centres de mères de la Fundación La Paz, 15 centres ont été choisis par la responsable pour participer à l'atelier sur la santé maternelle. Comme l'atelier se voulait participatif, il ne pouvait être intégré par plus de 15 participantes. Les clubs sélectionnés étaient les plus actifs, motivés ou les plus récents, c'est-à-dire ceux qui n'avaient pas encore reçus de formation. Dans chaque groupe, les femmes éliaient elles-mêmes une représentante volontaire, qui devait assister à l'atelier et transmettre plus tard aux autres femmes du groupe les discussions et informations de l'atelier. Il était préférable que la candidate soit volontaire et motivée, les participations forcées ne donnant pas de bons résultats. Avec le comité électoral de la Fundación La Paz, l'atelier fut présenté aux 15 centres sélectionnés, en expliquant qu'il s'agissait d'un atelier sur la santé maternelle sous forme de discussions, de débats, pour une réflexion mutuelle sur les thèmes évoqués. Dans certains groupes, peu de femmes se montraient motivées ; dans d'autres centres, il y avait plusieurs candidates. Dans ce cas, par vote ou consensus, le groupe donnait son accord pour une des femmes intéressées. La Fundación s'est engagée à payer le transport des participantes, ainsi que la collation. Au total, 15 femmes ont intégré l'atelier, mais peu d'entre elles y ont assisté de façon régulière et suivie (à la première session, elles furent 9 ; à la deuxième, 11 ; à la troisième 10 ; à la quatrième et dernière sessions, 8).

Le groupe de cet atelier présentait des caractéristiques très hétéroclites. Les participantes avaient entre 22 et 43 ans. La plupart des femmes étaient mères et parfois grand-mères, avec des enfants et des neveux/nièces du même âge. Certaines étaient mariées, d'autres mères seules, séparées, abandonnées, ou célibataires. Une participante était divorcée et remariée. Deux d'entre elles comptaient plus de 15 ans de mariage (exactement 16 et 27 ans de mariage). Deux participantes furent abandonnées par leur compagnon lorsqu'elles étaient enceintes, dont une qui fut abandonnée après 14 ans de mariage. Les participantes vivaient avec leurs parents, seules avec leurs enfants, ou avec leur conjoint.

Dans l'ensemble de tous les ateliers animés, les participantes avaient entre 0 et 7 enfants. Les 'Manzaneras de Salud' étaient celles qui avaient le plus d'enfants (entre 4 et 7). Une participante, mère de 7 enfants, était enceinte du 8^{ème}. L'âge des enfants des participantes de l'atelier de la Fundación La Paz variait de quelques mois à 20 ans. Une des participantes était enceinte pour la troisième fois (son dernier fils avait 11 ans). Quatre des participantes de cet

atelier n'avaient qu'un enfant mais il s'agissait des plus jeunes (celles qui avaient moins de 25 ans) et l'enfant avait généralement moins d'un an. Une des participantes n'avait pas eu ses 4 enfants avec le même mari.

En général, les participantes étaient femmes au foyer. Certaines, plus jeunes, étudiaient ou souhaitaient reprendre leurs études quand leur enfant serait plus grand.

Les participants à l'atelier du CIASE représentaient un petit groupe de jeunes garçons et filles, de 15 à 19 ans, plutôt d'origine populaire. Ces adolescents ont fait preuve d'une maturité surprenante.

CONCLUSION

La recherche présentée repose sur deux principales méthodes sociologiques : l'entretien qualitatif semi directif et non directif, personnel et collectif, et l'observation participante, telle que la définit Erving Goffman dans ses principaux ouvrages. Ces deux méthodes suivent également ici les principes du 'Dialogo de Saberes', méthodologie de l'investigation action en sciences sociales, développée en Bolivie par Susanna Rance. Cependant, quand on réalise des investigations sociales en Bolivie, il est essentiel de considérer la condition multiculturelle du pays. La méthode socioculturelle de recherche, l'investigation interculturelle sont primordiales dans ce contexte.

« Sue définit la relation interculturelle comme celle où un ou plusieurs acteurs diffèrent de par leurs antécédents culturels, leurs valeurs et modes de vie »¹⁴⁷, qui s'avèrent des composantes essentielles quand on appréhende ce phénomène. Fernando Rodriguez, de UNITAS, expliquait qu'il fallait comprendre l'interculturalité (moteur visible de la diversité) comme un dialogue des cultures.

« L'investigation interculturelle est l'investigation où tant le chercheur comme la personne investiguée diffèrent de par leur culture, leurs valeurs et formes de vie, ou de par leur âge, genre, préférence sexuelle, niveau socioéconomique et éducationnel, professionnel et de vocation, entre autres »¹⁴⁸.

¹⁴⁷ "Sue define la relación intercultural como aquella donde uno o más de los actores difiere en sus antecedentes culturales, valores y modos de vida" (Sue DW, Counseling the Culturally different Theory y Practice, NY, Wiley Interscience Publication, 1981, cité par Verónica Kaune, in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, Encuentros sobre « Métodologías de Investigación Sociocultural ». Experiencias en Investigación Sociocultural, diciembre 2002, page 17).

¹⁴⁸ "La investigación intercultural es aquella investigación donde tanto la investigadora como la persona investigada difieren en su cultura, valores y forma de vida, o en edad, genero, preferencia sexual, estado socioeconómico y educacional, profesional y vocacional, entre otros" (Définition de Sue, reprise par Verónica Kaune, in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, op. cit., diciembre 2002, page 19).

Selon Véronica Kaune, psychologue et sociologue¹⁴⁹, le manque de compréhension des divers facteurs culturels peut jouer comme une barrière pour l'investigation socioculturelle adéquate. Elle décrit trois importantes barrières : la différence de langage entre le chercheur et la population d'étude, les valeurs liées à la classe sociale à laquelle les deux appartiennent, et les valeurs liées à la culture des deux. Le fait de ne pas comprendre la langue, la condition sociale, les valeurs culturelles, les facteurs sociopolitiques et les perceptions de bien être de la population étudiée peuvent jouer comme une barrière pour l'investigation interculturelle effective. Verónica Kaune fait deux propositions d'investigation interculturelle : l'effectivité de l'investigation interculturelle s'améliore quand le chercheur et la population étudiée partagent et/ou connaissent le même point de vue ; cette effectivité peut également s'améliorer quand le chercheur utilise des modalités et définit des mesures consistantes avec la forme de vie et les valeurs de la population étudiée¹⁵⁰.

Dans le cadre de la recherche interculturelle, Silvia Salinas Mulder évoque deux niveaux basiques d'expressions, de représentations et d'actions culturelles, à prendre en compte : le premier, le normatif, c'est-à-dire la norme pas seulement formellement établie mais aussi ce qui a été institué à travers le temps, la pratique et la coutume ; le deuxième, celui de la dynamique quotidienne où les processus sociaux se confrontent et où les sujets agissent en évaluant les alternatives et en prenant des décisions à des moments et des contextes concrets¹⁵¹.

D'autre part, Silvia Salinas Mulder explique que la recherche oublie souvent que la méthodologie est un moyen et non une fin en soi. Aucune méthode n'est neutre ni politiquement correcte. Elle reprend et cite Joke Schrijvers : « *on démystifie (...) l'idéologie dominante en sciences sociales qui suppose la possibilité (...) d'une approximation objective, neutre et apolitique* »¹⁵².

L'objectivité garantit-elle la scientificité ? A cette question, Jacqueline Michaux, anthropologue à la UMSA, explique qu'au lieu de penser la subjectivité comme un mal nécessaire, il faudrait la considérer comme une méthode cognitive valide et adéquate pour travailler avec des populations qui attribuent au subjectif (le spirituel, l'affectif, l'émotionnel) un lieu privilégié dans sa manière d'aborder et de connaître le réel. La subjectivité acquiert alors un nouveau statut méthodologique. Le défi actuel des sciences sociales en Bolivie, selon elle, est de se pencher sur la construction de l'interculturalité, entendue comme la reconnaissance entière des processus cognitifs pluriels, du droit à refuser les catégories objectives du raisonnement occidental et du droit à pouvoir vivre et penser en fonction d'une logique affective, non utilitariste et instrumentaliste¹⁵³.

¹⁴⁹ Véronica Kaune est spécialiste en théories de systèmes et de gestion sociale. Elle a travaillé dans le domaine de l'éducation, de la santé, la santé sexuelle et reproductive, et communication pour le développement en Bolivie, Amérique Latine, Caraïbes et Afrique.

¹⁵⁰ Verónica Kaune, « Une perspective interculturelle. Implication pour l'investigation socioculturelle », in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, *Encuentros sobre « Metodologías de Investigación Sociocultural »*. *Experiencias en Investigación Sociocultural*, décembre 2002.

¹⁵¹ Silvia Salinas Mulder, « Pouvoir, subjectivité et changement dans l'investigation qualitative », in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, *op. cit.*

¹⁵² Joke Schrijvers, *Dialéctica de un ideal lógico : estudiar hacia abajo, estudiar lateralmente y estudiar hacia arriba*, Sage Publications, 1991, page 169, repris par Silvia Salinas Mulder, « Pouvoir, subjectivité et changement dans l'investigation qualitative », in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, *op. cit.*, page 34.

¹⁵³ Jacqueline Michaux, « Les limites de l'objectivité dans l'investigation socioculturelle communautaire », in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, *op. cit.*

Chapitre III :

« La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDAW) »

« Si tu conquiers les femmes, tu auras le pouvoir »¹⁵⁴

¹⁵⁴ Pepa Roma, Enquêtes et Reportages – Société Reportage, « La bataille des femmes marocaines », Courrier International, 31/08/2000, n°513.

LA DISCRIMINATION DE GENRE : UNE PREOCCUPATION DE LA COMMUNAUTE INTERNATIONALE

Depuis toujours et partout dans le monde, les droits humains des femmes sont violés, de différentes façons et à tout niveau : à travers la violence de genre, la pauvreté (les femmes constituent la majorité des pauvres dans le monde), le manque d'éducation (la plupart des personnes analphabètes dans le monde sont des femmes), de faibles salaires (les femmes gagnent en moyenne 75% du salaire des hommes¹⁵⁵, le chômage ou plutôt le sous emploi (emplois à mi-temps, emplois dans le secteur informel) et le manque de reconnaissance du travail réalisé par les femmes, en particulier dans le milieu rural. Les causes et les conséquences de la discrimination envers les femmes varient selon les pays mais celle-ci est omniprésente. Elle se perpétue de façon universelle par les stéréotypes historiques et culturels, par les pratiques et croyances traditionnelles, religieuses implantées dans les mentalités et les moeurs.

La discrimination de genre est un intérêt de la Communauté Internationale depuis plusieurs décennies. Françoise Gaspard, membre français du Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'Egard des Femmes (CEDEF), raconte que dès la fin du 19^{ème} siècle, des femmes, essentiellement féministes provenant des mouvements de lutte contre l'esclavage, s'organisent en réseaux. Il s'agit là des premiers mouvements internationaux de femmes. En 1919 à Paris, lors du Congrès International des femmes, elles demandent leur intégration au sein de la Société Des Nations (SDN), notamment en tant que représentantes. Elles acquièrent ce droit d'entrer, et à tous les postes, alors qu'elles n'ont pas encore le droit de vote dans la plupart des pays, comme en France par exemple. En 1938, la Société Des Nations prévoit d'enquêter sur la condition des femmes, et envoie des questionnaires pour mettre en place des mesures. Mais la population accorde peu d'importance au thème, considéré de plus comme non prioritaire. D'autre part, l'enquête est interrompue par la guerre.

En 1946, toujours selon Françoise Gaspard, les femmes sont à San Francisco au moment de l'élaboration de la Charte pour la création des Nations Unies. Cette Charte introduit notamment le terme 'sexe'. Dans ce contexte, les femmes (essentiellement celles du Sud, d'Amérique Latine et des Caraïbes en particulier) plaident pour la création d'un mécanisme, d'une commission sur la condition des femmes au sein des Nations Unies. Elles obtiennent en 1947 la création d'une commission autonome, la 'Commission on Status on Women', ou 'Commission de la Condition de la Femme'.

Dès lors, la question féminine devient une véritable préoccupation nationale et internationale. « *Des études statistiques, sous l'auspice et publiées par les Nations Unies, prouvent que l'égalité des droits de la femme influe définitivement sur le bien être de la société. La dévalorisation de la femme fut identifiée comme cause et effet du sous développement et liée aux problèmes de pauvreté, surpopulation, analphabétisme, dénutrition et insalubrité* »¹⁵⁶.

¹⁵⁵ Selon Naciones Unidas, Centro de Información de las Naciones Unidas, Noticias Boletín, « Participación de la Mujer », Junio 1999.

¹⁵⁶ « *Estudios estadísticos, auspiciados y publicados por las Naciones Unidas evidenciaban que la igualdad de derechos de la mujer influía definitivamente en el bienestar de la sociedad. La desvalorización de la mujer fue identificada como causa y efecto del subdesarrollo y vinculada a los problemas de pobreza, superpoblación, analfabetismo, desnutrición e insalubridad* » (Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales*

Les Nations Unies entrent alors dans un processus de rédaction de conventions: la première sur les droits politiques (en 1952), puis sur l'autonomie des femmes par rapport à la nationalité (en 1957), sur le mariage... De 1945 à 1962, les Nations Unies se focalisent sur la codification d'une loi internationale relative aux droits des femmes; de 1963 à 1975, l'Organisation travaille sur la reconnaissance du rôle des femmes et sur leur contribution au développement social et économique; les années 1976-1985 constituent la Décennie des Nations Unies pour la femme qui sert à rendre visible et légitimer le mouvement international des femmes, et à promouvoir un nouveau consensus, qui mentionne que le développement est impossible sans la pleine et égale participation des femmes. Depuis 1985, les Nations Unies organisent des conférences, des rencontres.

Ainsi, le thème de la discrimination envers les femmes gagne en visibilité, en particulier lors de la Première Conférence Mondiale sur les Femmes à Mexico en 1975¹⁵⁷, où surgit un besoin urgent de signer un outil international qui rappellerait et protégerait les droits humains des femmes. Pourquoi une convention particulière pour les femmes ? Le préambule de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes explique qu'en dépit de la Charte des Nations Unies, de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, des Pactes internationaux relatifs aux Droits de l'Homme et d'autres instruments internationaux, et malgré les progrès accomplis, « *les femmes continuent de faire l'objet d'importantes discriminations* ».

En réalité, cet outil international est pensé avant Mexico. En novembre 1967, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la Déclaration sur l'Élimination de la Discrimination envers les Femmes. En 1972, le Secrétaire Général demande à la Commission de la Condition de la Femme de réaliser une enquête auprès des États Membres afin de connaître leur opinion sur l'éventuelle élaboration d'un instrument sur les droits humains des femmes. En 1973, le groupe de travail considère la préparation d'un tel instrument, et en commence l'élaboration en 1974. En 1977, l'Assemblée Générale nomme un groupe de travail pour le finaliser. Et c'est ainsi que naît la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes, ou CEDAW, convention approuvée en 1979 par l'Assemblée Générale des Nations Unies ; et mise en vigueur comme traité international dès 1981 après la 20^{ème} signature.

Selon Françoise Gaspard, le travail est réussi car il est très général. De cette façon, la Convention contourne les débats qui divisaient (entre ouest et est, nord et sud par exemple). La CEDAW montre alors une réelle prise de conscience de la Communauté Internationale. D'importants progrès sont à prendre en compte bien que de nouveaux défis soient à relever et que de nouveaux problèmes apparaissent. Les femmes sont aujourd'hui un enjeu sur la scène internationale, un enjeu public et politique, depuis notamment le réveil médiatique concernant la condition des femmes afghanes. « *Si tu conquiers les femmes, tu auras le pouvoir* », s'écriaient les femmes marocaines lors d'une marche, en 2000¹⁵⁸.

desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998, page 10.

¹⁵⁷ 1975 est l'Année Internationale de la Femme.

¹⁵⁸ Pepa Roma, Enquêtes et Reportages. Société Reportage, « La bataille des femmes marocaines », Courrier International, n°513, 31/08/2000.

PRESENTATION DE LA CONVENTION

Approbation de la CEDAW

Après un travail de plus de 30 ans de la Commission de la Condition des Femmes des Nations Unies sur la situation des femmes et la condition féminine, l'Assemblée Générale approuve le 18 décembre 1979 la CEDAW, aussi appelée 'Convention de la Femme' (Résolution 34/180). Cette Convention est ouverte à signature, ratification et adhésion le 1^{er} mars 1980, et entre en vigueur comme traité international le 3 septembre 1981, après la 20^{ème} signature (article 27).

La CEDAW est signée, ratifiée ou reconnue par la plupart des pays du monde. A la date du 18 mars 2005, elle regroupe 98 signatures et 180 ratifications (Voir en Annexe I : La Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes. Ratifications et Signatures). Saint Marin est le dernier Etat à l'avoir signée (le 26 septembre 2003), et Monaco à l'avoir ratifiée (le 18 mars 2005). Il s'agit d'un des traités des Nations Unies relatif aux Droits de l'Homme qui a été le plus ratifié.

L'approbation de la CEDAW par les Etats Parties, qui résulte souvent d'une mobilisation féministe et/ou d'une pression internationale, représente une conquête importante pour les femmes, tout comme l'adoption du Protocole Facultatif, instrument qui donne force et effectivité à la CEDAW, et qui sera présenté plus tard. L'objectif de la Convention est d'arriver à l'égalité de genre dans le monde social, politique et économique, ainsi qu'à la suppression de toutes expressions et pratiques discriminantes pour les femmes dans les diverses sphères privées et publiques.

Description générale

Trente et un ans après la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme des Nations Unies, la CEDAW propose une révision des droits humains afin d'y intégrer de façon explicite les droits de la Femme. La CEDAW est le résultat d'un processus de relecture du monde depuis une catégorie de genre, qui met en évidence les inégalités et les inéquités entre les hommes et les femmes dans toutes les sphères de la société, y compris dans le cadre normatif international et national des différents Etats. *“Sa création cherche à combler les manques et travers que la Déclaration Universelle des Droits Humains, les différents pactes et autres instruments normatifs internationaux ont par rapport aux droits de la femme »*¹⁵⁹.

¹⁵⁹ *“Su creación busca suplir de alguna manera los vacios o sesgos que la Declaración Universal de Derechos Humanos, los diferentes pactos y otros instrumentos normativos internacionales tienen respeto a los derechos de la femme”* (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, page 10).

A travers son préambule et ses 30 articles, la Convention rappelle les droits inaliénables et fondamentaux des femmes, et appelle à l'action dans pratiquement chaque domaine des activités humaines pour garantir l'exercice de ces droits. Elle vise l'égalité homme-femme et le rôle important voire primordial de la femme dans le progrès et le développement. Elle cherche à éradiquer la discrimination cumulative c'est-à-dire la discrimination envers la femme à cause de son sexe, de sa religion, de ses origines mais aussi parce qu'elle est mariée...

Dans son premier article, la Convention donne une définition universelle de la discrimination à l'égard des femmes : « *L'expression 'Discrimination à l'égard des femmes' vise toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'Homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine* ».

La Convention souligne trois principaux thèmes : le statut juridique et les droits civils des femmes, notamment l'égalité devant la loi dans tous les domaines ; la dimension de la procréation ou le droit de procréer (droits reproductifs) ; les incidences de la culture et de la tradition qui peuvent parfois limiter l'exercice par les femmes de leurs droits fondamentaux.

« *Dans ses trente articles, la Convention de 1979 milite pour des mesures législatives générales de protection des droits des femmes comme pour des mesures 'appropriées' concernant la famille (l'éducation des enfants, la responsabilité commune des hommes et des femmes), le trafic des femmes et la prostitution, la nationalité (une femme mariée ne doit pas changer de nationalité du seul fait que son mari en change), l'accès des femmes à l'instruction (et la lutte contre les stéréotypes sur les rôles masculins et féminins), l'accès des femmes au marché du travail (rappel du droit au travail, du droit au libre exercice d'une profession, du droit à une rémunération égale...). Les femmes vivant en milieu rural, travaillant dans des secteurs peu monétarisés, font l'objet d'une attention particulière : il importe qu'elles aient accès aux soins de santé, qu'elles bénéficient des programmes de Sécurité sociale, que l'obtention de crédit leur soit promise. Dans son article 16, la Convention de 1979 se préoccupe du mariage et des relations au sein de la famille et réaffirme que les femmes doivent disposer des mêmes droits que les hommes (...)* »¹⁶⁰. La Convention des Femmes mentionne également les droits des femmes en matière de reproduction, c'est-à-dire leur droit à décider librement de la planification de la famille et leur droit à la protection de la maternité. Elle insiste sur la situation des femmes rurales, l'exigence des services sociaux ; sur la culture et la tradition qui peuvent conduire à des conditions contraires aux principes des Droits de l'Homme.

¹⁶⁰ Jacques Véron, *Le monde des femmes : inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997, pages 31 et 32.

Description du texte (Voir Annexe II : La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes)

La CEDAW, devenue charte des droits des femmes et programme d'action, est composée de 30 articles répartis en 6 parties.

La Première Partie : les dispositions générales

Les 6 articles de la première partie sont de portée générale et présentent les dispositions générales.

L'article 1 donne une définition, une explication détaillée du terme « discrimination à l'égard des femmes » (voir ci-dessus).

L'article 2 condamne tout type de discrimination de genre et établit de façon générale les obligations des Etats Parties, les moyens appropriés à mettre en place, les politiques à mener pour éliminer cette discrimination (Constitution Nationale, mesures et protection législatives). Il n'est pas suffisant d'insérer des clauses contre la discrimination dans la législation. La Convention requiert l'application des droits des femmes et leur protection par les Etats Parties. Ces derniers doivent intervenir tant dans la sphère publique que privée. Ils doivent notamment assurer la non discrimination au niveau horizontal comme au sein de la famille. Cet article responsabilise les Etats face aux actes privés.

Dans ce contexte, de nombreux pays dans le monde ont révisé leur constitution en y incorporant l'égalité des sexes. Cependant, l'égalité des sexes n'existe bien souvent qu'en théorie.

L'article 3 présente les mesures appropriées, les mesures et les dispositions législatives à prendre pour assurer le plein développement et le progrès des femmes (principe des Droits de l'Homme et liberté sur la base de l'égalité homme-femme).

L'article 4 fait état de dispositions spéciales et requiert l'abrogation des normes inégales et distinctes. L'article reconnaît que l'égalité légale ne garantit pas de façon automatique l'égalité dans la réalité. Les Etats sont alors autorisés à utiliser des mesures spécifiques, des mesures spéciales temporaires tant que persistent les inégalités (mesures positives). Comme l'a écrit Jacques Véron dans *Le monde des femmes*, l'amélioration de la condition des femmes suppose aussi une discrimination positive. Elle suppose donc la reconnaissance et la légitimation d'une inégalité¹⁶¹ ; les femmes ont des besoins spécifiques (M. C. Tesson Millet

¹⁶¹ Jacques Véron, *Le monde des femmes : inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997, page 54.

parle de « *sexospécificité des femmes* », lors de la Conférence ‘Genre et Développement’, organisée par la Banque Mondiale en 2005). Ces mesures ne doivent donc pas être perçues comme discriminatoires.

L’article 4 mentionne également la protection de la maternité, entendue comme une mesure nécessaire et ne devant jamais être abandonnée.

L’article 5 rend compte des mesures à prendre pour modifier les schémas, les modèles socioculturels et stéréotypes, les préjugés et les pratiques coutumières « *qui sont fondés sur l’idée de l’infériorité ou de la supériorité de l’un ou l’autre sexe ou d’un rôle stéréotypé des hommes et des femmes* ». La garantie de l’égalité légale des femmes et les mesures spécifiques sont insuffisantes pour une réelle égalité. Il est nécessaire de changer un autre niveau de la société : les Etats Parties doivent intervenir sur les modèles sociaux, culturels et traditionnels qui perpétuent les stéréotypes basés sur le rôle de genre.

En Italie, « *ces excès de la publicité et des médias n’ont pas échappé aux experts du Comité spécial des Nations unies pour la lutte contre la discrimination des femmes. Dans un rapport rendu public début mars, mais envoyé au gouvernement italien en janvier, ils pointent du doigt un pays où ‘la femme est encore perçue comme un objet sexuel et comme la principale responsable de l’éducation des enfants’. La faute, estime le rapport, en revient à ‘une attitude patriarcale, avec des stéréotypes très enracinés sur les rôles et les responsabilités à l’intérieur des familles et de la société’* »¹⁶².

« *Les Suédois continuent de battre leurs femmes, parfois jusqu’à la mort. Des affaires de viols font régulièrement la “une” de l’actualité, comme celle visant récemment trois membres de l’équipe nationale de hockey sur glace. “La faute en revient à la sexualisation de la société et à la commercialisation de l’image de la femme”, dénonce M^{me} Boëthius* »¹⁶³.

Les valeurs culturelles, les religions semblent dessiner les relations hommes–femmes selon une image conservatrice des hommes, actifs et visibles, et des femmes, passives et invisibles.

La Convention de la femme ne cherche pas à inverser cette tendance mais à l’égaliser.

Cependant, ce changement exige des Etats Parties à réviser et à changer les structures politiques, sociales, économiques et religieuses les plus importantes ; ainsi qu’à modifier certains schémas culturels aliénant la femme.

De nombreuses formes généralisées de discrimination contre la femme ne proviennent pas tant du droit que des coutumes légalement tolérées et pratiquées par les institutions nationales, tel est le cas la tradition du Karo Kari (ou ‘crimes d’honneur’) au Pakistan, de la dot en Inde, tradition criminelle pour les femmes, ou encore de la mutilation génitale féminine dans certains pays musulmans. La Convention exprime une volonté particulière d’exclure les traditions religieuses qui subordonnent la femme. Certaines coutumes et traditions de la religion freinent l’émancipation des femmes¹⁶⁴.

¹⁶² Jean-Jacques Bozonnet, « En Italie, victimes de fortes discriminations, les femmes travaillent peu et n’ont plus d’enfants », Le Monde, le 09/03/05.

¹⁶³ Antoine Jacob, « En Suède, le combat pour l’égalité des sexes est une constante politique », Le Monde, le 09/03/05 ; M^{me} Boëthius est « *une des chevilles ouvrières (du) projet de parti des femmes* ».

¹⁶⁴ Jack Lang, « Avant Propos », in Assemblée Nationale, Commission des Affaires Etrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d’information*, déposé par la Commission des Affaires Etrangères, présenté par Jack Lang, 1998.

Les politiques des Nations Unies ont détecté le rôle dominant de la religion comme base de normes sociales et demandent à ce que soient réalisés les efforts nécessaires pour éliminer les fausses idées dans l'enseignement religieux qui renforcent la condition d'inégalité des femmes. Silvia Pimentel, du CLADEM, décrit à ce propos le débat qui eut lieu lors de l'approbation du Protocole Facultatif de la CEDAW : « *Les catholiques et autres religieux ont le droit de construire leurs identités autour de leurs principes et valeurs, ils font partie de la société. Cependant, ils n'ont pas le droit de prétendre dominer la culture d'un état laïc. Un processus civilisateur et humaniste présuppose le libre dialogue d'idées, où nécessairement se confrontent les intérêts et valeurs multiples* »¹⁶⁵.

« *On sait pertinemment que les innovations ne sont efficaces qu'à condition de s'inscrire dans les contextes socioculturels préexistants, pourtant il ne faut pas hésiter à remettre en question certaines traditions, règles, pratiques religieuses ou sociales qui reposent sur l'idée de la supériorité de l'homme et perpétuent les inégalités, surtout en une période où les préjugés patriarcaux connaissent, ici ou là, un regain de popularité* »¹⁶⁶.

La Convention fait donc appel à la modification des modèles de conduite sociale et culturelle afin d'éliminer les préjugés, les habitudes, coutumes et toutes autres pratiques basées sur l'idée d'inégalité des sexes, et à la nécessité de garantir la compatibilité de la législation religieuse et les droits humains, tâche urgente et difficile, selon Katarina Tomasevski¹⁶⁷.

Il s'agit d'ailleurs là d'une revendication actuelle de nombreuses femmes notamment musulmanes : « *rendre compatibles Islam et droits des femmes* »¹⁶⁸, concilier les lois coutumières et islamiques avec le droit moderne. Mais les préjugés patriarcaux persistent, et la revendication d'un nouveau statut de la femme est parfois perçue, tel est le cas des islamistes marocains, comme une nouvelle forme de 'colonisation culturelle de l'occident accompagnant la mondialisation'¹⁶⁹.

L'article 5 de la Convention définit également la maternité comme fonction sociale ; et l'éducation familiale comme une responsabilité commune de l'homme et de la femme.

L'article 6 demande la suppression du trafic et de l'exploitation, notamment sexuelle, des femmes. Les Etats doivent prendre toutes les mesures appropriées pour combattre le trafic des femmes et la prostitution.

L'exploitation sexuelle et la prostitution sont des phénomènes mondiaux. La pauvreté a poussé un nombre croissant de femmes et de fillettes à la prostitution. Comme l'explique

¹⁶⁵ «*Los catolicos y otros religiosos tienen el derecho de construir sus identidades en torno a sus principios y valores, pues forman parte de la sociedad. Sin embargo, no tienen el derecho a pretender hegemonizar la cultura de un estado laico. Un proceso civilizatorio y humanista presupone el libre dialogo de ideas, donde necesariamente se confrontan intereses y valores multiples*» (Silvia Pimentel, CLADEM, « Anticoncepcion de emergencia y derechos sexuales y reproductivos », Conférence del CLAE, « Derecho a la Anticoncepcion de Emergencia en América Latina y el Caribe », Quito – Ecuador, 16-18 de Octubre de 2002, page 4).

¹⁶⁶ Ingeborg Breines, « Les chemins de Beijing – La 4ème Conférence Mondiale sur les Femmes », in *Courrier de l'Unesco*, « Femmes. La moitié du ciel », septembre 1995, page 33.

¹⁶⁷ Katarina Tomasevski, « Los derechos de las mujeres: de la prohibición a la eliminación de la discriminación », <http://www.unesco.org/issj/rics158/tomasevskispa.html>.

¹⁶⁸ Nadia Yassine, fille et porte parole du principal chef spirituel du Maroc, in Pepa Roma, Enquêtes et Reportages. Société Reportage, « La bataille des femmes marocaines », *Courrier International*, n°513, 31/08/2000.

¹⁶⁹ Pepa Roma, Enquêtes et Reportages. Société Reportage, « La bataille des femmes marocaines », *Courrier International*, *op. cit.* .

Roxane Silbermane, « *la misère génératrice de la prostitution semble être une loi universelle* »¹⁷⁰. Ainsi, la lutte contre l'exploitation de la prostitution, surtout dans le tiers monde, ne peut être dissociée de la lutte contre la misère et la faim¹⁷¹.

La Deuxième Partie : les dispositions relatives aux droits politiques

Les articles 7 à 9 constituent la deuxième partie de la Convention. Celle-ci présente les dispositions relatives aux droits politiques des femmes, les mesures appropriées pour éliminer la discrimination féminine dans la vie politique et publique du pays.

L'article 7 vise l'égalité dans la vie politique et publique au niveau national, à partir de deux niveaux d'action : le droit de vote à toute élection et le droit d'être élue à des postes publics, d'occuper des postes au gouvernement, ou dans une Organisation Non Gouvernementale.

Si de nombreux pays assument ces droits, ils sont loin de constituer une réalité universelle. Au Koweït par exemple, le droit à être candidat à une élection et l'exercice du droit de vote sont réservés aux hommes. Au cours du 20^{ème} siècle, seules 28 femmes ont été élues Chef d'Etat ou du Gouvernement¹⁷².

*« A sa trentième édition, cette journée internationale [le 8 mars 2005] témoigne que le nombre de femmes ayant un pouvoir de décision dans le monde reste très faible avec l'Asie Pacifique, qui compte quatre présidentes et "premières" ministres, faisant figure d'exception. Cependant cette exception n'est qu'un trompe-l'œil, en Asie, en particulier en Asie du Sud, les femmes sont encore largement à la traîne »*¹⁷³.

*« Si les Françaises s'en tirent moins mal que les autres dans le monde du travail, elles sont infiniment moins bien traitées, en politique. Selon le rapport sur l'égalité de la commission 2005, on n'en trouve que 13 % au Parlement, ce qui place la France en 19e position sur 25, seules la Grèce, l'Irlande, l'Italie, Chypre, la Hongrie et Malte se trouvant derrière l'Hexagone »*¹⁷⁴.

Cette participation est reconnue au niveau international comme un droit humain. Mais au-delà de cette revendication, *« de nombreuses études ont démontré que l'accroissement du pouvoir participatif des femmes tend à réduire l'absence de soins prodigués aux enfants. Il a aussi des incidences positives sur le taux de mortalité, ainsi que sur la fertilité et la surpopulation. Plus généralement, il contribue à une plus forte mobilisation face aux problèmes sociaux »*¹⁷⁵. De

¹⁷⁰ Roxane Silbermane, « L'emploi féminin : le grand embouteillage », in Elisabeth Paquot, *Terre des Femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 36.

¹⁷¹ Denise Pouillon Falco, « Prostitution, le dernier esclavage », in Elisabeth Paquot, *op. cit.*, page 56.

¹⁷² Données des Nations Unies, mai 1997.

¹⁷³ AFP, « Le monde commémore la Journée des femmes », *Le Monde*, 08/03/05.

¹⁷⁴ Rafaële Rivais, « Les moyens de concilier activité professionnelle et famille sont au cœur des débats politiques », *Le Monde*, *op. cit.* .

¹⁷⁵ Amartya Sen, « Enquêtes et Reportages. Débat 'L'inégalité des sexes dans le sous continent indien. Quand la misogynie devient un problème de santé publique' », in *Courrier International*, n°601, 10/05/2002.

plus, il existe une étroite relation entre les niveaux de participation des femmes et le développement des pays.

L'article 8 mentionne l'égalité dans la vie publique et politique sur la scène internationale : droit à représenter un gouvernement ou une organisation internationale. Cette égalité de représentation des femmes au niveau international est loin d'être réalisée. Aux Nations Unies par exemple, sur 185 Hauts Fonctionnaires, seulement 7 étaient des femmes¹⁷⁶. En 1988, le CEDEF recommande aux Etats Parties de prendre des mesures spécifiques temporaires comme l'action affirmative et la discrimination positive.

L'article 9 requiert l'égalité dans les lois concernant la nationalité. Les Etats Parties doivent garantir les mêmes droits aux femmes pour acquérir, changer leur nationalité et celle de leur enfant.

La Troisième Partie : les dispositions relatives aux droits économiques et sociaux

La troisième partie (articles 10 à 14) décrit les dispositions relatives aux droits économiques et sociaux, les mesures appropriées pour éliminer la discrimination dans le domaine de l'éducation, de l'emploi, des soins de santé et autres domaines de la vie économique et sociale.

L'article 10 concerne l'égalité dans l'éducation. Cet article repose sur le principe selon lequel l'égalité dans l'éducation est le fondement de 'l'empowerment' des femmes dans toutes les sphères, le travail, la famille, la société entière. L'accès au savoir et à une éducation de qualité est une condition essentielle sans laquelle les femmes ne pourront s'émanciper et faire respecter leurs droits. C'est d'ailleurs à travers l'éducation que la tradition et les croyances peuvent changer.

L'article rend compte des obligations d'égalité d'accès (créer des programmes spécifiques pour encourager les étudiantes à poursuivre leurs études, et motiver leurs parents) ; d'éliminer les stéréotypes au sein du système éducatif (réviser notamment les livres scolaires) ; de créer éventuellement des programmes d'opportunités pour retourner à l'école ou suivre une formation. L'article mentionne également « *l'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* » (article 10.f).

Il existe une corrélation entre l'éducation des femmes, leurs droits liés à la reproduction et le contrôle démographique ; une valeur universelle de l'éducation comme moyen pour créer une culture d'égalité entre l'homme et la femme. Les nécessités économiques, en plus de la

¹⁷⁶ Selon les Nations Unies, mai 1997.

tradition, des mariages et des grossesses précoces obligent de nombreuses filles à abandonner les études. Femmes et filles sont victimes d'une double discrimination à tous les niveaux de l'éducation formelle en particulier celles de groupes vulnérables tels que les femmes pauvres, les chefs de famille, les femmes appartenant à une minorité ethnique, les migrantes ou celles en situation de discrimination extrême comme la violence, l'esclavage, la prostitution. Ces femmes n'ont aucune opportunité de s'éduquer. Beaucoup de pays manquent de programmes pour une égale opportunité éducative, pour renforcer la formation féminine, ou bien, ils n'appliquent pas ces programmes par manque de ressources nécessaires ou de volonté politique¹⁷⁷.

L'égalité dans l'emploi et le droit au travail figure dans *l'article 11*. Dans le domaine de l'emploi et du travail, les femmes connaissent une situation très discriminée. Certaines professions leur sont interdites, comme les métiers 'contraires à la moralité et aux bonnes mœurs' en Bolivie, ou l'armée de terre aux Etats-Unis. En dépit de 'à travail égal, salaire égal', les femmes occupent les postes les plus subalternes. « *Elles occupent, par ailleurs, des emplois identifiés comme 'féminins', pour lesquels il n'existe pas de compétition entre hommes et femmes : domestiques en Amérique Latine et aux Philippines, prostituées à Bangkok, salariées de l'industrie en Asie, petites commerçantes en Afrique* »¹⁷⁸.

« *L'ONU fustige aussi la sous-représentation des femmes italiennes dans la vie professionnelle. Payées jusqu'à 35 % de moins que les hommes pour les mêmes qualifications, elles sont majoritairement présentes dans les emplois précaires et à temps partiel. Certes, les Italiennes travaillent de plus en plus, mais moins que les autres femmes en Europe : le taux du travail féminin n'atteint que 42,7 % contre une moyenne de 55,6 % dans le reste de l'Union. "Les efforts déjà faits ne sont pas suffisants", concluent les rapporteurs* »¹⁷⁹.

En Suède, « *quant aux différences de salaires, "c'est le statu quo depuis une dizaine d'années", observe Märit Drögel, conseillère auprès de l'ombudsman (médiateur) de l'égalité. Selon les méthodes de calcul retenues, les femmes reçoivent des salaires équivalents à 83 % ou à 90 % de ceux des hommes, secteurs publics et privés confondus. "Il reste encore beaucoup à faire", soupire-t-elle, tout en reconnaissant que les Suédoises figuraient toutefois parmi les mieux loties en Europe* »¹⁸⁰.

Il s'agit donc, à travers cet article, de garantir aux femmes les mêmes droits de choisir librement leur profession, sans être automatiquement renvoyées au travail traditionnellement féminin ; ainsi que l'égalité de rémunération et de traitement. L'article fait également part de la nécessité de prendre des mesures qui autorisent la combinaison des obligations familiales avec le travail, et l'implantation de mesures qui assurent la protection des femmes dans ce domaine, notamment la protection de la femme enceinte.

¹⁷⁷ Naciones Unidas, *Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres y recomendaciones 1979. Manifiesto hacia una cultura de la igualdad entre mujeres y hombres mediante la educación*, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer DL, 1995.

¹⁷⁸ Jeanne Bisilliat, Michèle Fieloux, *Femmes du tiers monde. Travail et quotidien*, l'Harmattan, 1992, page 48.

¹⁷⁹ Jean-Jacques Bozonnet, « En Italie, victimes de fortes discriminations, les femmes travaillent peu et n'ont plus d'enfants », *Le Monde*, le 08/03/05.

¹⁸⁰ Antoine Jacob, « En Suède, le combat pour l'égalité des sexes est une constante politique », *Le Monde*, le 09/03/05.

L'article 12 détermine l'égalité dans l'accès aux soins de santé, et définit implicitement les droits reproductifs. Il reconnaît la capacité de la femme à contrôler sa propre fécondité et le choix volontaire de l'homme et de la femme concernant la planification de leur famille. L'Etat doit diffuser l'information et assumer l'éducation en matière de planification familiale. Il doit également prendre des mesures nécessaires pour apporter une attention particulière pendant et après la grossesse de la femme. Cet article est complété par la Recommandation Générale 24, intitulée « Les femmes et la santé », la Recommandation Générale 14, qui exige la mise en place de mesures appropriées pour éradiquer les pratiques de la mutilation génitale féminine, et la Recommandation Générale 15 sur le SIDA (les recommandations sont évoquées plus loin).

L'article 13 garantit l'égalité juridique entre l'homme et la femme dans la vie économique et sociale (prêts bancaires, prestations familiales, participation à la vie culturelle et sportive). Il ne se contente pas d'interdire la discrimination ; il oblige le gouvernement « à créer les conditions favorables pour rendre l'égalité juridique concrète et efficace »¹⁸¹.

L'article 14 concerne exclusivement le monde rural, un domaine flagrant d'inégalités. Il reconnaît que les femmes rurales constituent un groupe à part, avec des problèmes spécifiques, qui nécessitent une attention et une intervention particulières des Etats Parties.

En effet, la plupart des femmes rurales sont dans une situation paradoxale : « *elles ne peuvent pas obtenir de crédit pour l'acquisition de terres parce qu'elles n'ont pas de terres à proposer en caution (...). On considère en général que les paysannes sont moins productives que les hommes. Une étude menée par l'International Food Policy Research Institute à Washington a expliqué cette situation par le fait que les femmes manquent d'outils, de technologie, de crédits et d'auxiliaires, et que les 'champs de femmes' sont souvent refoulés sur les sols les plus pauvres* »¹⁸². Or, « *pour une grande partie de l'humanité, les droits sur la terre constituent la base économique de subsistance de la famille, et l'exclusion des femmes à la propriété de la terre fait obstacle à leur participation aux décisions sur comment exploiter la terre et distribuer ses produits* »¹⁸³.

La Quatrième Partie : Les dispositions relatives aux droits civils et ceux de la famille

Les articles 15 et 16 sont relatifs à la reconnaissance de l'égalité homme-femme devant la loi, aux dispositions en matière de droits civils et ceux de la famille.

¹⁸¹ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW, UNIFEM, 1998, page 2.*

¹⁸² Christa Wichterich, *La femme mondialisée*, Actes Sud, 1999, page 110.

¹⁸³ Katarina Tomasevski, « Los derechos de las mujeres : de la prohibición a la eliminación de la discriminación », <http://www.unesco.org/issj/rics158/tomasevskispa.html>, page 2.

L'article 15 rappelle et confirme l'égalité sur le plan légal et civil, notamment devant la loi, ainsi que la capacité juridique de la femme.

L'article 16 concerne le mariage et les rapports familiaux et requiert l'égalité dans la loi familiale. Il vise la discrimination dans la sphère privée, y compris la famille, où apparaît la majorité des discriminations à l'égard des femmes. Là où la femme est économiquement indépendante, socialement active, reconnue et respectée dans le travail, elle demeure parfois une simple servante chez elle, où l'homme conserve toute l'autorité. Ces discriminations sont souvent basées sur les pratiques culturelles et traditionnelles, résistantes au changement. Les Etats Parties doivent dans un premier temps éliminer ou amender les lois relatives au mariage et à la famille qui discriminent les femmes. Puis, ils se doivent d'assurer aux femmes la capacité d'exercer les mêmes droits que les hommes, y compris dans le mariage. La violence domestique n'est cependant pas évoquée dans cet article de façon spécifique.

Cet article introduit explicitement la liberté en matière de reproduction, soit les droits reproductifs, définis comme « *les (mêmes) droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits* » (article 16.e).

La Cinquième Partie : les dispositions relatives à l'application

Les articles 17 à 22 (Partie V) présentent les dispositions relatives à l'application de la CEDAW.

L'application de la Convention est contrôlée par un organe de surveillance, le Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes ou CEDEF (*article 17*), à travers les rapports périodiques des Etats Parties.

Le Comité est composé de 23 experts. Il s'agit de spécialistes du domaine des droits des femmes provenant de 23 pays, proposés par les gouvernements, élus par les Etats Parties (pour 4 ans), selon une distribution géographique équitable et une représentation des différentes civilisations et systèmes légaux. Ils servent pour leur capacité personnelle et non en tant que délégués ou représentants de leur pays d'origine. La dernière élection du Comité date d'août 2002. Depuis sa création, il est entièrement composé de femmes.

Selon *l'article 18*, les Etats Parties doivent présenter, tous les 4 ans, un rapport devant le Comité sur les mesures prises pour appliquer leurs obligations et les difficultés rencontrées. Le rapport initial, qui suit l'adhésion, doit être divisé en deux parties : le contexte politique, légal et social du pays, ainsi que les mesures générales pour mettre en place la Convention ; et une description détaillée des mesures prises pour chaque article. Les rapports suivants doivent rendre compte des mesures législatives, judiciaires, administratives, ou d'autre nature,

adoptées par le gouvernement pour appliquer la Convention, et des avancées et reculs de la situation des femmes dans le pays.

Parallèlement et de façon informelle, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) présentent leurs propres rapports, qui décrivent la situation des droits des femmes dans leurs pays respectifs, et commentent les rapports de leurs gouvernements. Ces 'Rapports Parallèles' (ou 'Informe Sombra' en castillan) permettent de compléter les informations officielles, et servent pour l'interrogatoire des Etats Parties. Ce compromis des Etats Parties reste cependant peu respecté. Peu de rapports périodiques sont remis au Comité.

Les articles 19, 20, 21, 22 rendent compte des formalités et des examens du CEDEF.

Conformément à *l'article 20* de la Convention, le CEDEF se réunissait pendant deux semaines chaque année, ce qui représentait la rencontre la plus courte de l'ensemble des comités des Nations Unies. A la 30^{ème} session, en 1994, les Etats Parties amendent cet article : désormais, le Comité se réunira pendant 3 semaines, deux fois par an (Recommandation Générale n°22).

Lors des sessions, sous forme d'auditions, le Comité examine les rapports des Etats Parties, afin d'évaluer l'implantation de la CEDAW, son application et les progrès réalisés ; et soumet des suggestions et recommandations générales (article 21). Le Comité émet dans un premier temps des observations générales. Il considère ensuite l'application du texte de la Convention article par article. Là, l'Etat Partie se doit de répondre à certaines questions immédiatement ou éventuellement quelques jours plus tard. Enfin, le Comité présente ses observations finales, en encourageant un dialogue constructif entre le comité et les Etats.

Depuis sa création, le CEDEF a analysé 220 rapports ordinaires et 5 rapports exceptionnels : Bosnie-Herzégovine, Croatie, Rwanda, Yougoslavie, République Démocratique du Congo¹⁸⁴. A la date du 1^{er} août 1999, le Comité signalait un retard de 252 rapports.

D'après cet article, le Comité doit également rendre compte chaque année de ses activités à travers des rapports remis à la Commission de la Condition de la Femme pour information.

Le travail du Comité est également de faire des propositions à l'Assemblée Générale des Nations Unies sur l'interprétation de la Convention ; de rédiger des recommandations (fondées sur l'examen des rapports et des renseignements reçus des Etats Parties) et de les proposer à l'Assemblée Générale (*article 21*). L'application de la CEDAW est donc complétée et renforcée par la rédaction de Recommandations Générales sur des thèmes spécifiques tels que la santé (Recommandation Générale n°24) ; le SIDA (Recommandation Générale n°15) ; la circoncision féminine (Recommandation Générale n°14) ; la violence envers les femmes (Recommandation Générale n°12)... En janvier 2004, le Comité avait adopté 25 recommandations générales.

L'une des recommandations générales la plus connue et revendiquée est la Recommandation Générale n°19, la deuxième relative au thème de la violence envers les femmes. La Recommandation Générale n°19 de janvier 1992 renforce l'article 2 de la CEDAW, qui

¹⁸⁴ Naciones Unidas, Centro de Información de las Naciones Unidas, Noticias Boletín, « Participación de la Mujer », Junio 1999.

responsabilise les Etats face aux actes privés. Elle définit la violence basée sur le genre comme « *une forme de discrimination qui inhibe gravement la capacité de la femme à jouir des droits et libertés à l'égal de l'homme* ». Cette Recommandation oblige les Etats Parties à établir des sanctions pénales, des compensations civiles, à abolir la législation de défense de l'honneur familial, et entre autres, à apporter des services d'appui aux victimes de la violence y compris de l'inceste.

Pour améliorer le travail du Comité, **l'article 22** de la Convention invite les agences des Nations Unies à soumettre des rapports concernant l'application de la Convention dans leur domaine d'action. D'autres sources d'information importantes pour le Comité sont le travail des ONG sur les droits humains, et celui des agences indépendantes, également auditionnées de façon totalement informelle, ainsi que le développement de la jurisprudence.

Françoise Gaspard explique que l'arme du Comité est de faire pression sur les Etats via notamment les ONG et la société civile. Elle ajoute néanmoins que le comité ne doit pas dépasser le cadre de son mandat, et donne l'exemple de l'avortement. Le Comité doit vérifier l'application de la planification familiale. Mais revendiquer la législation de l'avortement outrepasserait le mandat du Comité. En revanche, le Comité peut en signaler les effets négatifs.

La Sixième Partie : les dispositions relatives aux clauses finales

La sixième partie présente les procédures et les dispositions relatives aux clauses finales : la Convention dans les Etats Parties (**article 24**) ; les modalités de signatures et d'adhésion (**article 25**) ; la possibilité de révision de la Convention par les Etats Parties (**article 26**) ; la modalité de mise en vigueur (**article 27**) ; l'arbitrage entre les Etats Parties lors de différends (**article 29**) ; la clause finale (**article 30**).

L'article 28 de la CEDAW rend compte des possibilités de réserves. Les Etats Parties peuvent émettre des réserves sur n'importe quel article, à condition qu'elle ne soit pas incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention. En mars 1996, 152 des 185 membres des Nations Unies avaient ratifié la CEDAW ; mais plus de 40 Etats avaient émis des réserves sur 11 articles différents. De nombreuses réserves concernent l'article 16 sur le mariage et les rapports familiaux, ou encore le paragraphe 1 de l'article 29, à propos des différends entre les Etats Parties.

Lors de son adhésion à la Convention, le Liechtenstein émet une réserve sur l'article 1 qui définit la discrimination à l'égard des femmes, invoquant l'article 3 de sa Constitution en ce qui concerne les obligations définies par la Convention. Cette réserve est cependant retirée en 1996. La Suisse justifie sa réserve sur l'article 7.b de la Convention (qui évoque l'égalité des femmes dans la vie publique et politique) par le fait qu'il soit incompatible avec sa législation militaire, qui prescrit que les femmes ne peuvent exercer des fonctions impliquant un engagement armé allant au-delà de l'autodéfense.

Lors de sa ratification, la France émet une réserve sur l'article 7, ainsi que sur certains paragraphes des articles 15 (sur l'égalité devant la loi) et 16 (relatif au mariage et rapports familiaux) : « *Par une notification reçue le 26 mars 1984, le Gouvernement français a notifié au Secrétaire général sa décision de retirer la réserve à l'article 7 de la Convention, formulée lors de la ratification. La notification précise que la réserve est levée du fait que la Loi organique no 83-1096 du 20 décembre 1983 a abrogé l'article LO 128 du Code électoral relatif aux incapacités temporaires qui frappent les personnes ayant acquis la nationalité française. Par la suite, dans une notification reçue le 21 juillet 1986, le Gouvernement français a notifié au Secrétaire général sa décision de retirer la réserve aux paragraphes 2 et 3 de l'article 15 et au paragraphe 1 c), d) et h) de l'article 16 de la Convention, formulée lors de la ratification. La notification précise que les réserves sont levées du fait que la loi No. 85-1372 du 23 décembre 1985 relative à l'égalité des époux dans les régimes matrimoniaux et des parents dans la gestion des biens des enfants mineurs, entrée en vigueur le 1er juillet 1986, a abrogé les dispositions discriminatoires à l'égard des femmes dans les régimes matrimoniaux et dans les règles concernant l'administration légale des biens des enfants* »¹⁸⁵.

Le Koweït, quant à lui, ne se considère pas lié à l'article 7.a de la Convention car seuls les hommes ont le droit de se porter candidat et de voter.

Enfin, de nombreux Etats, tels que l'Algérie, le Bangladesh, l'Iraq, le Niger ou encore la République Populaire Démocratique de Corée, ont émis des réserves sur les articles 2 (qui présente les politiques à mener par les Etats Parties pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes) et/ou 16 de la Convention, invoquant souvent leur caractère contraire au Code du pays, et surtout contraire ou incompatible avec la *Charia*, loi musulmane « *fondée sur le Saint Coran et la Sunna* »¹⁸⁶, l'Islam étant dans certains pays une religion d'Etat.

Le Protocole Facultatif

Le 12 mars 1999, lors de la 43^{ème} session du comité (20^{ème} anniversaire de la CEDAW), est adopté le Protocole Facultatif, instrument qui établit des procédures de communication et de suivi pour faire progresser l'application de la Convention.

Ce protocole officialise la possibilité de déposer des plaintes individuelles ou collectives devant le Comité. Il établit deux procédures : la procédure de communication pour faciliter les plaintes individuelles et collectives ; et la procédure d'enquête, sous condition de faire partie du protocole. Si les plaintes sont justifiées, une éventuelle enquête est ouverte. L'Etat Partie qui reçoit la plainte a 6 mois pour donner une explication écrite. Le 7 janvier 2005, le Protocole regroupait 76 signatures et 71 ratifications.

« *Le protocole facultatif mettra la Convention sur un pied d'égalité avec les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme instituant une procédure de recours individuelle. Il permettra aux femmes victimes de discrimination basée sur le sexe de déposer*

¹⁸⁵ United Nations Treaty Collection [as of 5 February 2002]. Declarations and Reservations, page 33.

¹⁸⁶ United Nations Treaty Collection, *op. cit.*, page 2.

des plaintes auprès du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), l'organe établi par la Convention pour garantir son application »¹⁸⁷. Selon les Nations Unies, ce protocole marque une étape majeure de l'engagement des gouvernements vers la réalisation des droits de la femme.

FORCES ET LIMITES DE LA CONVENTION

Les intérêts de la CEDAW

La CEDAW est pionnière en matière des droits des femmes dans les domaines politique, culturel, économique, social et familial. Sous forme d'agenda d'action nationale pour éliminer la discrimination envers les femmes, elle apparaît comme le seul traité des droits humains qui affirme les droits reproductifs des femmes et cible la culture et la tradition comme forces qui influencent les rôles de genre et les relations familiales.

« Cette Convention constitue le principal instrument juridique international de droits humains pour les femmes ; elle réunit les principes acceptés internationalement sur les droits de la femme et exprime clairement qu'ils sont applicables aux femmes de toutes les sociétés ; c'est le cadre juridique le plus complet et, en tant que tel, il est suffisant en lui-même, pour atteindre l'objectif de l'égalité dans le système juridique des pays »¹⁸⁸. La CEDAW a effectivement la capacité de reprendre et rassembler les principes des droits civils et politiques ainsi que les droits économiques, sociaux et culturels; de les traduire et de les centrer sur les intérêts et les nécessités des femmes.

« L'égalité des droits ne garantit pas l'absence de discrimination dans les pratiques »¹⁸⁹. Pour reprendre les phrases de Jack Lang, en 1998, « Un constat liminaire s'est imposé : la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes est évidemment loin de générer l'égalité hommes - femmes dans un pays par sa seule ratification. En revanche, dans la majorité des quelques trente pays qui ne l'ont pas encore ratifiée, parmi lesquels outre les Etats Unis, on compte l'Arabie Saoudite, le Brunei, les Emirats Arabes

¹⁸⁷ Womenwatch, « Droits fondamentaux des femmes », DPI, avril 2000, page 2.

¹⁸⁸ “Esta Convención constituye el principal instrumento jurídico internacional de derechos humanos para las mujeres de carácter vinculante; reúne los principios aceptados internacionalmente sobre los derechos de la mujer y expresa claramente que ellos son aplicables a las mujeres de todas las sociedades; es el marco jurídico mas completo y, como tal, es suficiente por si mismo, para el logro del objetivo de la igualdad en el sistema jurídico de los países” (Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998, page 10).

¹⁸⁹ Jacques Véron, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997, page 41.

*Unis, l'Iran, la Mauritanie, le Niger, Oman, le Soudan, la Syrie... la situation des femmes reste très préoccupante (...)*¹⁹⁰.

L'existence de la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes, les divers sommets qui ont assuré le suivi de son application, ont permis au moins de briser la chape du silence qui pesait sur les injustices et les violences faites aux femmes. Désormais les cadres juridiques pour y mettre fin existent et l'ignorance ne constitue plus l'alibi trop commode des Etats (...).

*L'obligation de rendre un rapport sur la situation des femmes suscite une réflexion qui peut être stimulante. Elle est en outre un support à l'action des associations de femmes et des ONG sur place »*¹⁹¹.

Les limites de la CEDAW

La violence, thème en suspens

Malgré son succès dans la reconnaissance internationale, la CEDAW connaît en soi certaines limites, parmi lesquelles notamment, celle de ne pas avoir incorporé l'éradication de la violence contre la femme en raison du genre comme un droit fondamental.

La Convention ne fait en effet aucune référence explicite à la violence fondée sur le genre. Sur les 6 articles qui mentionnent cette forme de discrimination, aucun n'introduit réellement et spécifiquement cette violence. Selon le Dr H. Nakajima, alors Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé, la violence basée sur le genre est un abus des droits humains et un problème de santé pour les femmes du monde entier¹⁹².

La violence envers la femme est universelle et multiforme. Elle peut être 'structurelle' et/ou 'conjoncturelle'. Elle s'exprime à travers la violence domestique (assassinat, viol, coups) par l'époux ou le compagnon ; la mutilation génitale ; la violence basée sur le genre par la police et les forces de sécurité ; la violence envers les femmes lors des conflits armés, envers les femmes réfugiées ; la violence associée à la prostitution et à la pornographie ; la violence dans le travail (dont le harcèlement sexuel) ; la grossesse forcée ; l'avortement et la stérilisation forcés ; la sélection prénatale en faveur d'un bébé masculin...

¹⁹⁰ Depuis les propos de Jack Lang, à la date du 18 mars 2004, adhésion à la Convention de l'Arabie Saoudite (7 septembre 2000), des Emirats Arabes Unis (6 octobre 2004), de la Mauritanie (10 mai 2001), du Niger (8 octobre 1999), et du Soudan (28 mars 2003).

¹⁹¹ Jack Lang, Avant Propos, in Assemblée Nationale, Commission des Affaires Etrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, déposé par la commission des Affaires Etrangères, présenté par Jack Lang, 1998, pages 6, 10 et 11.

¹⁹² Women. The Right to Reproductive and Sexual Health, Published by the United Nations Department of Public Information – DPI/1877 – February 1997.

Il existe une politique internationale face à cet ample problème de la violence de genre. La Recommandation Générale n°19 (1992), la Déclaration sur l'Élimination de la Violence envers la Femme (1993), la Convention 'Belén do Pará', le Programme d'Action de Beijing en 1995, sont autant de documents qui définissent la violence basée sur le genre comme une violation des droits humains, comme une discrimination qui empêche les femmes de participer pleinement dans la société et d'exploiter leur potentiel en tant qu'êtres humains. Le Fond de Développement des Nations Unies pour les Femmes a établi à ce propos un 'Trust Fund' pour supporter des actions qui visent à éliminer la violence envers les femmes.

Cependant, aucune norme n'est suffisamment ample et précise pour avoir un impact plus que minimum sur le contrôle et l'éradication de cette violence. Ce problème se rencontre dans la CEDAW. Il n'interdit pas spécifiquement la violence basée sur le genre ni ne détermine les responsabilités explicites des États pour l'éradiquer. La Convention de la Femmes établit clairement que les droits des femmes incluent tous les droits (civiles, économiques, sociaux et culturels). Mais aucune déclaration dans la convention n'interdit spécifiquement telle ou telle forme de violence, ou n'établit « dorénavant, la violence contre les femmes demeure interdite ».

Aucun article ne détermine par ailleurs les responsabilités explicites de l'État pour éradiquer cette violence. La Convention, notamment, n'appréhende pas la distinction entre le public et le privé comme une barrière à l'action internationale effective contre la violence basée sur le genre. Comme c'est le cas de la violence domestique et du viol, cette distinction présente quelques difficultés théoriques pour aborder la violence ou la mutilation en tant que domaine des Droits de l'Homme.

Par exemple, seulement 17 pays condamnent le viol par le conjoint : l'Afrique du Sud, l'Allemagne, l'Autriche, la Barbade, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, l'Irlande, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la Pologne, le Royaume-Uni, la Suède, Trinité et Tobago¹⁹³. Dans de nombreux cas, le problème de la violence domestique n'est pas considéré comme tel par le système légal si l'agresseur est le mari, le compagnon ou l'amant.

Lors d'un débat sur la violence conjugale en France, Roland Couteau, sénateur de l'Aude, déclare : « *Les chiffres que je vais vous donner viennent d'une enquête de l'an 2000 sur les violences à l'égard des femmes. On considère, d'après cette enquête, et c'est approximatif, qu'il y aurait environ chaque année [en France] un million de femmes victimes de violences, pour la plupart psychologiques, mais également physiques. On estime qu'il y aurait 400 000 femmes victimes d'un cumul de violences, c'est-à-dire physiques et psychologiques, ou physiques ou sexuelles. Autre chiffre : 50 000 femmes par an seraient victimes de viol en général et, pour la plupart, ces viols auraient lieu au sein du couple. J'ajoute que, toujours de façon approximative, selon la même enquête, on considère qu'environ une centaine de femmes décèderaient chaque année des suites de violences au sein du couple. Enfin, et là nous n'avons aucun chiffre, dans ces 100 décès, on ne prend pas en compte les suicides de femmes qui, ayant sombré dans la dépression, mettent fin à leurs jours ensuite (...). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, dans ma proposition de loi, j'incrimine le viol entre époux en le mentionnant explicitement dans la loi, bien que la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de cassation ait déjà reconnu le viol entre époux depuis 1992. Cependant, le grand public, mais aussi les agresseurs, ignorent totalement cette jurisprudence* »¹⁹⁴.

¹⁹³ Ney Bensadon, *Les droits de la femme, des origines à nos jours*, PUF, 1999, page 124.

¹⁹⁴ « Comment lutter contre les violences conjugales ? », Chat modéré par Stéphane Mazzorato et Guillaume Pélissier-Combescure, *Le Monde*, le 09/03/05.

La socialisation qui définit les femmes essentiellement à travers leurs relations avec les hommes et le manque d'opportunités économiques, fait que les femmes dépendent économiquement et socialement de ceux qui les maltraitent. Le principe 'd'égalité de traitement' garantit le droit à l'égalité devant la loi et peut conduire à mettre fin à la relation avec l'agresseur. Mais il n'aide pas suffisamment les victimes qui ne sont pas préparées à couper les liens avec leurs agresseurs. Le changement apporté par la Convention est limité à l'égalité de droits, à la liberté politique et civile, et nie les droits économiques et sociaux des femmes. Les projets d'appui aux femmes maltraitées ne prennent pas en compte l'importance de la dépendance financière des femmes et causent parfois plus de dommages que de bien. L'emprisonnement du mari laisse, par exemple, la femme seule, sans foyer ni argent.

Les réserves

Une autre limite de la CEDAW est l'émission de réserves. De par son article 28, la CEDAW donne la possibilité aux Etats Parties d'émettre des réserves. Cela fait de cette convention un traité marginal. Elle comporte plus de réserves que n'importe quel autre instrument international. « *En vertu de la Convention de Vienne sur le droit des traités, ils ne peuvent émettre de réserves incompatibles avec l'objet ou le but du traité qu'ils ratifient* »¹⁹⁵. Or, de nombreuses réserves permettent aux Etats Parties de se soustraire à certaines obligations importantes, ce qui affecte profondément l'intégrité et l'essence même de la Convention, et dénature le compromis. Ainsi, certains Etats, tels que le Bangladesh, l'Egypte, l'Iraq, la Libye, entre autres, ont émis des réserves sur des articles primordiaux de la CEDAW, tel que l'article 2 qui 'oblige' les Etats Parties à adopter une politique de la non discrimination avec réformes de la législation nationale et retrait des dispositions pénales discriminantes, invoquant parfois la religion ou les traditions culturelles du pays. L'article 9 sur la nationalité est également un article ayant de nombreuses réserves, ce qui limite l'exercice citoyen des femmes. « *L'incapacité juridique de la femme à transmettre sa nationalité à ses enfants nés d'époux étrangers, laisse souvent les enfants légitimes sans Etat, ou sans la possibilité de bénéficier des attributs de la nationalité tels que l'éducation, l'attention médicale et l'emploi* »¹⁹⁶. Selon Rebecca J. Cook, sans équité dans la famille, il n'y a pas d'équité dans la société. Les ONG de femmes jouent ici un rôle primordial dans le travail pour le retrait des réserves émises par leur pays.

« La Conférence mondiale sur les droits de l'homme demande instamment qu'il soit mis fin à toutes les formes de discrimination, occulte ou flagrante, à l'encontre des femmes. L'Organisation des Nations Unies devrait encourager tous les Etats à ratifier la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes d'ici à l'an 2000. Il faudrait favoriser la recherche de moyens permettant de remédier au nombre particulièrement élevé de réserves formulées à l'égard de cette Convention. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes devrait notamment poursuivre l'examen des réserves dont elle fait l'objet. Les Etats sont invités instamment à retirer les réserves qui sont contraires à l'objet et au but de la Convention ou qui, de toute autre façon,

¹⁹⁵ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW, UNIFEM, 1998, page 1.*

¹⁹⁶ Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la Mujer. Perspectivas nacionales e internacionales, PROFAMILIA, 1997, page 14.*

sont incompatibles avec le droit international des traités » (Article 39 de la Déclaration de Vienne).

L'impuissance et les inadéquations

Si la CEDAW place les gouvernements devant leurs responsabilités concernant les droits des femmes, son efficacité semble mitigée. Malgré toute sa créativité, la CEDAW voit ses différents recours limités et semble manquer de pouvoir effectif. Rappelons que de nombreux pays manquent à leur engagement concernant l'obligation légale de soumettre régulièrement des rapports complets.

Les Nations Unies sembleraient impuissantes face au conservatisme de certains Etats. Il existe unanimement une volonté d'intégrer la femme au développement sans pour autant heurter les inégalités de genre dans différentes sphères sociales, illustrant ainsi le caractère conflictuel dans les relations internationales de toutes les questions touchant la modification des hiérarchies et des rôles sexuels¹⁹⁷. La Convention a notamment peu de poids quand le droit traditionnel prévaut sur le droit étatique et le droit religieux sur le droit séculier (dualité normative). Or la religion joue un véritable rôle de normes sociales, et certaines traditions religieuses freinent l'émancipation des femmes. Généralement, la loi reconnaît le principe d'égalité mais la coutume prime bien souvent sur la loi.

De plus l'intention de changer une société sans participation et sans consensus social n'aboutit pas. Le processus de reconnaissance de l'égalité des droits et d'opportunités entre hommes et femmes ne consiste pas seulement à perfectionner, compléter et appliquer efficacement la législation en vigueur. Il requiert également la modification des attitudes, des comportements, des formes de vie et des structures sociales qui limitent le libre développement personnel de la femme et de sa participation active au plan national.

La Convention cherche à intervenir sur les modèles culturels et traditionnels, de façon universelle et uniforme. Or, le mot 'culture' utilisé dans la CEDAW, revêt un problème de concept dans différents contextes. Ce qui peut paraître oppressif de l'extérieur d'une culture, peut être considéré comme tolérable par les femmes qui sont immergées dans cette culture ; et ce qui peut leur paraître discriminatoire et subordonnant peut ne pas être apparent de l'extérieur. « *L'interaction du contexte culturel avec l'effet des différents indicateurs du statut des femmes ajoute également à la confusion, dans la mesure où les facteurs qui contribuent au statut élevé dans un pays peuvent ne pas être pertinents ou même affaiblir le statut des femmes dans un autre* »¹⁹⁸. « *Il y a toujours, dans un sens ou dans l'autre, un décalage entre les textes et les usages culturels. Les lois libérales se heurtent à des coutumes que la population (y compris les femmes) n'est pas prête à abandonner* »¹⁹⁹. S'agit-il alors d'unifier

¹⁹⁷ Arguments développés par S. Bessis dans « Genre et développement : Théories et mises en œuvre des concepts dans le développement ». Rapport du colloque international 'Genre, population et développement en Afrique' ; Abidjan ; 16-21 juillet 2001.

¹⁹⁸ Sunita Kishor et Katherine Neitzel, « The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries. Enquêtes démographiques et sanitaires », Comparative Studies Series. No. 21. Calverton, Maryland, Macro International Inc., 1996.

¹⁹⁹ Elisabeth Paquot, « Le droit libère-t-il les femmes », *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, pages 54 et 55.

les droits de la CEDAW à l'ensemble du pays ou de préserver le droit traditionnel ? Comment faire l'adéquation entre la tradition et les principes universels, protecteurs de la femme ?

Au-delà des inadéquations normatives, l'application de la CEDAW se voit limitée par le manque de formation des juges et avocats en droits internationaux de la femme, leur manque de connaissance de la CEDAW et des mécanismes des Droits de l'Homme, et le manque d'assistance juridique pour la femme. Au tribunal, « *les juges ne sont pas toujours prêts à appuyer leurs décisions sur des traités internationaux comme la Convention* »²⁰⁰. Il semble alors nécessaire de développer une meilleure éducation et formation en normes et procédures sur les droits humains ainsi que des services juridiques.

De plus, la plupart des Comités, Cours et Commissions au niveau national et international ne sont composés que par des hommes, ce qui limite également de façon significative les possibilités. Comment donc réussir à ce que les droits humains internationaux soient sensibles au genre ? « *Les droits humains internationaux et les instruments légaux qui les protègent furent développés principalement par les hommes dans un monde avec orientation masculine* »²⁰¹.

En général, le 20^{ème} siècle a connu des changements substantiels par rapport aux droits des femmes (reconnaissance juridique des femmes comme sujets de droit : droit au vote, à l'éducation, au travail, jusqu'au démantèlement progressif de la tutelle masculine ; nouveaux droits dans la famille ; reconnaissance juridique de la violence envers les femmes...). En 1979, la CEDAW est devenue le principal instrument international des droits humains pour les femmes, et marque un rôle important pour l'avancement de ces droits. Des progrès ont depuis été faits et un grand nombre d'Etats ont pris des mesures concrètes pour promouvoir l'égalité et éliminer la discrimination envers les femmes. Mais l'application de la Convention dépend en grande partie de la volonté politique des gouvernements, et de la mobilisation, de la pression de la société civile organisée ; et il est difficile d'évaluer le rôle de la promotion de la Convention dans l'adoption de réformes législatives. En effet, rien n'indique précisément le facteur déterminant dans la mise en place d'une nouvelle loi.

Une chose est sûre : si la plupart des pays du monde développé et en voie de développement adhère à la cette convention, nulle part, la discrimination envers les femmes n'a été éliminée. Plus de 25 ans après sa création, aucun pays, aucune société n'est parvenu à réaliser pleinement l'égalité homme-femme, tant en droit qu'en pratique. Il existe un important écart entre la législation et la réalité. Comme l'explique Serge Tomasi, du Ministère des Affaires Etrangères Français, lors de la Conférence 'Genre et Développement' (Banque Mondiale, Paris, 2005), en terme d'égalité homme-femme, « *nous sommes tous des pays en développement* ». A ce propos, lors de cette même conférence, M. C. Tesson Millet se demande « *comment se fait-il qu'on ne puisse pas exiger son application avant d'entrer dans une action coopérative ?* ». Cependant, selon C. Voutié, du Réseau 'Genre en action', imposer la notion de genre pour obtenir un financement (« *Pas de fric, pas de genre ; pas de genre, pas de fric* ») n'est pas une solution.

²⁰⁰ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW, UNIFEM, 1998, page 1.*

²⁰¹ Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, Profamilia, 1997, page 9.

ORGANISMES, INSTRUMENTS, EVENEMENTS POUR LA PROMOTION DES DROITS DES FEMMES

Le CEDEF n'est pas le seul organisme des Nations Unies à travailler sur la question des femmes. Il existe au sein du système des Nations Unies, divers organes intergouvernementaux tels que la Commission de la Condition de la Femme, à l'origine de la CEDAW, qui à présent prépare les recommandations pour la promotion des droits des femmes, et suit l'exécution des autres programmes des Nations Unies relatifs aux thèmes de la femme et du genre ; ou le Conseil Economique et Social (ECOSOC) qui supervise la coordination au niveau de l'ensemble du système des Nations Unies de la mise en œuvre de plans et programmes d'action en la matière.

Les programmes, agences et commissions des Nations Unies

Ces organes s'appuient sur le travail permanent d'unités de programmes ou d'agences des Nations Unies spécialisées, dont les plus connues sont DAW, UNIFEM, INSTRAW et UNESCO.



La *Division de la Promotion de la Femmes* (Division for the Advancement of Women, DAW) a pour rôle de coordonner et de maintenir prioritaire le thème de la femme au sein du système des Nations Unies. Elle conduit des recherches sur les divers domaines liés aux femmes, et promeut la situation des femmes au sein du système des Nations Unies.



Le *Fond de Développement des Nations Unies pour les Femmes* (United Nations Development Fund for Women, UNIFEM) est créé en 1976, suite à un appel lancé lors de la Conférence de Mexico en 1975. Il travaille sur la promotion de l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes au niveau national, et a pour but d'assurer la participation des femmes à tous les niveaux de planification du développement et mise en pratique.

Il s'agit d'un cadre institutionnel pour la recherche, la formation et les activités opérationnelles dans le domaine des femmes et du développement. UNIFEM s'axe principalement sur le renforcement de la capacité économique des femmes, à travers un Programme d'empowerment économique : « *Quand les femmes contrôlent leur mode de vie, la totalité de la famille en bénéficie. Des études ont montré que quand les femmes ont leur propre revenu ou ont un contrôle sur le revenu du foyer, plus d'argent est dépensé dans la nourriture et l'éducation des enfants* » (UNIFEM, « Strengthening Women's Economic Capacity », « Eradicating Feminized Poverty »). Il travaille également avec les partenaires des Nations Unies, les gouvernements, les réseaux de femmes, les ONG pour améliorer la capacité des femmes à participer dans les institutions politiques, afin de promouvoir les perspectives féminines dans les instances de décisions politiques. Selon UNIFEM, la protection des droits humains des femmes est fondamentale pour assurer leur autoréalisation, et leur pleine participation dans la société.

L'Institut International de Recherche et de Formation des Nations Unies pour la Promotion de la Femme
(International Research and Training Institute for the Advancement of Women, INSTRAW) participe à la promotion de la femme par le biais



de formations, recherches et informations. Il rend ainsi la contribution des femmes au développement plus visible et soutient les efforts des organisations intergouvernementales, gouvernementales et non gouvernementales dans ce domaine.



L'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO) promeut l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et leur pleine identité civique. L'Organisation est guidée par les principes suivants : promouvoir

l'implication des femmes pour la planification de mesures, la mise en place et l'évaluation d'activités ; promouvoir une participation active à grande échelle des femmes dans tous les secteurs d'activité, en portant une attention toute particulière aux priorités des femmes; promouvoir la contribution des femmes dans le domaine du développement, non seulement au niveau des fins mais aussi au niveau des moyens ; et enfin, développer des programmes spécifiques, des projets spéciaux et des activités pour le bénéfice des petites filles et des femmes.

Au-delà de ces programmes ou agences intergouvernementales, chaque région du monde a sa propre commission des Nations Unies, qui comporte une unité de travail sur la question des femmes. Ces Commissions régionales sont : la Commission Economique pour l'Afrique (CEA), la Commission Economique et Sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), la Commission Economique pour l'Europe (CEE), la Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC), et la Commission Economique et Sociale pour l'Asie Occidentale (CESAO).

La société civile organisée

La société civile organisée est également un important support et moteur de la question féminine. Partout dans le monde, se sont multipliées les ONG de femmes et pour les femmes. IWRAW (International Women's Rights Action Watch) est un réseau international d'activistes, d'académiques et d'organisations, créé à la suite de la Conférence Mondiale des Femmes à Nairobi (1985), pour activer l'implantation de la CEDAW. Cette Organisation Non Gouvernementale Internationale siège à l'Institut Humphrey d'Affaires Publiques de l'Université du Minnesota. Il tend à appuyer les groupes non gouvernementaux, essentiellement dans les pays en développement, dans leurs efforts pour changer la loi, la culture et la société de façon à ce que les femmes puissent participer pleinement au développement de leur pays. Il se base sur la croyance que les droits humains des femmes, établis à travers les systèmes légaux, politiques et éducatifs, sont une composante essentielle du développement, et que les gouvernements et ONG peuvent être incités à comprendre et appliquer les principes de la Convention pour atteindre l'égalité. Depuis sa création, IWRAW a conduit une campagne mondiale d'éducation publique sur la Convention. Il constitue l'unique groupe international qui promeut et divulgue le travail du CEDEF, les rapports et les avancées de la CEDAW dans le monde.

Les instruments internationaux

Ces organes, programmes, agences, commissions des Nations Unies, réseaux et groupes non gouvernementaux, travaillent sur l'élaboration et l'application de nombreux instruments internationaux pour l'amélioration de la situation de la femme. Mais l'Organisation des Nations Unies n'est pas la première organisation intergouvernementale à s'occuper des questions sur la condition de la femme. Dès 1902, des conventions internationales sont adoptées, conventions relatives aux conflits de lois en matière de mariage, de divorce et de garde des mineurs. Plus tard, d'autres conventions sont adoptées en vue de la suppression de la traite des femmes et des enfants.

L'Organisation Régionale des Républiques Américaines est le premier organe intergouvernemental à prendre des mesures contre la discrimination fondée sur le sexe. Lors

de la 6^{ème} Conférence Internationale Américaine, à la Havane, en 1928, est créée une Commission Interaméricaine des Femmes, qui mènera des études sur la nationalité des femmes, études qui aboutiront à la création de la Convention Interaméricaine sur la nationalité de la femme, en 1933. En 1948, lors de la 9^{ème} Conférence, est adoptée la Convention Interaméricaine sur la concession des droits politiques à la femme.

Depuis 1946, les Nations Unies oeuvrent pour les femmes, et le principe d'égalité homme-femme constitue un travail permanent de l'Assemblée Générale, du Conseil Economique et Social, de la Commission de la Condition de la femme, de la Commission des Droits de l'Homme et autres. La charte des Nations Unies est d'ailleurs le premier instrument international à exprimer directement l'égalité de droit des hommes et des femmes. Cette égalité est reprise lors de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, dans son article 2. Dès lors, diverses déclarations, conventions sont adoptées pour promouvoir ce principe d'égalité.

✚ La Convention pour la suppression du trafic de personnes et l'exploitation de la prostitution et autres formes d'exploitation (1949), qui demande la poursuite en justice de tout individu fournissant des personnes à la prostitution.

✚ La Convention de l'Organisation Internationale du Travail pour une rémunération égale (1951), qui établit les principes et pratiques selon lesquels la rémunération est la même à travail égal.

✚ La Convention sur les droits politiques des femmes (1952), qui recommande l'engagement des Etats membres à donner aux femmes le droit de vote et à exercer des emplois dans la fonction publique au même titre que les hommes.

✚ La Convention contre la discrimination dans le domaine de l'emploi et des métiers (1958), qui promeut la promotion de l'égalité des droits entre les femmes et les hommes sur les lieux du travail.

✚ La Convention contre la discrimination dans le domaine de l'éducation adoptée par la Conférence générale de l'UNESCO (14 décembre 1960), qui introduit le concept du droit égal à l'éducation pour les femmes et les fillettes.

✚ La Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum requis pour le mariage et les actes de mariage (1962), qui décrète qu'aucun mariage ne peut avoir lieu sans le consentement des deux parties.

✚ La Déclaration sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (1967), qui affirme que « *la discrimination contre les femmes, le rejet ou la limitation de leurs droits à l'égalité avec les hommes, est fondamentalement injuste et constitue une offense contre la dignité humaine* ».

✚ La Déclaration sur la protection des femmes et des enfants dans les situations d'urgences et conflits armés (1974).

✚ La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) décrite comme la charte internationale des droits de la femme.

✚ La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1994), qui signale que la violence contre les femmes « *est l'un des mécanismes principaux forçant la femme à une position de subordonnée comparée à celle de l'homme* ».

Les Conférences et Programmes d'Action

Ces diverses conventions sont rappelées et renforcées lors de conférences sur les Droits de l'Homme (Conférence des Droits de l'Homme à Vienne, 1993), sur les Femmes (Conférences de Mexico en 1975, de Copenhague en 1980, de Nairobi en 1985, de Beijing en 1995) ou sur le thème 'Population et Développement' (telle que La Conférence du Caire en 1994). Ces conférences mondiales promues et organisées par les Nations Unies pour débâter des thèmes les plus importants du moment, aboutissent à l'approbation de plateformes, programmes d'action, conventions, dont l'accomplissement implique pour les Etats des compromis politiques, une assignation des ressources et une gestion institutionnelle efficiente.

La Conférence de Beijing (4^{ème} Conférence Mondiale sur les Femmes) est la plus grande conférence sous l'égide des Nations Unies consacrée aux femmes. Son Programme d'Action apporte des remèdes possibles aux problèmes critiques considérés comme des obstacles à la promotion des femmes : pauvreté, éducation, violence, conflits armés, structures économiques, partage du pouvoir, mécanismes institutionnels, droits fondamentaux, médias, environnement et petites filles. M. Boutros Boutros Ghali, alors Secrétaire des Nations Unies déclare à la clôture de l'événement que « *le mouvement vers l'égalité des sexes dans le monde entier est un des événements cruciaux de notre époque* ». Pour la première fois, « *les pays se sont accordés à reconnaître que la promotion de la femme et l'égalité entre les sexes sont des problèmes qui relèvent des droits fondamentaux de la personne humaine et sont la condition essentielle à la justice sociale* »²⁰² ; ils y reconnaissent également les limites entre les droits humains et les traditions culturelles. D'autre part, « *Le programme d'action [de la Conférence de Beijing] a appelé à l'application intégrale de tous les instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme, particulièrement la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* »²⁰³.

Un autre programme d'action de véritable importance pour la promotion des droits humains des femmes est celui de la Conférence Mondiale sur Population et Développement, organisée au Caire en 1994. Ce Programme (Programme d'Action CIPD'94) marque un changement idéologique et officiel historique. Il définit notamment les droits reproductifs et sexuels des femmes comme des droits humains ; et donne à la Planification Familiale une approche de population et développement basée sur ces droits, sur la qualité de vie et l'égalité de genre. Tout comme dans la Déclaration de Beijing, dans le Programme d'Action CIPD'94, les Etats sont priés de ratifier et d'appliquer la CEDAW.

²⁰² « La conférence de Beijing sur les femmes nous a donné un Programme d'Action et une mission précise » DPI, novembre 1995.

²⁰³ Womenwatch, Droits Fondamentaux des femmes, DPI, Avril 2000, page 1.

Si la CEDAW est la convention la plus générale, signée et effective, ce n'est ni le premier, ni l'unique traité sur les droits des femmes. En pleine révolution française, en 1791, Olympe de Gouges publiait déjà la Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne. Puis, tout au long du 19^{ème} et 20^{ème} siècle, des instruments en faveur des femmes ont été mis en place. Depuis la création de la CEDAW, il existe de nombreuses déclarations, conventions et divers programmes d'action liés à la question de la femme. Désormais, la défense des droits des femmes est un thème récurrent des conférences mondiales, des sommets régionaux et internationaux, et figure dans la quasi-totalité des instruments internationaux. « *Comme l'a remarqué Rebecca Cook, la non discrimination est maintenant un principe du droit coutumier international* »²⁰⁴.

Mais, « *comprenons que les résolutions, telles que les Stratégies de Nairobi, la Déclaration sur l'élimination de la violence contre la femme, la Plateforme d'Action de Beijing et les résolutions des conférences et rencontres internationales, comme le Sommet Mondial en faveur de l'enfance, le Sommet sur la Terre, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement et le Sommet Mondial sur le Développement Social, sont, par rapport aux droits de la femme, des appels, des réitérations, des développements de ce qui fut établi dans la Convention ; sont des guides d'orientations pour l'action, mais surtout, un appel d'attention sur le fait que n'a pas été accompli ce qui est établi dans la Convention. Cela constitue un cadre juridique plus que suffisant, mais le processus d'application a souffert de difficultés propres aux profonds changements culturels que la Convention implique, et cela a déterminé la nécessité de réitérer l'engagement assumé par les Etats de part leur signature et ratification* »²⁰⁵.

CONCLUSION : LA CONVENTION DANS L'ETUDE

L'étude présentée ici s'intéresse donc à l'application générale des principaux articles de la CEDAW relatifs, entre autres, à l'égalité civile, l'éducation, le travail, et la participation politique et publique des femmes, dans le contexte particulier qu'est celui de l'Amérique

²⁰⁴ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, CEDAW, UNIFEM, 1998, page 2.

²⁰⁵ « *Entendemos que las resoluciones, como las Estrategias de Nairobi, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, la Plataforma de Acción de Beijing y las resoluciones de las conferencias y encuentros internacionales, tales como la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, la Cumbre sobre la Tierra, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, son, en relación a los derechos de la mujer, llamados, reiteraciones, desarrollos de lo establecido en la Convención; son guías orientadoras para la acción, pero sobre todo, un llamado de atención sobre el hecho de que todavía no se ha dado cumplimiento a lo establecido por la Convención. Esta constituye un marco jurídico más que suficiente, pero el proceso de aplicación ha sufrido las dificultades propias de los profundos cambios culturales que la Convención implica y ello ha determinado la necesidad de reiterar el compromiso asumido por los Estados con su firma y ratificación* » (Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998, page 16).

Latine. En ratifiant la Convention, les différents Etats latino-américains ont reconnu les droits des femmes, et se sont engagés à éliminer toute forme de discrimination légale, juridique, économique et socioculturelle. Il s'agit alors d'étudier les principales mesures prises par les gouvernements pour promouvoir la condition des femmes, et d'appréhender parallèlement la réalité sociale. Les différents rapports des Etats Parties et du Comité CEDEF constituent une base importante de l'étude.

L'analyse s'oriente principalement vers un des thèmes fondamentaux de la Convention : les droits reproductifs (puis sexuels, introduits par la Conférence du Caire), dans un contexte plus réduit : la Bolivie, dans les villes de La Paz et El Alto. L'analyse se réfère donc particulièrement aux articles relatifs à la santé reproductive de la femme, soit :

✚ l'article 10 (paragraphe h) qui requiert l'adoption de « *mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes afin de leur assurer des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'éducation et, en particulier, pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, l'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* » ;

✚ l'article 12 (paragraphe 1) qui mentionne que « *les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille* » ;

✚ et l'article 16 (paragraphe 1, alinéas 2), qui engage les Etats Parties à prendre « *toutes les mesures nécessaires pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les questions découlant du mariage et dans les rapports familiaux et, en particulier, assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme (...) les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits (...)* ».

L'analyse s'appuie également sur la Recommandation Générale n°24, intitulée « Les femmes et la santé », qui, entre autre, stipule au paragraphe 17 que « *pour que les femmes puissent exercer leurs droits en matière de soins de santé, il faut que les États parties mobilisent les ressources dont ils disposent et prennent les mesures législatives, judiciaires, administratives, budgétaires, économiques et autres qui s'imposent* ».

L'adhésion de la Bolivie à la CEDAW, et plus tard au Programme d'Action du Caire, témoigne de la reconnaissance par l'Etat bolivien des droits reproductifs et sexuels et de son engagement à les appliquer. L'étude consiste alors à recenser et analyser les diverses mesures prises par les gouvernements boliviens en matière de droits reproductifs et sexuels, leur application dans la réalité sociale, et notamment la réappropriation de ces droits par les femmes boliviennes.

Ainsi, par exemple, à travers la ratification de la CEDAW, l'Etat reconnaît le droit des femmes à l'accès à l'attention et aux soins relatifs à la procréation, comme la planification familiale. Quelle mesure a été prise à cet égard ? Cette reconnaissance s'applique-t-elle dans la réalité politique, économique, socioculturelle bolivienne ? Les femmes en ont-elles conscience ? Exercent-elles ce droit, sans discrimination aucune ?

Chapitre IV :

« Egalité et Discrimination de genre en Amérique Latine »



LA CEDAW ET L'AMERIQUE LATINE

L'Amérique Latine est la première et unique région au monde où tous les pays ont ratifié la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (Argentine, 1985 ; Brésil, 1984 ; Colombie, 1981 ; Costa Rica, 1984 ; Nicaragua, 1979 ; Pérou, 1982 ; Venezuela, 1982...). Cuba est le premier pays de la région, et le deuxième pays au monde à avoir signé la Convention, « *instrument dont l'esprit correspondait entièrement à la législation nationale et à la volonté du gouvernement et du peuple cubains* »²⁰⁶. « *En souscrivant, ad referendum, à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ouverte à la signature par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979, le Gouvernement des États-Unis du Mexique déclare qu'il est entendu que les dispositions de ladite Convention, qui correspondent pour l'essentiel à ce qui est prévu par la législation mexicaine, seront appliquées dans la République conformément aux modalités et procédures prescrites par cette législation, et que l'octroi des prestations matérielles qui pourra résulter de la Convention se fera aussi largement que le permettront les ressources à la disposition de l'État mexicain* »²⁰⁷.

La majorité des pays de la région a ratifié la Convention des femmes en émettant une réserve sur le paragraphe 1 de l'article 29, qui régit les différends entre les États Parties, sur l'interprétation ou l'application de la Convention. Le Brésil a formulé des réserves sur le paragraphe 4 de l'article 15, qui octroie aux hommes et aux femmes des droits égaux à choisir librement le domicile et le lieu de résidence, et sur les apartés a, c, g et h du paragraphe 1 de l'article 16, qui établissent l'égalité de droits dans le mariage et les relations familiales. Le Décret 004377, du 13 septembre 2002, promulgue la CEDAW, avec une réserve facultative sur l'article 29, paragraphe 2, et déroge le décret 89.460 (décret qui promulguait la CEDAW en 1984, avec des réserves sur les articles 15, paragraphe 4, et 16, paragraphe 1.a, 1.c, 1.g, 1.h). Le 20 décembre 1994, le Brésil informe le Secrétariat des Nations Unies qu'il retire ses réserves.

Les pays d'Amérique Latine ont également tous signé entre 1999 et 2000 le Protocole Facultatif de la CEDAW, mais la ratification du traité dans la région est plus rare.

M. D. Suremain expliquait que la ratification de la CEDAW était plus un acte symbolique qu'autre chose. Mais elle pose le problème devant le gouvernement et suscite un débat ; le sujet devient d'actualité. Au Guatemala, comme dans tous les autres pays de la région, « *conformément à la Convention, des lois protégeant les femmes ont été adoptées, comme l'ont été diverses mesures pour promouvoir la participation active des femmes au développement du pays* »²⁰⁸.

²⁰⁶ L'Action de CEDAW – Rapports du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des femmes, volume 1, 1982-1985.

²⁰⁷ Nations Unies, Collection des Traités (En date du 8 février 2002), Déclarations et Réserves, page 9.

²⁰⁸ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les États Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Rapports initiaux et deuxième rapports périodiques des États Parties, Guatemala (CEDAW/C/GUA/1-2/Amend 1), 7 avril 1993, page 1.

Les groupes de femmes, les féministes ont joué ici un rôle primordial dans la reconnaissance et l'adoption par les gouvernements de la Convention, et plus tard du protocole. En Argentine, les demandes des femmes gagnèrent de la force et visibilité dans le contexte du retour à la démocratie, caractérisé par le gouvernement de Alfonsín (1983). Le programme de celui-ci, sensible à ces demandes, inclut l'approbation de la Loi du divorce, l'autorité parentale partagée, et notamment la ratification de la CEDAW. A partir de la ratification, quelques organisations de femmes de la région développent des stratégies de promotion et de protection des droits humains des femmes et présentent des informations devant les Comités des traités, devant le Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, CEDEF, notamment.

Le mouvement des femmes colombiennes a fait pression sur son gouvernement pour l'incorporation des principes de la convention sur la femme dans la constitution de 1991, et notamment en ce qui concerne le droit de décider du nombre d'enfants de façon libre et responsable. « *L'Etat colombien a ratifié la Convention en 1981 et très vite, les ONG de femmes ont cherché à s'en servir dans leur travail d'intervention. Au milieu des années 80, la Convention figurait au cœur des campagnes en faveur des droits humains des femmes organisées en Colombie (...). La constitution colombienne comprend un certain nombre de dispositions qui reprennent ce concept d'égalité de fait qu'on retrouve dans la Convention.* »²⁰⁹. « *La participation des femmes à ce processus n'a pas été improvisée. (3 ans auparavant), 17 groupes de femmes de toutes tendances ont présentés des propositions législatives relatives à la modernisation et à la démocratisation de l'Etat, visant à garantir une égalité réelle et l'élimination de toutes les formes de discrimination familiale, professionnelle, politique, religieuse, culturelle, sexuelle. On préconisait le pluralisme, l'égalité des chances et le droit à la différence* »²¹⁰. La Colombie, en 1992, adopte une nouvelle politique de santé, 'Santé pour les femmes, les femmes pour la santé'. « *La convention a inspiré le cadre de cette nouvelle politique de la santé dans le sens où elle fait de la santé une question relevant des droits humains* »²¹¹.

Au Brésil, qui a ratifié la CEDAW en 1984, « *selon Jacqueline Pitanguy, ex - présidente du Conseil national, la convention a constitué pour les femmes un outil très précieux lors de la réforme constitutionnelle (...). On retrouve dans la constitution brésilienne des dispositions sur l'égalité entre les sexes, la violence à caractère sexiste, la responsabilité de l'Etat en matière de prévention de la violence conjugal, l'égalité des droits des conjoints dans le mariage, la planification des naissances et l'équité en emploi, qui font écho aux articles de la Convention* »²¹².

« *Il est souvent difficile d'établir clairement quel rôle la promotion de la Convention a pu jouer dans l'adoption de réformes législatives (...). Bon nombre de lois d'un intérêt majeur pour les femmes ont vu le jour après la ratification de la convention, et les ONG de femmes se sont souvent servi de la convention dans les campagnes qu'elles ont menées en faveur de ces réformes ; de plus, les gouvernements vont invoquer ces nouvelles lois devant le CEDEF pour prouver qu'ils s'acquittent des obligations qui sont les leurs en vertu de la Convention. Mais*

²⁰⁹ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW, UNIFEM, 1998.*

²¹⁰ Ramirez, Fempress 1991, in Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Deuxièmes et troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Colombie (CEDAW/C/COL/2-3), 7 avril 1993.

²¹¹ Llana Landsberg-Lewis, *op. cit.*, page 2.

²¹² Llana Landsberg-Lewis, *op. cit.*, page 4.

rien n'indique précisément quel facteur s'est avéré déterminant dans l'adoption d'une nouvelle loi. De plus, à mesure que la Convention s'intègre de plus en plus dans la tradition des droits humains d'une nation, il devient plus difficile de cerner précisément quel rôle elle peut jouer »²¹³.

La Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes est l'instance régionale chargée du suivi de la question des femmes sur le continent, et l'organe de surveillance de l'application de la Convention. « *La Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPAL) a été désignée, au sein du système des Nations Unies, comme point focal de la région des activités de suivi des accords régionaux et mondiaux liés à l'équité de genre et le progrès des femmes* »²¹⁴.

Dès 1977, les pays membres de la CEPAL s'accordent sur le 'Plan de Acción Regional sobre la integración de la mujer en el desarrollo económico y social de América Latina' (Plan d'Action Régionale sur l'intégration de la femme au développement économique et social de l'Amérique Latine, PAR). Plus tard, ils adoptent le Programme d'Action Régionale pour les femmes d'Amérique Latine et des Caraïbes, 1995-2001. Ce programme, et tous les plans et programmes d'action mondiale, « *constituent des cadres juridiques organisationnels, dans le sens où les Etats membres, conformément à (ces plans), doivent se réunir, évaluer les situations, les progrès et implanter des propositions, mais sans obligations d'accomplir leurs contenus ; leur force se trouve dans le fait que ce sont les résultats d'un accord et permettent un suivi des progrès, ce qui en soi, constitue un stimulant pour l'action* »²¹⁵. L'objectif de ce programme était d'accélérer le progrès de l'égalité de genre et la totale intégration des femmes au processus de développement, comme le plein exercice de la citoyenneté dans le cadre d'un développement durable, avec justice et démocratie. « *Si on analyse le contenu du Programme, il est clair qu'il répond à la Convention et aux accords internationaux avec, entre autre, l'adaptation régional. Sa force se trouve dans la réitération régionale de ce qui est établi dans la Convention et constitue un instrument d'action au niveau régional* »²¹⁶.

Un exemple de suivi est l'élaboration d'un système d'indicateurs qui rendent possible le suivi et l'évaluation des accords régionaux et internationaux liés à l'amélioration de la condition des femmes et de l'équité de genre. Les indicateurs doivent être appliqués dans les pays pour récolter des données sur la situation des femmes en comparaison avec celle des hommes, dans divers domaines, et faciliter ainsi le suivi de l'accomplissement des accords de la Plateforme

²¹³ Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW, UNIFEM, 1998, page 1.*

²¹⁴ «*La Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL) ha sido designada, dentro del sistema de Naciones Unidas, como punto focal en la región de las actividades de seguimiento de los acuerdos regionales y mundiales relacionados con equidad de género y el adelanto de las mujeres*» (CEPAL, Para el seguimiento y la evaluación del programa de acción regional para las mujeres de América Latina y el Caribe 1995 / 2001 y Plataforma de acción de Beijing, Naciones Unidas / CEPAL, 1999, page 7).

²¹⁵ «*constituyen marcos jurídicos organizacionales, en el sentido que los Estados miembros, conforme a ellos deben reunirse, evaluar situaciones, progreso y plantear propuestas, pero sus contenidos no son de obligatorio cumplimiento; su fuerza radica en que son resultado de un acuerdo y permiten un seguimiento de los avances, lo que de por sí, constituye un incentivo para la acción*» (Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998, page 17).

²¹⁶ «*Si se analiza el contenido del Programa, es claro que responde a la Convención y a los acuerdos internacionales con, alguna que otra, adaptación regional. Su fuerza radica en la reiteración regional de lo establecido en la Convención y constituye un instrumento de monitoreo a nivel regional*» (Hanna Binstock, *op. cit.*, pages 17 et 18).

d'Action de Beijing et du Programme Régional pour les femmes d'Amérique Latine et les Caraïbes 1995-2001, avec vues sur les futures conférences (comme la huitième Conférence régionale sur la femme d'Amérique Latine et des Caraïbes). Les indicateurs ne reflètent pas nécessairement les conséquences des politiques mais l'évolution de la situation en termes de pauvreté, d'éducation, de travail... Un des indicateurs vise à éliminer l'analphabétisme parmi les femmes, et cherche à mesurer le taux d'analphabétisme par sexe. Le taux d'analphabétisme des femmes est le nombre de femmes alphabètes de 15 ans et plus sur le total de femmes du même groupe d'âge par 100 ; le taux d'analphabétisme des hommes se calcule de la même façon en considérant la population masculine. Ces taux sont obtenus grâce aux recensements de population, aux enquêtes de foyers, et l'Annuaire Statistique de l'UNESCO. Pour chaque domaine, la CEPAL propose des indicateurs de genre, et en donne l'objectif, la description et les sources à utiliser²¹⁷.

Au niveau national, si la Colombie a créé un Comité de Coordination et de Contrôle de l'application de la Convention (Décret 1398 du 3 juillet 1990), la plupart des autres pays n'a institué aucune instance de contrôle et de suivi direct de l'application de la Convention, une application qui reste donc aléatoire. Selon M. D. Suremain, en Amérique Latine, la question des femmes est surtout entre les mains des ONG. La Convention est une base de référence pour les ONG, les groupes de femmes ou de droits humains du continent, et rend compte d'une certaine légitimité et crédibilité à leurs actions. De plus, ces mouvements ou réseaux (comme REPEM, représentant en Amérique Latine de DAW, ou CLADEM) sont les principaux acteurs sociaux du suivi et de l'accomplissement des engagements internationaux liés aux femmes.

Les rapports élaborés par les Etats Parties de la région s'avèrent d'une qualité et d'une objectivité relatives. A l'exception du rapport du Brésil remis en 2002, qui regroupe les 5 rapports périodiques, la plupart des rapports officiels se basent essentiellement sur les mesures gouvernementales, législatives et institutionnelles, et ne présentent pas ou à peine la réalité sociale des femmes du pays, leurs revendications, les progrès ou reculs, ou les difficultés rencontrées pour l'application des politiques et de la Convention. Moriana Hernandez explique qu'en 2002, l'Uruguay a rédigé le rapport pour le CEDEF. Mais celui-ci fut jugé très mauvais, non fondé, élaboré par des personnes qui, selon elle, ne connaissaient pas le thème ; quelques aspects furent ainsi biaisés. Ainsi, de façon parallèle, deux rapports ont été élaborés par la Commission Nationale de Suivi des accords de Beijing et le CLADEM (ONG présentes lors de l'examen par le Comité). Des activités ont été développées ensuite à partir des conclusions du Comité. Les rapports gouvernementaux de l'Uruguay ne sont pas divulgués et disponibles, puisqu'ils sont mentionnés 'sous embargo'.

« L'Amérique Latine et les Caraïbes forment la première et seule région au monde où tous les pays ont ratifié la CEDAW, malgré cela de nombreux pays n'ont pas encore intégré ce texte à leur législation ni adopté des mesures concrètes pour éliminer de fait la discrimination »²¹⁸. Le 'Consensus de Mexico', adopté lors de la neuvième Conférence Régionale sur la Femme d'Amérique Latine et des Caraïbes, organisée par la CEPAL, à Mexico DF, du 10 au 12 de juin 2004, exhorte les gouvernements « qui ne l'ont toujours pas fait, à considérer la ratification et l'application effective de la Convention sur l'Elimination de toutes les formes

²¹⁷ CEPAL, *Indicadores de género : Para el seguimiento y la evaluación del programa de acción regional para las mujeres de América Latina y Caribes 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing*, Naciones Unidas/CEPAL, 1999.

²¹⁸ Communiqué de presse, Lancement de la Campagne continentale des agences des Nations Unies, 8 septembre 1998.

de Discrimination à l'Égard des Femmes et son Protocole Facultatif, comme la Convention Interaméricaine pour Prévenir, Sanctionner et Eradiquer la Violence contre la Femme et l'adoption d'un mécanisme effectif pour l'application et le suivi de cette dernière par les Etats Parties »²¹⁹.

L'EGALITE DE DROIT

Les conventions internationales telles que la CEDAW, dans un contexte favorable, et avec une importante mobilisation synonyme de pression sociale et politique, ont entraîné des progrès, essentiellement normatifs, relatifs au thème des droits des femmes.

Mouvements et mobilisation des femmes

En Amérique Latine, les mobilisations des femmes sont des phénomènes importants. Les femmes latino-américaines sont organisées et mobilisées dans tous les domaines de la vie politique et sociale, ce qui donne aux mouvements féminins et féministes un certain poids. Ces mouvements furent quasi unanimement des mouvements sociaux de grande force, avec la capacité de modifier les situations et avant tout, des mouvements spontanés de solidarité, où les femmes se regroupent pour faire face à la crise. Ils revêtent une mobilisation tridimensionnelle : mouvements des femmes contre la dictature et les violations des droits humains, ou groupes des droits humains ; mouvements de femmes populaires, aussi appelés groupes de survie ; et les mouvements féministes.

« Une tradition militante »²²⁰

« En 1946, Perón victorieux va accorder aux femmes des droits qu'elles revendiquaient depuis longtemps : droit de vote (1947) et protection de la maternité (congés de maternité

²¹⁹ “que aún no lo han hecho a considerar la ratificación y aplicación efectiva de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y su Protocolo facultativo, así como de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la adopción de un mecanismo efectivo para la aplicación y seguimiento de esta última por los Estados parte” (CEPAL, « Consenso de Mexico », Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mexico DF, 10 al 12 de junio de 2004., pages 5 et 6).

²²⁰ Expression de Dora Fanjull, in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982.

rémunérés avant et après l'accouchement, indemnisation des femmes enceintes licenciées, prime à chaque naissance, obligation pour les employeurs d'ouvrir des crèches dans les entreprises) »²²¹.

L'Amérique Latine est marquée par une tradition militante des femmes. C'est essentiellement dans les années 70 et 80 que surgissent de façon massive les mobilisations de femmes populaires, forcées, par les contextes sociopolitiques, économiques des différents pays et du continent en général, à développer des stratégies de survie en relation avec leur rôle. Pour remédier aux manques d'infrastructures urbaines, de services sociaux, de protection et de recours sociaux, pour couvrir les nécessités basiques de la population, les femmes des quartiers populaires urbains se mobilisent, s'organisent, créent des associations de quartiers. *« Ici c'est les femmes qui ont lutté, ici c'est les femmes qui se sont organisées, les hommes aussi mais la majorité c'était les femmes... Qui organisait des commissions pour l'eau ?, les femmes, pour qu'on ne nous enlève pas notre lopin ?, les femmes, pour qu'on nous mette le service d'eau ?, les femmes et pourquoi ? parce que c'est nous qui souffrons... »²²².*

En Amérique Latine, *« ce sont les mères qui s'organisent sur les champs de la bataille quotidienne pour la survie des membres de la famille dont elles ont la charge de plus en plus lourde depuis l'application des programmes d'ajustement structurel (...). En luttant publiquement et collectivement, [les femmes] ont inscrit leur maternité dans de nouvelles conditions définies par elles »²²³.*

En Argentine, au Chili, en Uruguay, les femmes et notamment les mères sont les premières à protester contre les emprisonnements et les disparitions. *« Face à un régime pratiquant la répression sauvage, il ne reste bientôt pour élever la voix que celles qui ont tout perdu et n'ont rien à perdre : les femmes, les mères ou les sœurs de ceux que la dictature a anéanti et fait disparaître »²²⁴.*

« Les mères de la place de mai ne se sont pas laissées arrêter par la vague de nationalisme qui a déferlé sur le pays. Avec leur mot d'ordre 'les Malouines sont argentines, les disparus aussi', elles ont fait preuve d'un courage et d'une conscience politique qui commençaient en 1983 à gagner l'ensemble de la population. Des formes inédites de lutte sont apparues dans le pays et les femmes continuent à y jouer un rôle important. Par exemple, pour s'opposer à une inflation galopante, un nouveau mouvement a surgi : celui des 'bourses vides', qui consiste en un boycott hebdomadaire des achats. Organisé au départ par des ménagères de la banlieue de Buenos Aires, il s'est rapidement étendu à d'autres quartiers. Intellectuels, syndicalistes, féministes se sont joints pour participer aux émeutes de Buenos Aires en décembre 1982 »²²⁵.

²²¹ Dora Fanjull, « Argentine. Une tradition militante », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 222.

²²² Citation de Jovita in H. Le Doare, « Le mouvement populaire en Amérique Latine. Eléments d'une réflexion sur la notion de mouvement social sexué », Cahiers de Gedisst 'Mouvement social et division sexuelle du travail', n°2, 1991, p. 13.

²²³ H. Hirata, H. Le Doare, *Les paradoxes de la mondialisation*, Cahier du Gedisst, n°21, 1998, page 29.

²²⁴ P. Guillaudat, P. Mouterde, *Les mouvements sociaux au Chili 1973-1993*, l'Harmattan, 1995, page 138.

²²⁵ Dora Fanjull, *op. cit.*, page 225





Mobilisations des femmes latino-américaines (Photographies de Christian Lombardi)

« Désormais, leur exemple est suivi par des mères de nombreux autres pays : mères siciliennes luttant contre la mafia, espagnoles luttant contre la drogue, ukrainiennes victimes de Tchernobyl, palestiniennes, israéliennes et yougoslaves unies dans leur refus de la guerre »²²⁶.

Les mouvements de femmes et la conscience de genre

« Si on nie la catégorie femme comme une catégorie valide pour l'analyse, on peut difficilement accepter un concept ; si les conditions et les positions des femmes sont très

²²⁶ Alicia Dujovne Ortiz, « Argentine : Mères Courage », Courrier de l'Unesco, « Femmes. La moitié du ciel », septembre 1995, page 23.

variées, leurs intérêts le sont également »²²⁷. Les nécessités pratiques de genre sont les plus implantées dans les organisations de base sans prétention au changement de la structure de genre en vigueur. En revanche, le mouvement féministe recherche de la satisfaction des nécessités stratégiques de genre. Cependant, des stratégies de survie émerge progressivement une citoyenneté active.

Beaucoup de femmes des secteurs populaires ne s'identifièrent pas de façon immédiate aux groupes féministes latino-américains ni aux revendications les plus connues (dépénalisation de l'avortement, liberté sexuelle). Les femmes actives dans leur lutte pour la survie familiale, semblent à première vue très distantes des femmes qui dénoncent, par exemple, l'identification de la sexualité libre et reposant sur le plaisir. Les femmes des classes moyennes donnent la priorité aux demandes de participation politique et de droits sexuels pendant que les travailleurs, les paysans, les femmes populaires et indigènes ont des priorités plus pratiques, économiques et sociales (nécessités pratiques de genre). Peu à peu, dans les mouvements populaires notamment, émergent des pratiques de résistance à l'inégalité dans les relations de genre, apparaît une position de genre entendue comme conscience de la discrimination et comme action destinée à la dénoncer et à la modifier. Les femmes commencent, dans les années 80, à s'interroger sur leur situation dans l'ordre social, culturel et politique. Les femmes populaires et celles à partir de leur rôle de mères ou de leurs responsabilités familiales vont conquérir leur citoyenneté et assumer une conscience de leur existence comme genre subordonné.

*« Ces expériences de participation locale ont socialisé le travail domestique, favorisé la construction d'une identité collective et l'émergence d'un acteur politique et social qui rend visible les femmes dans l'espace public (...). Confrontées aux discriminations d'un espace public largement masculin et androcentré, les femmes latino américaines vont dénoncer leur subordination et lutter pour l'égalité (...). Malgré leur relation parfois difficile aux institutions politiques, les femmes latino américaines ont accédé à l'agenda politique et dialoguent désormais avec l'Etat »*²²⁸. Les luttes des femmes latino-américaines ont certes des enjeux qui dépassent l'émancipation féminine, le cadre conventionnel de leur vie ou de leur condition. Mais, en se regroupant, en se mobilisant collectivement sur la scène publique, elles prennent conscience de leur subordination voire de leur discrimination.

*« Et en parlant avec d'autres mères, nous nous sommes rendu compte que comme chacune vivait enfermée dans un petit quartier, dans un endroit qui paraissait être le bout du monde, et que nous venions de familles très pauvres, presque aucune de nous n'avait pu atteindre le niveau du secondaire, et même pour certaines du primaire. En plus de l'horreur de la disparition, nous souffrions de l'ignorance totale de nos devoirs, mais essentiellement de ne pas savoir quels étaient nos droits et sur quels moyens compter pour chercher nos enfants »*²²⁹.

L'Union des Femmes du Paraguay (UMPF), créée en 1981 à Asunción, réclamait la démocratisation, l'Amnistie générale et le retour des exilés. Mais elle revendiquait également

²²⁷ Lola Gonzalez Guardiola, *De Bartolina Sisa al Comité de Receptoras de Alimentos de « El Alto », Antropología del género y organizaciones de mujeres en Bolivia*, Ed. de la Universidad de Castilla La mancha, 2000.

²²⁸ Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », *Cahiers des Amériques Latine*, n°39, 2001, pages 3, 4, 5 et 8.

²²⁹ Extrait du discours d'ouverture (Conférence Mondiale de AIEP, Unesco, 2000) de Hebe Bonafini, Présidente de l'association des Mères de la Place de Mai.

l'intégration réelle des femmes au développement du pays et une participation effective de leur part aux décisions politiques. Comme les femmes paraguayennes, les féministes chiliennes, lors de la dictature, revendiquaient « *Démocratie dans le pays et à la maison... et au lit* »²³⁰.

Les femmes populaires « *ont réussi à toucher et transformer une sphère que beaucoup de femmes professionnelles de la classe moyenne et aisée n'ont pas su modifier. Le fait de pouvoir compter sur une employée de maison leur a évité de se poser le problème de la répartition des tâches et des responsabilités domestiques (...). La comparaison qu'elles font entre vie soumise, isolée de la communauté, perçue comme vide et une vie dans laquelle elles peuvent se réaliser, être en contact avec la communauté et progresser, est une autre modification fondamentale. Si beaucoup d'entre elles ont d'abord été motivées en tant que mères, aujourd'hui elles expriment leur nécessité de continuer ce travail en tant que femmes et citoyennes, en tant qu'individus ayant une existence sociale. Et cela est certainement l'acquis le plus important qu'il n'est pas permis de laisser perdre* »²³¹.

Les organisations féministes sont des organisations définies strictement par une action de genre, dont l'objectif cible l'amélioration de la condition féminine dans une perspective de genre (nécessités stratégiques de genre). En Amérique Latine, selon Alain Touraine, le féminisme 'occidental' n'existe pas. Le féminisme latino-américain se définit autour de 3 luttes : contre la violence faite aux femmes, pour la maternité libre et volontaire, et pour la libre option sexuelle²³². Selon Ana Irma Rivera Lassen (Forum International « Les femmes au 21^{ème} siècle », CIDEM, 2003), le féminisme en Amérique Latine est pluriel. « *Si le féminisme a un sens, l'objectif doit être non seulement de libérer les femmes d'un système patriarcal qui les affecte dans leur vie familiale et quotidienne, en tant qu'être humain soumis à des violences, des mutations, des coutumes et des lois archaïques, mais également de les soustraire aux violences de la misère, de l'ignorance, du chômage, des charges domestiques accablantes, de l'absence de maîtrise de fécondité...* »²³³.

Les groupes féministes d'Amérique Latine, dans un objectif de mobilisation consensuelle, de création de programmes ou de réseaux unanimes, plus puissants, organisent régulièrement des rencontres à divers niveaux (par exemple, les rencontres féministes d'Amérique Latine et des Caraïbes : en Colombie, 1981 ; au Pérou, 1983 ; au Brésil, 1985 ; au Mexique, 1987 ; en Argentine, 1990, au Salvador, 1993 ; au Chili, 1996 ; en République Dominicaine, 1999 ; au Costa Rica, 2002). A la suite de ces rencontres, apparaissent différentes catégories de réseaux régionaux spécialisés : Réseau de Santé de la femme d'Amérique Latine et des Caraïbes (1984), Réseau pour l'éducation (REPEM, 1988, ou CREALC), Réseau contre la violence sexuelle et domestique (1990), Réseau pour les Droits Reproductifs (CDD o GIRE), et plus tard le réseau pour la libre option sexuelle avec l'Association Internationale de lesbiennes et d'homosexuels (ILGA).

²³⁰ V. Rozée, « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. La Bot, 2001, page 55.

²³¹ M. D. De Suremain, L. Cardona, M. Dalmazzo, *Les femmes et la crise urbaine, ou la gestion invisible du logement et des services urbains*, avec la collaboration de C. Trujillo, AVP, ENDA-AL, FEDEVIVIENDA, 1995 ; pages 149 et 146.

²³² France-Jules Falquet, *Femmes, projet révolutionnaire, guerre et démocratisation : l'apparition du mouvement de femmes et du féminisme au Salvador (1970-1994)*, Thèse sous la direction de Christian Gros, IHEAL, Paris 3, 1997.

²³³ A. Michel, in DAWN, *Femmes du sud, Autres voix pour le 21ème siècle*, côté femmes, 1992, pages 9 et 10.

Parallèlement, l'agenda régional des femmes se complète et constitue d'importants événements sociaux et politiques : le Jour International de la femme (le 8 mars), le Jour International d'Action pour la Santé des Femmes (le 28 mai), le Jour de la Population (le 11 juillet), le Jour pour la Dépénalisation de l'Avortement en Amérique Latine et les Caraïbes (le 28 septembre), le Jour International de la Non-Violence contre les Femmes (le 25 novembre)... Les féministes préparent également au niveau régional et national les grandes conférences mondiales. Pour Beijing, elles se sont réunies à Mare del Plata, en Colombie, en 1994, où elles ont évalué un bilan pour chaque pays, rendant compte notamment de l'application de la CEDAW.

« Via leur participation aux conférences internationales, aux forums mondiaux et à l'élaboration des Plates Formes d'Action, les femmes latino américaines font l'apprentissage de nouveaux terrains d'action, particulièrement celui de la communauté internationale (...). Si l'exercice des droits citoyens et des droits humains des femmes se heurte encore trop souvent à la lenteur et à l'inertie des institutions nationales, les programmes d'action des conférences constituent néanmoins des références conceptuelles et des garanties que les femmes peuvent faire valoir face à l'Etat »²³⁴.

Cristina Grela, présidente de la 'Comisión Nacional de Seguimiento de los acuerdos de Beijing', (Commission Nationale du Suivi des Accords de Beijing, CNS)²³⁵, explique que la Conférence de Beijing a engendré la conviction au sein du mouvement féministe uruguayen que toutes les femmes du pays devaient savoir ce qu'il s'était passé à la conférence. Elles organisèrent des réunions dans chaque département, formèrent des délégations dans différents domaines d'action (santé, travail, éducation, participation politique, moyen de communication). Le premier travail a consisté à construire des données selon les sexes, données qui n'existaient pas. Elles créèrent un agenda de la femme avec dans chaque domaine des propositions d'action, de politiques, essentiellement destiné aux politiciens, et veillent aux suivis politiques (évaluation des volontés politiques), de l'Institut de la Famille et de la Femme en particulier, de la loi sur la santé reproductive, du plan d'Equité Nationale, de l'application de la loi sur la violence, et des autres plans mis en place par le gouvernement. Aujourd'hui, l'articulation d'actions vise la pression politique. Selon Moriana Hernandez Valentini, la stratégie du mouvement des femmes est de négocier avec tous les partis (les thèmes de genre traversant les partis), car pour atteindre la majorité d'un projet de loi, il est nécessaire, selon elle, que les femmes dépassent les clivages politiques.

Tout comme au Brésil, ou en Bolivie, *« les associations et organisations de femmes jouent un rôle important dans la définition des politiques d'égalité des sexes au niveau national. C'est grâce à leurs actions que le sous secrétariat pour la condition féminine a été institutionnalisé »²³⁶. En Colombie, « il existe plus de 100 associations de femmes, tant au niveau national que régional, dont l'activité consiste principalement à défendre leurs droits. Ces organisations sont soutenues par la Direction Nationale pour l'égalité des femmes »²³⁷. La Fédération des femmes cubaines a un rôle également très important (elle regroupe plus de 3,5 millions de personnes soit 82% des femmes de plus de 14 ans). « Elle veille à l'application*

²³⁴ Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », Cahiers des Amériques Latine, n°39, 2001, pages 13 et 15.

²³⁵ Comme résultat du processus post-Beijing, en 1996, est constituée la Commission de Suivi des accords de Beijing, qui réunit plus de 70 organisations et réseaux de femmes, avec le principal propos de suivre les politiques publiques et les engagements assumés par l'Etat uruguayen aux Conférences du Caire et de Beijing.

²³⁶ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000.

²³⁷ G. Tamayo Leon, *op. cit.*, page 128.

*du principe d'égalité entre les hommes et les femmes dans la vie sociale, recueille les plaintes, lance des campagnes d'information »*²³⁸. A Haïti, plusieurs associations et mouvements de femmes, participent activement dans la vie publique, et contribuent au changement. Au Salvador, un groupe travaille sur d'éventuelles mesures de quotas. Au Pérou, le Movimiento Manuela Ramos est lié à certains ministères. Elle rend compte de l'exercice du droit des femmes, et analyse le suivi des politiques de l'Etat, des projets de loi.

Suite à l'action du mouvement des femmes, les conséquences sexuées des politiques publiques se sont modifiées ces dernières décennies. Au-delà de l'implantation de la Plateforme d'Action de Beijing, le défi fondamental des mouvements de femmes est désormais leur propre démocratisation.

Adoption de mesures légales pour l'égalité de genre

Intérêt croissant des Etats

En Amérique latine, les années 90 sont marquées par une attention prioritaire de l'Etat pour l'égalité et l'équité des femmes. Le thème a gagné en visibilité et a suscité un intérêt et une revendication croissants, tant au niveau social que politique. Ainsi, la région d'Amérique Latine a fait preuve, notamment dans les années 90, d'avancées législatives synonymes de progrès substantiels²³⁹. On peut noter une certaine force juridique des traités internationaux, un intérêt croissant, à tout niveau, pour adopter des mesures qui permettent de dépasser cette situation d'inégalité et de discrimination entre les hommes et les femmes. « *La majorité a adopté des mesures légales pour (son) application [de la CEDAW], telles que la création de bureaux, de départements ou divisions pour élever le statut de la femme à travers la formulation de politiques destinées à assurer son égalité »*²⁴⁰.

D'importants efforts quant à l'intégration des femmes au développement sont observés. M. Carlos Salinas de Gortari, alors Président de la République du Mexique, déclarait qu'il était « *important pour les femmes de participer pleinement au processus de modernisation du pays dans le but de parvenir à une nation où l'égalité serait plus grande, où la démocratie serait renforcée et où la vie humaine serait plus riche grâce à une meilleure utilisation des*

²³⁸ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 147.

²³⁹ Informe del Secretario General a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en su sesión de 1990.

²⁴⁰ «*La mayoría ha adaptado medidas legales para (su) aplicación [de la CEDAW], tales como la creación de oficinas, departamentos o divisiones para elevar el estatus de la mujer a través de la formulación de políticas orientadas a asegurar su igualdad*» (Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998, page 10).

capacités des femmes, permettant de mieux exploiter le potentiel de développement du pays »²⁴¹.

Selon Hanna Binstock, le premier pas fut l'élimination des expressions discriminatoires, dans la plupart des pays à tous les niveaux hiérarchiques juridiques : constitutions, codes, lois, règlements²⁴². Plusieurs pays signataires ont décidé d'amender leurs codes, et de mettre en place des politiques de genre, actions politiques destinées à changer le modèle de division sexuelle du travail, autant dans la sphère privée et familiale que dans la sphère publique.

En général, les législations latino-américaines reconnaissent l'égalité de droit et la prohibition de la discrimination de genre. Les Etats ont approuvé des lois, notamment sur la violence domestique et pour promouvoir l'égalité des chances; ils ont impulsé des politiques publiques, des programmes, des plans qui diffusent et protègent les droits des femmes ; et ils ont mis en place des bureaux, des secrétariats, et des conseils de femmes. Des institutions ou instances du gouvernement sont désormais spécifiquement chargées de la question des femmes et des actions institutionnelles protègent les droits des femmes²⁴³. Ainsi, la région a obtenu de significatifs progrès normatifs par rapport au thème de l'équité de genre.

L'égalité devant la loi

Les législations latino-américaines garantissent l'égalité des droits à la femme et à l'homme, la pleine capacité de la femme pour l'exercice de ses droits politiques et interdisent la discrimination en raison du genre ou du sexe. Cette égalité devant la loi s'exprime sous différentes formes : norme prohibant la discrimination ; précepte qui signifie l'affirmation de l'égalité, inclue parmi d'autres qualitatifs ; article spécial qui se réfère à l'égalité ; ou règle qui combine le caractère prohibitif de la discrimination et qui réaffirme l'égalité homme-femme.

A Cuba, l'égalité entre les sexes et entre les 'races' figure dans la constitution. « *La constitution cubaine précise d'ailleurs que les 'institutions de l'Etat éduquent toute la population depuis le plus jeune âge au principe d'égalité entre les êtres humains'* »²⁴⁴. « *Les dominicains de l'un ou l'autre sexe sont citoyens à partir de 18 ans et jouissent des mêmes droits* »²⁴⁵. Au Mexique, selon la Loi de l'Institut des Femmes du District Fédéral du 28 février 2002, sont sujets de la loi les femmes et les hommes vivant dans le District Fédéral, sans discrimination sur l'âge, le sexe, la grossesse, l'état civil, la 'race', la langue, la religion,

²⁴¹ Nations Unies, CEDAW, Examen des rapports présentés par les Etats Parties en vertu de l'article 18 de la Convention, 3^{èmes} rapports périodiques des Etats Parties, Mexique, CEDAW/C/MEX/3, 7 décembre 1992, page 15.

²⁴² Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998.

²⁴³ Certains pays d'Amérique Latine, tels que le Mexique et le Brésil, sont des états fédéraux ; les lois, les normes et les institutions varient donc d'un état fédéral à un autre. En général, sont présentées, pour ces Etats, les mesures nationales, c'est-à-dire celles qui transcendent les divisions administratives.

²⁴⁴ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 147.

²⁴⁵ Constitution de la République Dominicaine, in G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 149.

l'idéologie, l'orientation sexuelle, la couleur de peau, la nationalité, l'origine et la position sociale, le travail ou la profession, la position économique, le caractère physique, l'handicap ou l'état de santé.

Dans la Constitution Brésilienne, les hommes et les femmes sont égaux en droits et en obligations. « *La Constitution du Brésil consacre un chapitre entier, intitulé l'Ordre social, au droit à l'éducation, la culture et le sport, dont l'exercice ne peut être restreint pour des raisons de genre* »²⁴⁶.

Au Chili, « *en 1996, la branche exécutive, à travers le Ministère de la Justice et le Service National pour les Affaires de Femmes (SERNAM), envoya au Congrès National une note de réforme constitutionnelle destinée à donner une reconnaissance explicite de l'égalité légale des hommes et des femmes. La note proposait l'incorporation d'une référence aux femmes dans l'article 1 de la Constitution, qui stipulait que 'les hommes sont nés libres et égaux en dignité et en droits', et l'insertion 'les hommes et les femmes jouissent des mêmes droits' à l'article 19, paragraphe 2, de façon à garantir l'égalité constitutionnelle devant la loi. Cette proposition de changement a été acceptée en 1997 par la Chambre des Députés, et attend le vote du Sénat (...). Il est possible que la discrimination envers les femmes soit interdite à travers l'article 19, paragraphe 2 de la Constitution, qui stipule qu'il n'y a aucun groupe ou personne privilégié, et que 'ni la loi, ni les autorités ne peuvent arbitrairement établir des différences'* »²⁴⁷.

La Constitution nationale du Paraguay consacre l'égalité absolue des droits de l'homme et de la femme: « *L'homme et la femme jouissent des mêmes droits en matière civile, politique, sociale, économique et culturelle. L'Etat favorise l'instauration des conditions voulues et crée les mécanismes permettant de donner à cette égalité un caractère concret et effectif, en atténuant les obstacles s'opposant à l'exercice de cette égalité et en facilitant la participation des femmes dans tous les domaines de la vie nationale* » (Article 48 de la Constitution du Paraguay). « *Aucune des dispositions juridiques et administratives en vigueur au Paraguay n'ont de caractère discriminatoire à l'égard des femmes du point de vue de l'exercice de leurs droits et libertés fondamentaux. Au contraire, les discriminations sont condamnées sans équivoque* »²⁴⁸.

Certaines Constitutions latino-américaines établissent le principe d'égalité et condamnent tout type de discrimination fondée sur le sexe, entre autre. La Constitution vénézuélienne stipule que « *les discriminations fondées sur la race, le sexe, la croyance ou la condition sociale sont interdites* ». Au Nicaragua, l'interdiction de toute discrimination basée sur le sexe est également énoncée par la Constitution. La Constitution du Panama interdit les privilèges et la

²⁴⁶ “*La Constitución del Brasil dedica un capítulo entero, bajo el título de Orden social, al derecho a la educación, la cultura y el deporte, cuyo ejercicio no restringe por razones de género*” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 148).

²⁴⁷ Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Third periodic reports of States parties, Chile, CEDAW/C/CHI/3, 27 January 1999, pages 8, 9 et 34.

²⁴⁸ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, page 3.

discrimination, et le Code Civil sanctionne les discriminations fondées sur le sexe. Au Salvador, de telles discriminations sont sanctionnées par le droit du travail et le seront par le nouveau code pénal (pas encore en vigueur en 2000). Au Guatemala, l'article 15 de la Constitution déclare que « *la Cour doit appliquer le principe constitutionnel de l'égalité des hommes et des femmes (et) assure l'impartialité dans ses jugements par l'égalité du traitement réservé aux femmes devant la loi* »²⁴⁹. Au Honduras, selon l'article 60 de la Constitution, qui existe depuis 1982, « *est passible de sanction toute discrimination fondée sur le sexe, la race, ou la classe, et toute discrimination portant atteinte à la dignité humaine* »²⁵⁰.

En Colombie, la présence du mouvement féministe lors de l'assemblée Constituante a assuré le fait que l'égalité de genre soit levée au statut de norme institutionnelle, que la discrimination soit déclarée inconstitutionnelle et que la discrimination positive soit facilitée. L'article 13 de la Constitution Colombienne garantit l'égalité juridique entre hommes et femmes, interdit la discrimination, et oblige le gouvernement à créer les conditions favorables pour rendre l'égalité juridique concrète et effective, à adopter des mesures d'action positive. Plusieurs décisions de la Cour Constitutionnelle ont fait jurisprudence dans ce domaine. Comme la Colombie, des mesures positives pour l'égalité de sexe ou de genre sont requises dans les Constitutions. En Argentine, le droit d'action en justice contre tout acte portant atteinte ou menaçant les droits à l'égalité et à la non discrimination est reconnu dans la constitution. « *La Réforme constitutionnelle de 1994 a incorporé, au sein de la Constitution, des clauses se référant à l'adoption de mesures d'action positive, de façon à atteindre l'égalité des chances et de traitements* »²⁵¹.

Des plans renforçant l'égalité, l'égalité d'opportunité en particulier, sont mis en place. Au Paraguay, en 1997, le Président de la République a présenté au pays le 'Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1997-2001' (Plan national pour l'égalité des chances des hommes et des femmes pour la période 1997-2001). Au Chili, le Plan d'Égalité d'opportunité (1994-1999), préparé par le SERNAM, a été incorporé aux programmes du gouvernement chilien, en tant qu'instrument de politique gouvernementale. En Colombie, la politique pour l'égalité des chances est régie par le Plan d'égalité d'opportunités entre hommes et femmes 1998-2002.

En Argentine, dès 1983, est fondée la Promotion du Programme de la Femme et de la Famille. Plus tard, le pays met en place le Plan Fédéral pour les femmes, dont le but est de renforcer l'institution des services et bureaux de femmes aux niveaux national, provincial et municipal. « *Le Plan Fédéral pour les Femme (PFM) repose sur l'égalité structurelle, car il fournit les bureaux dans toutes les juridictions, en équipement, formation et assistance technique, en les aidant à développer leur propre capacité à formuler des plans, des programmes et des*

²⁴⁹ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Rapports initiaux et deuxièmes rapports périodiques des Etats Parties, Guatemala (CEDAW/C/GUA/1-2/Amend 1), 7 avril 1993, page 15.

²⁵⁰ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports soumis par les Etats Parties en vertu de l'Article 18 de la Convention, Troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Honduras (CEDAW/C/HON/3), 7 juin 1991.

²⁵¹ "The Constitutional Reform of 1994 incorporated, within the text of the Constitution, clauses referring to the adoption of positive action measures as a way to achieve equality of opportunities and treatment" (Committee on The Elimination of Discrimination against Women, Consideration of Reports submitted by states parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentine, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000, page 38).

activités visant l'égalité. Cela rend effectif la décentralisation d'un Etat Fédéral tel que l'Argentine »²⁵².

Au sein de la famille, les législations latino-américaines ne font généralement pas de distinction de sexe et garantissent la pleine égalité entre les hommes et les femmes par rapport à la nationalité et sa transmission aux enfants nés à l'étranger (excepté en République Dominicaine et Jamaïque). Elles protègent souvent la famille, le mariage et la maternité (Cuba).

Dans l'ensemble, les codes reconnaissent la même capacité juridique des femmes et des hommes (Argentine, Haïti, Paraguay, Salvador, Venezuela), l'égalité de la capacité civile (République Dominicaine, Panama, Honduras, Nicaragua), et/ou les mêmes droits, selon le principe d'égalité, dans la famille et le mariage (Argentine, Haïti, Paraguay, Salvador, Venezuela, Honduras, Costa Rica, Pérou, République Dominicaine, Nicaragua).

Certaines législations octroient les mêmes obligations, l'égalité des devoirs dans le mariage et/ou la vie conjugale (lorsque le concubinage est légalement reconnu), et/ou de divorce. Des Codes Civils ont été réformés dans ce sens, notamment au Venezuela. Le Panama a récemment adopté une loi contre la polygamie.

Dans le Code Civil Brésilien, le mari était encore désigné comme le chef de la société conjugale. En 2000, la réforme du Code Civil est en cours afin de « *renforcer la capacité juridique de la femme, abroger l'attribution à l'homme du statut de chef de famille, modifier l'exercice de l'autorité parentale et éliminer les dispositions discriminatoires à l'égard de la femme* »²⁵³. Le nouveau Code Civil entre en vigueur le 11 janvier 2003, et supprime les normes qui discriminaient la femme, telles que celles qui désignaient l'homme comme chef de la société maritale, qui établissaient la prépondérance de l'autorité paternelle et de l'autorité de l'époux dans l'administration des biens du couple, y compris les biens privés de la femme, qui accordaient à l'homme le droit d'annuler le mariage si sa femme ne s'avérait pas vierge, et de déshériter ses filles qui vivaient avec lui si elles montraient une conduite indécente. « *Un pas important fut la promulgation du Statut de la Femme Mariée, qui élimine du Code Civil le précepte qui considérait les femmes mariées non pleinement capables, à l'égal des prodiges, des indiens et des adolescents. Le statut révoque également l'autorisation requise du mari pour que les femmes mariées puissent réaliser des activités commerciales (...). [Le contrôle de la société matrimoniale] doit être désormais partagé avec la femme, dans l'intérêt commun du couple et des enfants* »²⁵⁴.

²⁵² "The Federal Programme for Women (PFM) is based on structural equality, for it provides the offices in all the jurisdictions with identical equipment, training and technical assistance, empowering them to develop their own capacity to formulate plans, programmes and activities to promote equality. This gives effect to decentralization in a federal State such as Argentina" (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fifth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/5, 11 February 2002, page 10).

²⁵³ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 89.

²⁵⁴ "Un importante avance fue la promulgación del Estatuto de la Mujer Casada, que eliminó del Código Civil el precepto por el que se consideraba a las mujeres casadas no plenamente capaces, al igual que a los prodigos, a los indios y a los adolescentes. El Estatuto revocó asimismo el requisito de autorización del marido para que las mujeres casadas pudieran realizar actividades comerciales (...). [El control de la sociedad matrimonial] debe ser ahora compartido con la mujer, en el interés común de la pareja y de los hijos" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación

En Argentine et au Salvador, le code, la constitution préconisent le partage de l'autorité parentale. A Haïti, celle-ci relève du droit coutumier et des traditions. L'article 42 du Code de la Famille au Honduras vise la coresponsabilité vis-à-vis de la famille et la division des tâches domestiques et familiales. Les deux parents détiennent désormais l'autorité parentale. En Colombie, à travers l'article 43 de la Constitution de 1991, l'Etat apporte un soutien spécial aux mères chefs de famille.

L'égalité d'opportunités dans l'éducation

La majorité des pays garantit l'égalité d'accès à l'éducation : l'Argentine, le Honduras, Costa Rica, Cuba. La Constitution du Paraguay stipule l'accès à tous à l'éducation et l'égalité des chances. « *La Ley General de Educación 1264 (loi générale sur l'enseignement) de 1998 dispose en son article 4 que l'État doit assurer l'accès de toute la population à l'enseignement et instaurer les conditions requises pour une réelle égalité des chances; et en son article 10, au chapitre II sur les concepts, les fins et les principes, que l'éducation doit être conforme aux principes suivants: (...) e) une réelle égalité des sexes et le rejet de tout type de discrimination* »²⁵⁵.

En Argentine, la Loi n°25.584 interdit dans les établissements d'éducation publique les actions qui limitent le commencement ou la continuité du cycle scolaire chez les élèves enceintes, qui pour de quelconques circonstances liées à la grossesse entraînent un effet de marginalisation, de stigmatisation ou d'humiliation.

D'autres gouvernements de la région justifient l'égalité en matière d'éducation par le manque de discrimination constatée. Lors de l'examen du rapport initial, la représentant du Venezuela rapporte qu'aucune disposition discriminatoire ne figure dans l'enseignement²⁵⁶.

Dans la pratique, certaines politiques s'axent sur des campagnes d'alphabétisation, ou des programmes pour faciliter l'accès à l'éducation aux femmes de faibles revenus, ou d'origine indigène.

L'égalité des chances et la protection des femmes dans le travail

Les pays latino-américains ont incorporé dans leurs droits relatifs au travail l'interdiction de toute discrimination, l'égalité d'opportunités et le principe d'égal salaire pour un travail égal.

contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 227).

²⁵⁵ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, page 22.

²⁵⁶ L'Action de CEDAW – Rapports du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des femmes, volume 2, 1986-1987.

Au Costa Rica et au Venezuela, la discrimination concernant l'accès à l'emploi et la rémunération est interdite par le Code du Travail. En Argentine, le Code du Travail établit qu'aucune discrimination en matière d'emploi ne peut être fondée sur le sexe ou l'état civil de la personne. Au Chili, l'article 2 du Code du Travail stipule que « *la discrimination, l'exclusion ou la préférence fondées sur la race, la couleur, le sexe, (...) est contraire aux principes de la législation du travail. Par conséquent, aucun employeur ne peut appliquer de telles conditions de recrutement* »²⁵⁷. Il s'agit là de l'unique prévision explicite que le Code chilien du Travail contient. Selon le représentant de l'Equateur, aucune discrimination n'est observée dans la législation du travail²⁵⁸.

D'autres codes du travail se réfèrent à l'égalité des chances ou d'opportunités des femmes. En 1998, l'Argentine approuve, à travers le Décret n°254, le Plan pour l'Égalité d'opportunités entre les hommes et les femmes dans le travail. Le Code du Travail argentin exige également l'égalité de salaire pour un travail de même valeur. La Constitution cubaine garantit le principe d'égalité d'accès et de rémunération. La législation du travail du Salvador mentionne l'égalité des chances et des rémunérations, la protection contre les emplois dangereux et insalubres pour les femmes, et les avantages pour la maternité. Depuis la Réforme agricole (1981), il est possible pour les femmes de ce pays de posséder et de travailler la terre²⁵⁹.

Au Paraguay, « *le Code du travail a été modifié partiellement en 1995 pour renforcer le droit à l'égalité des femmes. L'égalité des deux sexes en ce qui concerne les droits et les devoirs est ainsi consacrée, de même que l'égalité salariale, la protection de la maternité (...)* »²⁶⁰.

Certains codes ou législations garantissent explicitement la protection de la femme enceinte et de la maternité. La législation cubaine protège la maternité des femmes salariées. En Equateur, le licenciement en cas de grossesse n'est pas légal. Le Honduras « *a interdit le licenciement de toute employée de sexe féminin pour cause de grossesse ou d'allaitement (...)* »²⁶¹.

Au Brésil, « *l'article 395 du Code du Travail stipule qu'y compris en cas d'avortement non dolosif, les femmes auront le droit à une période de repos de deux semaines sans perte de salaire, et à revenir ensuite à leur poste de travail antérieur. Par la loi n°8.921, du 15 juillet 1994, est éliminé de l'article 131 du Code du Travail le terme 'non dolosif', afin d'éviter de considérer comme absentéisme au travail n'importe quelle absence liée aux conséquences d'un avortement* »²⁶².

²⁵⁷ "any discrimination, exclusion or preference based on reasons of race, colour, sex, (...) is contrary to the principles of labour legislation. Consequently, no employer may apply such conditions to recruitment" (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Third periodic reports of States parties, Chile, CEDAW/C/CHI/3, 27 January 1999, page 24).

²⁵⁸ L'Action du CEDAW – Rapports du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des femmes, volume 2, 1986-1987.

²⁵⁹ L'Action du CEDAW, *op. cit.* .

²⁶⁰ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, pages 25 et 26.

²⁶¹ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports soumis par les États Parties en vertu de l'Article 18 de la Convention, Troisièmes rapports périodiques des États Parties, Honduras (CEDAW/C/HON/3), 7 juin 1991.

²⁶² "El artículo 395 del Código del Trabajo estipula que incluso en caso de aborto no doloso las mujeres tendrán derecho a un período de descanso de dos semanas sin pérdida de sueldo y a volver después a su puesto de trabajo anterior. Por la Ley No. 8.921, de 15 de julio de 1994, se eliminó del artículo 131 del Código del

Certaines normes obligent l'installation de crèches dans les entreprises et certaines sociétés. Au Chili, la loi n°19.824, du 3 septembre 2002, modifie l'article 203 du Code du Travail, en introduisant l'obligation d'installer les crèches dans les établissements industriels et de services, comme au Paraguay, où le Code du Travail oblige de proposer des services de garderie aux travailleurs et travailleuses.

La discrimination positive pour la représentation politique

« *Le droit des femmes de participer à la 'vie politique et publique du pays' à l'égalité avec les hommes est garantie au chapitre I de la Constitution politique des Etats Unis du Mexique (...)* »²⁶³. En Colombie, la Constitution oblige les autorités à « *garantir la participation effective de la femme à des niveaux décisionnels de l'administration* »²⁶⁴.

De nombreux pays, poussés par la pression internationale et les luttes féminines, ont adopté une discrimination positive, pour la représentation politique et publique des femmes.

La loi argentine, 'Ley de Cupos' (1991), stipule qu'un minimum de 30% des candidats inclus dans les listes soumises pour les élections nationales doivent être des femmes. Au Brésil, un « *quota de 20% des sièges est réservé par les partis politiques aux femmes qui souhaitent se porter candidates aux fonctions de maire ou de conseiller municipal* »²⁶⁵. Dans l'article 80 des Dispositions Provisionnelles du pays, était établi qu'aux élections de 1998, chaque parti ou coalition réserverait aux candidats de chaque sexe un minimum de 25% et un maximum de 75% du total des candidats inscrits sur les listes électorales. La loi bolivienne a introduit des quotas de participation obligatoire pour les femmes (de 25 à 30%) dans les listes de candidats des partis politiques pour les élections des sénateurs et des députés. Le Costa Rica établit pour les femmes un quota de 14% dans les responsabilités de la vie publique, et de 40% des sièges de députés. En Equateur, la loi prévoit un quota minimum de 20% sur la liste des candidats. Au Paraguay, le Code Electoral octroie 20% minimum de femmes sur les listes des partis pour les élections. Au Pérou, la loi électorale présente un quota féminin de 25% dans les listes de candidats au parlement. Enfin, la nouvelle loi électorale du Venezuela prévoit un quota de 30% dans les partis politiques pour les candidatures aux élections sénatoriales, législatives et assemblées locales.

Trabajo el término "no doloso", con el fin de evitar que se considere como absentismo laboral cualquier ausencia del trabajo como consecuencia de un aborto" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 39).

²⁶³ Nations Unies, CEDAW, Examen des rapports présentés par les Etats Parties en vertu de l'article 18 de la Convention, 3^{èmes} rapports périodiques des Etats Parties, Mexique, CEDAW/C/MEX/3, 7 décembre 1992, page 33.

²⁶⁴ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000.

²⁶⁵ G. Tamayo Leon, *op. cit.*, page 89

La protection et la promotion de la santé maternelle

Les législations latino-américaines en matière de santé accordent toutes, ou presque, aux femmes l'assistance et la protection de la grossesse et de la maternité. Cuba et la Bolivie assurent même certaines gratuités du suivi de la grossesse et de l'accouchement. En Colombie, cette protection s'établit par la jurisprudence.

Dans de nombreux pays de la région, des plans et des programmes concernant la santé des femmes, maternelle notamment, se sont développés. En Colombie, par exemple, le Ministère de la santé adopte en 1992 une politique intitulée 'La santé pour les femmes, les femmes pour la santé'. En Argentine, les politiques publiques de santé, à travers le Plan National pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile, le Programme 'Femmes, Santé et Développement' s'inspirent de la Convention et notamment de la Recommandation Générale n°24, sur les femmes et la santé. Au Paraguay, 'Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la Mujer' (Politique Nationale pour la Santé Intégrale de la Femme), approuvée en vertu de la résolution n°412 du Ministère de la Santé Publique et du bien-être social, en vigueur depuis le mois d'août 1999, prévoit des mesures en faveur des femmes à toutes les étapes de leur vie.

A l'exception de Cuba, qui ne témoigne d'aucune loi à cet égard, l'avortement est une pratique illégale, pénalisée et parfois sanctionnée dans l'ensemble de la région. Il est en revanche généralement autorisé en cas de viol, ou pour des raisons thérapeutiques (quand la santé de la mère ou de l'enfant le justifie). Le Salvador et le Chili représentent les deux seuls pays au monde interdisant en toutes circonstances l'avortement²⁶⁶.

Cependant, de plus en plus de pays latino américains ont mis en place des politiques de planification familiale²⁶⁷, et reconnaissent les droits reproductifs.

Le Venezuela, dès le début des années 80, met en place un programme de planification de la famille. Au Paraguay, le Ministère de la santé Publique et du Bien être social, avec le Conseil national de Santé Reproductive, met en place le Plan national de santé de la reproduction et de la planification familiale. Lors de sessions du CEDEF, les représentants du Costa Rica, de Cuba et de la République Dominicaine mentionnent qu'il n'existe dans leur pays aucune difficulté d'accès aux soins, à l'information et au planning familiale, un accès souvent décrit de plus comme facile. En République Dominicaine, malgré le manque de méthodes de planification, des dispensaires existent dans tout le pays. Le Pérou a, quant à lui, mené de grandes campagnes d'information sur la planification familiale.

La Loi brésilienne n°10.449, du 9 mai 2002, autorise la commercialisation des préservatifs masculins de latex dans tout établissement commercial indépendamment de leur finalité et activités autorisées. « *Dans le paragraphe 7 de l'article 266 de la Constitution Fédérale, est établi que la planification familiale constitue une libre option du couple et qu'il revient à l'Etat de fournir les ressources scientifiques et éducatives pour l'exercice de ce droit, en*

²⁶⁶ Voir Législation sur avortement en Amérique Latine et aux Caraïbes in Cecilia Olivares Mansuy, *Una encuesta Nacional de Opinion sobre Aborto en Población Urbana*, CIDEM, 1998

²⁶⁷ A l'exception de l'Equateur, qui justifie cette absence de politique gouvernementale par le fait que sa population est catholique et donc qu'aucune mesure démographique, aucun contrôle de la natalité ne peut être imposé (L'Action du CEDAW – Rapports du Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'égard des femmes, volume 2, 1986-1987, Equateur).

interdisant toute forme de coaction par les organismes publics et privés. Cette disposition constitutionnelle est régulée par la Loi n°9.263, du 12 janvier 1996. Dans le paragraphe 2 de l'article 1.565 du Nouveau Code Civil, est repris le concept du paragraphe 7 de l'article 226 de la Constitution Fédérale (...) »²⁶⁸.

En Colombie, l'article 42 de la Constitution Nationale de 1991, reconnaît le « *droit du couple à décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'il souhaite avoir (...). Le gouvernement (actuel) a établi comme priorité l'incorporation et la reconnaissance de la femme en tant que sujet actif dans les plans et politiques de santé* »²⁶⁹.

En 2002, l'Argentine introduit dans sa législation une loi de santé reproductive. En Uruguay, il s'agit toujours d'un projet de loi, en matière de santé reproductive et sexuelle ; un projet qui selon Liliane Abracinski, aborde réellement la problématique des droits reproductifs et sexuels. Moriana Hernandez Valentini explique que dans le pays, « *il n'existe pas de législation en vigueur qui aborde la planification familiale. Cependant, le projet de loi de Défense de la santé reproductive établit comme obligation du Ministère de Santé Publique l'exécution de politiques en la matière, comme la formation du personnel de santé en éducation sexuelle et planification familiale* »²⁷⁰. Le projet, accepté à la Chambre des députés, est actuellement en discussion au Sénat.

La condamnation de la violence

En 1994, les Etats de l'OEA adoptent la Convention Interaméricaine sur la Prévention, la Puniton et l'Eradication de la Violence à l'égard des femmes (Convention 'Belem do Pará'). Par la ratification de cette Convention, les Etats doivent adopter, par tous les moyens appropriés, des politiques orientées vers la prévention, la sanction et l'éradication d'une telle violence. Les Etats doivent introduire dans leur législation des normes pénales, civiles et administratives.

Les Etats latino-américains montrent vis-à-vis de la violence, d'importantes avancées normatives. Dans toute la région, des lois spécialisées sont approuvées, des décrets sont votés (Nicaragua, Colombie, Chili, Honduras, Paraguay, Venezuela, Argentine). Il existe différentes expressions pour caractériser la violence : violence domestique, violence familiale, violence

²⁶⁸ "En el párrafo 7 del artículo 226 de la Constitución Federal se establece que la planificación de la familia constituye una libre opción de la pareja y que compete al Estado proporcionar recursos científicos y educativos para el ejercicio de ese derecho, quedando prohibida cualquier forma de coacción por organismos públicos o privados. Esa disposición constitucional se reguló por la Ley No. 9.263, de 12 de enero de 1996. En el párrafo 2 del artículo 1.565 del Nuevo Código Civil se recoge el concepto del párrafo 7 del artículo 226 de la Constitución Federal (...)" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 235).

²⁶⁹ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Deuxièmes et troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Colombie (CEDAW/C/COL/2-3), 7 avril 1993, pages 78 et 79.

²⁷⁰ "No existe legislación vigente que aborde la planificación familiar. Sin embargo el citado proyecto de ley de Defensa de la salud reproductiva, establece como obligación del Ministerio de Salud Pública la ejecución de políticas en esta materia, así como la capacitación del personal de salud en educación sexual y planificación familiar" (Moriana Hernandez Valentini, Radiografía del país Uruguay, CLADEM, 2002, page 29).

intrafamiliale, violence contre la femme et/ou la famille, violence dans la famille ou le milieu domestique.

L'Equateur définit la violence intrafamiliale comme « *toute action ou omission qui consiste à la maltraitance physique, psychologique ou sexuelle, et qui est réalisée par un membre de la famille envers la femme ou par un membre du noyau familial* »²⁷¹.

Le Nicaragua adopte un décret ministériel contre la violence intrafamiliale ; le Guatemala, le Décret 94-96, de protection générale pour les victimes de violence générale.

De nombreux pays décident d'une loi de violence intrafamiliale, dont les mesures protègent les victimes de maltraitance physique, psychologique et sexuel en Colombie, prévoient la protection de la santé et du bien être physique et psychologique du groupe qui cohabite au Chili, protègent les conjoints ou les personnes vivant en concubinage, y compris les mineurs et les 'incapables', mais hormis les ex conjoints ou ex compagnons au Honduras...

D'autres pays mettent en place des lois de protection contre la violence familiale : Loi de protection contre la violence familiale ('Ley de protección contra la violencia familiar', 1994) en Argentine ; Loi 26260, de protection pour les personnes affectées par la violence familiale au Pérou ; Loi 54 qui protège les victimes de violence familiale à Puerto Rico ; Loi 1674 qui protège l'intégration physique, psychologique, morale et sexuelle de chacun des membres du noyau familial en Bolivie ; Loi 103 pour la protection de l'intégrité physique, psychologique, et de la liberté sexuelle de la femme et des membres de sa famille, via la prévention et la sanction de la violence intrafamiliale en Equateur ; et Loi 230 de protection aux membres de la famille soumis à violence au Nicaragua.

Au Mexique, divers Etats adoptent des normes qui cherchent à protéger les groupes ou les individus qui souffrent de maltraitance physique et verbale. Au Panama, la Loi sanctionne le membre de la famille qui agresse physiquement ou psychologiquement un autre membre. L'article 215 A du Code Pénal définit les membres de la famille (une des conditions : 5 ans de cohabitation). A Cuba, les articles 298 et 300 du Code Pénal prévoient des pénalités pour le viol et l'abus sexuel, et la loi est également appliquée dans le mariage.

Au Paraguay, le Congrès de la Nation a approuvé récemment, le 6 octobre 2000, la loi 1600 relative à la violence familiale. Au Venezuela, le thème de la violence familiale a été inclus dans le code pénal, et est régi par la Loi contre la violence envers la femme et la famille, pour prévenir, contrôler et sanctionner la violence intrafamiliale. En 2000, le Conseil National des Femmes (Argentine) établit le problème de la violence contre les femmes comme une aire prioritaire dans la formulation des politiques.

Des programmes et plans sont implantés dans l'ensemble de la région pour renforcer la loi : Programme National pour la prévention de la violence domestique au Chili, Programme de prévention et élimination de la violence contre les femmes (1996-1998) en Colombie, Plan National de Prévention et d'Eradication de la Violence de Genre en Bolivie...

Les Codes Pénaux sont successivement réformés : les 'délits de viols' sont désormais appelés 'délits contre la liberté sexuelle'. La configuration du délit de viol portait plus atteinte à la protection de l'honneur de l'homme qu'au mal causé à la femme ; à la construction d'un

²⁷¹ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000.

modèle de sexualité féminin et masculin qu'une garantie pour la liberté des femmes²⁷². Les 'délits contre les bonnes coutumes' en Bolivie, et les 'délits contre l'honneur et les bonnes coutumes' au Pérou (1991) deviennent les 'délits contre la liberté sexuelle'.

En 1998, en Argentine, les 'délits contre l'honnêteté' deviennent des 'délits contre l'intégrité sexuelle'. « *La première recommandation [du CEDEF] concernait le besoin de modifier le Code Pénal pour refléter le contenu de la Convention. Le Congrès a approuvé la Loi n°25.087 sur 'les délits contre l'intégrité sexuelle', promulguée par la branche exécutive le 7 mai 1999. Il modifie la section III du deuxième livre du Code Pénal, en remplaçant la section 'délits contre l'honnêteté' par 'délits contre l'intégrité sexuelle', et éliminant le concept de la femme 'honnête' »²⁷³.*

Au delà des mesures législatives, le thème de la violence de genre est institutionnalisé dans divers pays. Commissariats et Bureaux de la femme, dont le devoir est de recueillir les plaintes et assurer la protection, sont créés : en Argentine, en Equateur (commissariats de femmes dans 5 villes), au Mexique (commissariat de la femme et de l'enfant), au Pérou (commissariat de la femme et sections spéciales au niveau de la police) au Nicaragua (commissariat de la femme et de l'enfant), en Colombie (commissariat de la famille), en Uruguay (commissariat spécialisé dans la défense de la femme et la famille dans l'orbite policière, en 1990, et en 1992, le Bureau d'Assistance aux Victimes de violence familiale). Au Nicaragua, une Commission Nationale contre la violence a été créée.

Au Paraguay, « *au mois d'août 1999, le Ministère de la santé a créé le Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVIF) (Centre de soins pour les victimes de violence familiale) au sein du département des urgences médicales, en réponse aux préoccupations du Secrétariat de la femme qui soulignait depuis longtemps la nécessité d'ouvrir un tel service hospitalier »*²⁷⁴.

Au Pérou, la Loi n°27637, du 15 janvier 2002, crée des foyers de refuge temporaire pour les mineurs victime de viol sexuel, qui se trouvent en situation de refuge ou d'abandon, en les obligeant à suivre une thérapie psychologique, qui promeut leur récupération et garantit le développement normal de leur vie en société.

²⁷² Ana Rincon (coord.), *Análisis del Código Penal desde la perspectiva de género*, Instituto Vasco de la mujer, 1998.

²⁷³ "The first Recommendation concerns the need to modify the Penal Code to reflect the content of the Convention. Congress has approved Act No. 25,087 on "Offences against sexual integrity" which was enacted by the executive branch on 7 May 1999. It modifies Section III of the Second Book of the Penal Code, replacing the Section heading "Offences against honesty" with that of 'Offences against sexual integrity', and eliminating the concept of the 'honest woman' "(Committee on The Elimination of Discrimination against Women, Consideration of Reports submitted by states parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000, page 24).

²⁷⁴ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, page 6.

Contre le trafic des femmes

Dans l'ensemble des pays, la prostitution n'est pas un délit. En revanche, en Colombie et à Cuba, le proxénétisme est sanctionné voire interdit. Le gouvernement de la République Dominicaine lutte contre la prostitution et le trafic des personnes. Au Panama, l'Etat combat la prostitution clandestine et le trafic de personne.

Au Paraguay, plusieurs dispositions régissent la prostitution dans le nouveau code pénal. « *L'article 139 érige en infraction le proxénétisme: quiconque incite un mineur de moins de 18 ans ou une personne de 18 à 20 ans à se prostituer en abusant de son désarroi, de sa confiance ou de son ingénuité ou en profitant du fait qu'il en a la charge se rend coupable de proxénétisme. Quiconque profite de la prostitution d'autrui se rend coupable de proxénétisme de soutien* »²⁷⁵.

En Argentine, si la prostitution est une réalité acceptée et tolérée, des mesures sont prévues pour supprimer la traite de la femme et le proxénétisme. La Loi n°25.087 de mai 1999, qui modifie le Code Pénal, punit ceux qui exploitent financièrement la prostitution, ou le trafic de personnes. « *Le Code Pénal maintient une approche abolitionniste, dans le sens où l'exercice de la prostitution n'est pas classifié comme une offense, mais engendre des pénalités pour ceux qui encouragent, facilitent, profitent, ou économiquement exploitent la prostitution des autres* »²⁷⁶.

En juillet 2002 est promulguée, en Uruguay, la Loi n°17.515 sur le travail sexuel, après une discussion parlementaire de plus de deux ans. Cette loi reconnaît comme travailleuses sexuelles 'toutes personnes majeures de 18 ans qui habituellement exercent la prostitution, en recevant en échange une rémunération en argent et en espèce'. Le Chapitre II traite du Registre National du Travail Sexuel, le Chapitre III des mesures sanitaires, de contrôle et d'accomplissement, le Chapitre IV des zones, lieux et comportements, et enfin le Chapitre V des infractions, amendes et peines alternatives. Dans chaque département du pays, en fonction de l'exercice de la prostitution, des équipes sanitaires multidisciplinaires pour l'éducation et la promotion de la santé sont créées parmi les travailleuses sexuelles. Le Ministère de la Santé Publique est chargé de « *promouvoir et préserver la santé du travailleur sexuel et de la communauté* »²⁷⁷, le Ministère de l'Intérieur, « *des tâches de prévention et de répression de l'exploitation de personnes qui exercent le travail sexuel* »²⁷⁸. Est également créée la commission nationale de protection du travail sexuel, intégrée par des représentants ministériels et des organisations de travailleuses sexuelles.

²⁷⁵ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, page 13.

²⁷⁶ "The Penal Code maintains an abolitionist approach, in the sense that it does not classify the exercise of prostitution as an offence, but provides penalties for those who encourage, facilitate, profit from, or economically exploit the prostitution of others". Committee on The Elimination of Discrimination against Women, Consideration of Reports submitted by states parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000, pages 45 et 46).

²⁷⁷ Moriana Hernández Valentini, Radiografía del país Uruguay, CLADEM, 2002.

²⁷⁸ Moriana Hernández Valentini, *op. cit.*

En Bolivie et au Pérou, il existe des contrôles sanitaires des prostituées. Le Venezuela, qui tolère la prostitution, lutte cependant contre ses effets négatifs dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté.

La création d'institutions

Presque tous les pays ont créé des bureaux, des secrétariats, ou des commissions spécifiques sur la question des femmes : le Vice Ministère de la Femme en Bolivie, le Ministère des droits de la femme et de la condition féminine à Haïti, le Bureau Gouvernemental de la femme (dépendant de la Présidence de la République) au Honduras, le Bureau de la femme du Président de la République et Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant au Panama, le Conseil permanent des droits de la femme et de l'enfant et Ministère de la promotion de la femme au Pérou, la Direction Générale de promotion de la femme créée en 1982 (Secrétariat d'Etat) en République Dominicaine, l'Institut Salvadorien pour la femme (dépendant du Secrétariat à la Famille) au Salvador. Ces instances furent créées à des moments de changements du climat politique, changement parlementaire ou de gouvernement, et de campagnes significatives de groupes de femmes. Les accords souscrits dans les conférences internationales des années 90 exercèrent également une pression pour l'acceptation et la redéfinition de la nature et de la vision de l'institutionnalisation du genre.

En Equateur, l'Office National de la Femme, créé en 1980, est « *chargé de contrôler, de planifier, d'évaluer et d'entreprendre les activités liées à la condition de la femme* »²⁷⁹. Au Costa Rica, l'Etat assure le suivi des questions d'égalité homme-femme, à travers des programmes financés par le Ministère de l'Education Nationale et par le Bureau de la Femme. A Cuba, le suivi des questions féminines est assuré par la Fédération des femmes cubaines et par une commission permanente de l'assemblée nationale (chargée de l'enfance, la jeunesse et l'égalité homme-femme).

Lors de l'examen du rapport initial, le représentant du Venezuela explique que 7 commissions seront créées, « *chargées d'encourager l'échange de données d'expérience, et d'information pour permettre aux vénézuéliennes de participer davantage aux aires politiques et juridiques, et à l'enseignement, à s'intégrer au processus de production et à bénéficier des mesures communes dans le domaine de la santé, de la nutrition et du logement* »²⁸⁰. Plus tard, est institutionnalisé le Conseil National de la femme, un organisme consultatif auprès de la Présidence de la République. Au niveau des Etats et des municipalités, il existe des unités de la femme, des centres d'attention intégrale à la femme. A travers une commission pluridisciplinaire, le Venezuela tente d'éliminer les stéréotypes par les médias.

Au Guatemala, en 1990, l'Office de Défense des Droits de l'Homme crée une section spécifiquement chargée de la protection des droits des femmes. Conformément à l'article 5 de la Convention de la Femme, le représentant déclare, lors de la session du CEDEF de 1994, que « *durant la période à l'étude, une décision politique a été prise : celle de promulguer un décret ministériel portant à la création d'un comité constitué des organes relevant du Ministère de l'Education et chargé de réviser les manuels et programmes scolaires ; ce*

²⁷⁹ L'Action de CEDAW – Rapports du Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'égard des femmes, volume 2, 1986-1987, page 34.

²⁸⁰ L'Action de CEDAW, *op. cit.*, page 39

comité, en coordination avec l'Office National des Affaires Féminines, devra faire une enquête et veiller à ce que les manuels scolaires et le matériel didactique ne reproduisent pas les éléments de discrimination contre les femmes et ne reprennent pas les stéréotypes classiques de la femme ou de son rôle dans la famille »²⁸¹.

En Colombie, le Conseil pour l'intégration de la femme est en fonction depuis 1978. Puis sont mis en place successivement le Conseil présidentiel pour la jeunesse, la femme et la famille (Décret 1860, 26 juillet 1991), l'Institut colombien pour la protection de la famille (ICBF) du Ministère de la Santé, dont un des rôles est l'assistance sociale, familiale et communautaire, le Commissaire à la famille, dépendant des municipalités, le Service du Procureur pour la défense des mineurs et de la famille, dépendant du Ministère de la Justice²⁸².

En Argentine, le mécanisme national pour le progrès des femmes fut créé en 1983 sous forme de Conseil pour les Femmes, localisé au Secrétariat pour le développement et la famille du Ministère de la Santé et du Bien être social. En 1987, en réponse aux demandes des organisations horizontales et multisectorielles des femmes, est instauré le Sous secrétariat pour les femmes, qui devient, en 1992, l'actuel Conseil National des Femmes (CNM), directement rattaché à la Présidence. En 1999, le CNM fut transféré au Bureau Exécutif du Cabinet des Ministres. Dans chaque instance, à différents niveaux, sont suivies les questions d'égalité entre les hommes et les femmes.

Au Brésil, peu après 1985, furent créés à Sao Paulo le Conseil National pour les Droits des Femmes (CNDM) et le premier Département Spécial d'Assistance aux Femmes (DEAM), au sein de la police. *« Le CNDM, organe arbitre de caractère délibératif, fut établi par la Loi n°7.353, du 29 août 1985, afin de promouvoir au niveau national des politiques publiques destinées à éliminer toutes les formes de discrimination contre la femme, et garantir aux femmes des conditions de liberté et d'égalité de droits, comme sa pleine participation aux activités politiques, économiques et socioculturelles du pays. Le Conseil est intégré par 20 conseillers nommés par le Président de la République pour une période de 4 ans. Il faut souligner que le 16 juin 2000, a été établi, par le Décret n°3.511, un Secrétariat Exécutif lié au Secrétariat d'Etat pour les Droits Humains du Ministère de la Justice, afin de garantir l'application des mesures gouvernementales sous la responsabilité du CNDM. Ce Secrétariat est intégré par un Secrétaire Exécutif, 3 administrateurs de programmes, 3 coordinateurs et 3 assistants »²⁸³.* En 2000, le Brésil compte 97 Conseils pour les femmes (19 au niveau national et 78 au niveau municipal) et 307 DEAM.

²⁸¹ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Rapports initiaux et deuxièmes rapports périodiques des Etats Parties, Guatemala (CEDAW/C/GUA/1-2/Amend 1), 7 avril 1993, page 4.

²⁸² D'après Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Deuxièmes et troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Colombie (CEDAW/C/COL/2-3), 7 avril 1993.

²⁸³ *“El CNDM, órgano colegiado de carácter deliberativo, fue establecido por la Ley No. 7.353, de 29 de agosto de 1985, con el fin de promover a nivel nacional políticas públicas encaminadas a eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer y garantizar a las mujeres condiciones de libertad e igualdad de derechos, así como su plena participación en las actividades políticas, económicas y socioculturales del país. El Consejo está integrado por 20 consejeros nombrados por el Presidente de la República por un período de cuatro años. Conviene señalar que el 16 de junio de 2000 se estableció, por el Decreto No. 3.511, una Secretaría Ejecutiva vinculada a la Secretaría de Estado para los Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, con el fin de garantizar la aplicación de las medidas gubernamentales bajo la responsabilidad del CNDM. Esa Secretaría está integrada por un Secretario Ejecutivo, tres administradores de programas, tres coordinadores y tres asistentes”* (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de

Au Chili, le Service National de la Femme (SERNAM), localisé au Ministère de la Planification et de la Coopération, fut établi par la Loi n°19.023 du 3 janvier 1991, en réponse aux demandes formulées par la Concertation des Femmes pour la Démocratie. « *Sa mission est de collaborer avec la branche exécutive en étudiant et proposant des plans et mesures pour assurer que les femmes jouissent des mêmes droits et opportunités que les hommes dans le processus de développement politique, social, économique et culturel du pays* »²⁸⁴.

Au Mexique, la Loi de l'Institut des Femmes du District Fédéral, du 28 février 2002, crée l'Institut des Femmes du District Fédéral, ayant pour objectif général de promouvoir, d'encourager et d'établir les conditions qui engendrent la non discrimination, l'égalité des chances, l'entier exercice de tous les droits des femmes et leur participation équitative dans divers domaines. L'Institut est également chargé du Programme Général de l'Égalité d'Opportunités et de la non Discrimination envers les femmes.

Au Paraguay, « *la loi 34/92 portant création du Secrétariat de la femme de la Présidence de la République a pour objectif explicite d'aligner la législation nationale sur les dispositions de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ratifiée en 1986 aux termes de la loi 1 215 (...). La création du Secrétariat de la femme est la première des mesures positives prises par l'État paraguayen après la promulgation de la Constitution Nationale (loi 34/92), sur proposition des organisations de femmes Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP) et Multisectorial de Mujeres, pour veiller à ce que la condition de la femme soit pleinement prise en compte dans les politiques publiques* »²⁸⁵.

En Uruguay, « *en 1987, fut créé par résolution ministérielle l'Institut de la Femme au sein du Ministère de l'Éducation et de la Culture, dont la directive est composée de représentants de certains ministères et d'ONG de femmes. Par la Loi 16.622 du 6 novembre 1991, est créé l'Institut National de la femme, dépendant du même Ministère, et par la Loi 16.320 de l'année suivante, cette dépendance change sa dénomination en Institut National de la Famille et la Femme, et augmente ses devoirs. L'Institut National de la Famille et la Femme (INFM), qui fut créé sur la requête du mouvement des femmes, est une dépendance du Ministère de l'Éducation et de la Culture, qui a comme principaux objectifs la promotion, la planification, l'exécution, et l'évaluation des politiques nationales relatives à la famille et la femme* »²⁸⁶. A

todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, notes bas de page, page 42).

²⁸⁴ "Its mission is to collaborate with the executive branch in studying and proposing general plans and measures to ensure that women aim enjoy equality of rights and opportunities with men in the country's political, social, economic and cultural development process" (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Third periodic reports of States parties, Chile, CEDAW/C/CHI/3, 27 January 1999 page 9).

²⁸⁵ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, pages 4 et 10.

²⁸⁶ "En 1987 se había creado por resolución ministerial el Instituto de la Mujer en el Ministerio de Educación y Cultura cuya directiva honoraria estaba compuesta por representantes de algunos ministerios y de las ONGs de mujeres, el mismo funcionó prácticamente por dos años. Por Ley 16.622 del 6/11/1991 se crea el Instituto Nacional de la Mujer como dependencia del mismo Ministerio y por Ley 16.320 del año siguiente esa dependencia cambia su denominación a Instituto Nacional de la Familia y la Mujer y amplía sus cometidos. El Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (INFM), que fuera creado a instancias del movimiento de mujeres, es una dependencia del Ministerio de Educación y Cultura, que tiene como cometidos principales la promoción,

Montevideo, fut créée en 1990, la Commission de la Femme, dont le propos était de « *contribuer à ce que la Municipalité de Montevideo intègre au développement de leurs actions la promotion de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, et l'équité de genre, qui garantit l'exercice de la citoyenneté des voisines et voisins, comme une requête nécessaire pour une ville solidaire et intégrée* »²⁸⁷.

Dans l'ensemble, les progrès légaux et institutionnels dans le domaine de la promotion et de la protection de la femme sont importants. Hanna Binstock affirme que la région a connu des réussites significatives en termes d'équité de genre, une évolution dans le conceptuel et un renforcement institutionnel²⁸⁸. Lors des premières sessions d'examen des rapports, le CEDEF félicite plusieurs pays, la Colombie en particulier, qui a présenté en 1987 un rapport détaillé, et a montré une volonté politique du gouvernement pour éliminer la discrimination.

Jules Falquet souligne ici qu'au-delà d'une réelle volonté politique, d'une réelle prise de conscience des gouvernements, et de motivations politiques et sociales, les revendications sont motivées par les financements de la Banque Mondiale, et du Fonds Monétaire International. Chaque prêt est désormais sous condition de réformes imposées par ces organismes. Jules Falquet préconise donc la mise en parallèle des réformes sur les femmes avec l'obtention de crédits, de financements par les Nations Unies.

Persistance de certaines discriminations normatives

Les inégalités dans la norme persistent

Malgré la réponse positive des Etats de la région à la souscription et la ratification des traités internationaux spécialisés dans la promotion et la protection des droits humains des femmes, il existe encore de sérieuses failles. Ces dernières années, les gouvernements ont prêté plus d'attention aux problèmes de la femme. Mais les pouvoirs publics n'ont pas systématiquement et de façon constante et fiable incorporé les droits des femmes dans tous les domaines. Selon certaines ONG latino-américaines, il n'existe pas de véritables politiques publiques qui promeuvent le thème du genre.

Ainsi, il existe toujours d'importantes inégalités dans les domaines du droit civil et du droit pénal, et des peines différentielles selon le sexe de l'auteur du délit par exemple. En 1983, le CEDEF demandait des précisions au représentant du Mexique sur l'expression 'vivre honnêtement' (une femme est citoyenne si elle vit honnêtement). Le CEDEF, en 1986, faisait

planificación, ejecución y evaluación de las políticas nacionales relativas a la familia y a la mujer" (Mariana Hernandez Valentini, Radiografía del país Uruguay, CLADEM, 2002, page 8).

²⁸⁷ Mariana Hernandez Valentini, Radiografía del país Uruguay, CLADEM, 2002, page 8.

²⁸⁸ Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998.

part de ses préoccupations quant à l'action de la CEDAW en Equateur, sur le code du travail, sur le rôle de l'Eglise, sur l'article 525 du Code Pénal (relatif au viol), et sur la perpétuation de la conception traditionnelle du rôle des femmes²⁸⁹. Au Salvador, le CEDEF remarquait, en 1986, qu'une législation discriminatoire persistait. « *Les femmes (semblent) être victimes de préjugés culturels et sociaux et certaines dispositions pénales, notamment celles relatives à l'adultère et d'autres contenues dans le code du travail (constituent) une discrimination inacceptable* »²⁹⁰. Pour la Colombie, le Comité soulignait une contradiction dans la législation : aucune discrimination n'est autorisée et pourtant le Code Civil mentionne qu'« *aucune distinction fondée sur le sexe, sauf lorsqu'elle est expressément prévue...* »²⁹¹. Lors de la session de 1986, le CEDEF félicite les progrès du Venezuela malgré la persistance de pratiques discriminatoires. Les observations du CEDEF relatives au rapport initial du Chili concluaient que les lois chiliennes contenaient encore des dispositions discriminatoires, et que la situation des femmes restait en désavantage par rapport à celle des hommes.

L'inégalité non pénalisée

L'égalité de genre, des sexes est reconnue dans toutes les Constitutions latino-américaines. Mais la norme ne montre pas toujours de dispositions sur la pénalisation de la discrimination, ou les sanctions ne sont pas appliquées.

Dans la Constitution Péruvienne, « *toute personne est égale face à la loi et aucune personne ne doit être discriminée pour des motifs d'origine, de race, de sexe, de religion, d'opinion, de condition économique ou d'une autre nature* ». Mais aucune disposition ne sanctionne les comportements discriminatoires. De même à Haïti, la Constitution reconnaît l'égalité des sexes, mais ne précise pas les dispositions sur les sanctions. En Equateur, « *la Constitution interdit les discriminations dans quelque domaine que ce soit, mais aucune norme juridique ne pénalise les comportements discriminatoires en fonction du sexe* »²⁹². Le CEDEF s'inquiète quant à la situation du Panama, car ni dans la Constitution, ni dans aucune autre norme légale, il n'y a de référence claire et spécifique à l'élimination de la discrimination contre la femme.

Au Costa Rica, le principe d'égalité homme-femme est également reconnu par la Constitution, qui de plus sanctionne toute violation de ce principe. Mais, souvent, ces dispositions sont ignorées des justiciables, malgré les campagnes d'information menées par les associations des droits humains. A Cuba, les discriminations sont sanctionnées par la loi, mais peu d'affaires passent devant les tribunaux : les litiges se résolvent par concertation, dialogue. Au Brésil, le système judiciaire reste conditionné par les lois conservatrices et discriminatoires en questions de genre.

²⁸⁹ L'Action du CEDAW – Rapports du Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'égard des femmes, volume 2, 1986-1987.

²⁹⁰ L'Action du CEDAW, *op. cit.*, page 46.

²⁹¹ L'Action du CEDAW, *op. cit.* .

²⁹² G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 161.

La famille et le mariage sous autorité masculine

La puissance maritale entendue comme l'ensemble des droits qu'exerce le mari sur la personne et les biens de sa femme, joue sans aucun doute contre l'égalité juridique des conjoints au sein du mariage.

En Colombie, la loi reconnaît la même capacité juridique aux hommes et aux femmes dans l'accès au patrimoine, et des droits égaux dans le mariage et le divorce. Cependant, la pratique favorise encore l'ascendance et la prédominance de l'homme sur la femme. Au Brésil, jusqu'en 1998, l'homme était encore désigné comme chef de la société conjugale.

Au Chili, la puissance maritale entraîne l'incapacité de la femme mariée : elle ne peut pas comparaître seule en justice, signer de contrats ou exercer la charge de tutrice car son mari est son représentant légal. Le mariage transforme la femme en créature incapable d'accomplir des actes légaux comme signer un contrat²⁹³. L'article 1.752 du Code Civil déclare que l'épouse seule n'a pas droit à la propriété commune durant le mariage. Selon l'article 1.749 du même code, le mari est à la tête de la société conjugale, est l'administrateur des biens communs et de sa femme. La femme mariée chilienne a donc des capacités limitées. Ces dispositions juridiques chiliennes qui discriminent la femme dans le mariage inquiètent le Comité des Droits Humains des Nations Unies. Jusqu'en 2004, le droit au divorce n'était pas autorisé, ni révisé dans la loi chilienne. Un projet qui régle la nullité, la séparation et le divorce fut rédigé. Ce projet envisageait des modifications aux requêtes de validité du mariage, augmentait l'âge minimum pour contracter le mariage, régula la séparation des conjoints, en établissant qu'il s'agissait là d'une séparation des corps qui annule le devoir de cohabitation et de fidélité, entre autres. Le 11 mars 2004, après 10 ans de discussions acharnées au Parlement, la Loi sur le divorce est enfin approuvée pour un délai de 3 ans.

Des dispositions continuent donc de discriminer la femme dans le mariage. Au Pérou et en Bolivie, l'âge minimum pour le mariage diffère selon le sexe. En général, la femme est autorisée à se marier plus tôt que l'homme. En Equateur, la norme instaure la même capacité juridique et les mêmes droits dans le mariage ; mais dans la pratique, les femmes qui demandent le divorce sont souvent internées. Dans de nombreux pays, tels que le Nicaragua ou Panama, le concubinage n'est pas légalement reconnu, ce qui engendre des discriminations de la femme non mariée. Au Salvador notamment, l'obtention de crédit est plus facile pour les gens mariés. En Bolivie, malgré la loi et la capacité juridique entière de la femme, il est difficile pour les femmes célibataires ou divorcées d'obtenir des crédits. La structure familiale en Amérique Latine a changé. Et c'est justement là, selon Hanna Binstock, qu'il faut accentuer l'effort législatif pour renforcer les nouvelles familles qui ont surgi, pour redéfinir la famille en accord avec les nouvelles réalités²⁹⁴.

Les inégalités persistent également en matière d'adultère ou de parricide. A l'exception des codes pénaux du Brésil et de la République Dominicaine dans lesquels figure un seul acte d'infidélité sexuelle sans distinction, appliquant aux deux conjoints la même peine, dans

²⁹³ Marysa Navarro and Susan C. Bourque, « Fault lines of Democratic Governance: A gender Perspective », in Felipe Agüero, Jeffrey Stark (éditeurs), *Fault lines of Democracy in Post-Transition. Latin America*, North-South Center Press, 1998.

²⁹⁴ Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998.

toutes les législations latino-américaines il y a une distinction selon la gravité du fait, si l'auteur est le mari ou la femme. A Haïti, au Honduras, au Paraguay, l'homicide n'est pas puni quand il est commis par le mari qui surprend sa femme pendant l'acte d'adultère.

Concernant l'infanticide (action de tuer un nouveau-né), la mère est considérée comme l'unique sujet actif du délit (Argentine, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Mexique, Pérou, Salvador).

Les limites du travail féminin

La législation du travail concernant les femmes est généralement protectrice pour des raisons d'ordre physiologique, moral, familial et culturel, ce qui renforce les stéréotypes de genre, limite l'accès des femmes à certains emplois et alimente le chômage féminin (déjà relativement élevé en Amérique Latine).

Au Venezuela et en Bolivie, le travail des femmes est restreint pour les tâches physiquement pénibles ou dangereuses, et interdites dans les entreprises où la moralité et les bonnes mœurs des femmes sont menacées. En Colombie, le travail de nuit pour les femmes était encore interdit en 1987.

Au Honduras, selon le Code du Travail (paragraphe 2, alinéa d), « *le travail des femmes et des mineurs doit être spécialement adapté à leur âge, à leur condition ou à leur état physique et à leur développement intellectuel et moral (...). Les femmes ne sont pas autorisées à effectuer des travaux que le présent code, le Code de la Santé et les Règlements d'Hygiène et de sécurité considèrent comme insalubres et dangereux* »²⁹⁵. En Bolivie, au Guatemala, en République Dominicaine, le mari peut autoriser ou non le travail de son épouse.

Cette inégalité s'observe également dans les zones rurales, à travers les applications des réformes et des partages agraires. Au Brésil notamment, « *malgré la lutte des femmes, celles organisées en associations rurales et syndicales en particulier, les données statistiques du recensement de la réforme agraire de 1996 indiquent qu'elles étaient peu représentées comme bénéficiaires des terres attribuées. 85% des bénéficiaires des plans de réforme agraire étaient des hommes. Les femmes ont seulement reçu 12,6% des titres de propriété et la concession de l'usage des terres* »²⁹⁶.

²⁹⁵ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports soumis par les Etats Parties en vertu de l'Article 18 de la Convention, Troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Honduras (CEDAW/C/HON/3), 7 juin 1991, page 27.

²⁹⁶ « *En las zonas rurales, a pesar de la lucha de las mujeres, especialmente de las organizadas en asociaciones rurales y sindicatos, los datos estadísticos del censo de la reforma agraria de 1996 indican que éstas estaban poco representadas como beneficiarias de las tierras adjudicadas. El 85% de los beneficiarios de los planes de reforma agraria son hombres. Las mujeres sólo han recibido el 12,6% de los títulos de propiedad y las concesiones de uso de tierras* » (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 220).

Une discrimination positive vaine

Dans l'ensemble des pays latino-américains qui ont adopté des mesures de discrimination positive, celles-ci sont en général peu voire non respectées.

Au Paraguay, « en 1997, avec l'appui du Secrétariat de la femme, la Red de Mujeres Políticas [Réseau des Femmes Politiques] a soumis l'instauration d'un quota de 40 % de femmes au Parlement national, mais sans succès. De nombreux parlementaires ont voté pour, mais cela n'a pas été suffisant pour que cette proposition soit approuvée »²⁹⁷.

La santé reproductive et sexuelle sans droits

L'avortement est illégal, ou conditionné dans tous les pays de la région. Or pour la plupart des organisations de femmes, l'avortement est un droit, et la condamnation de l'avortement bafoue les droits reproductifs des femmes. Au-delà des problèmes éthiques et déontologiques de l'avortement, la pratique a de fortes répercussions sur les taux de mortalités maternelles, relativement élevés sur le continent. En Argentine, si l'avortement était légalisé, le taux de mortalité maternelle serait réduit de 40%; de nombreuses autorités politiques admettent la nécessité de cette légalisation mais aucune n'en prend l'initiative. En général, les dispositions légales qui permettent d'avorter ne sont pas respectées, ni appliquées par le milieu juridique ou médical.

Malgré ces normes prohibitives, peu de pays ont développé et mis en pratique des mesures préventives, relatives aux grossesses non désirées essentiellement : manque d'information et d'orientation relatives aux méthodes de contraception, absence d'éducation sexuelle, insuffisances des services de planification familiale. En Argentine, la stérilisation est interdite. Au Pérou, Rosana Guereira, de Flora Tristan, expliquait qu'un projet de loi par un congressiste avait été déposé pour éliminer le stérilet.

Selon le Comité des Droits Humains, l'Etat Partie chilien devrait adopter les mesures nécessaires pour garantir le droit à la vie de toute personne, y compris les femmes enceintes qui décident d'interrompre leur grossesse. Ce même Comité recommande à l'Equateur d'adopter toutes les mesures législatives et autres nécessités pour aider les femmes, en particulier les adolescentes, qui sont confrontées au problème de la grossesse non désirée pour qu'elles aient accès à des services appropriés de santé et d'éducation.

En Equateur, un projet de loi sur la santé sexuelle et reproductive, qui protégeait la capacité effective de profiter d'une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque, et la liberté de procréer et de décider du co-géniteur et de l'opportunité pour le faire, n'a pas été approuvé et fut rendu à la Commission de Santé, en octobre 2002.

²⁹⁷ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, pages 14 et 15.

Selon le Comité CEDEF, au Salvador, le code protège de façon excessive la maternité. En revanche, dans d'autres pays, tels que le Pérou ou le Salvador, la protection de la maternité s'avère relative et aléatoire. Dans la plupart des pays considérés, il n'existe pas de système de crèches financé par l'Etat. Au Venezuela, de par la baisse générale du niveau de vie et la crise économique, la dégradation du système de santé publique se répercute sur les services médicaux et la qualité des soins. Au Brésil, la crise du système de santé fait également obstacle au programme d'assistance intégrale à la santé de la femme demandé au Ministère de la santé.

Les différentes mesures de santé reproductive et parfois sexuelle se calquent sur une image très traditionnelle de la femme. Les droits reproductifs sont ceux de la mère et non de la femme. Dans ce domaine, les politiques visent généralement le binôme mère–enfant. L'Amérique Latine n'a pas encore intégré la liberté sexuelle des femmes comme un droit humain. La subordination de la femme latino-américaine s'exprime donc légalement au niveau de la sexualité. Et ce malgré les dispositions requises par la ratification de la CEDAW.

Au Brésil, « *en déterminant que sera seulement permis de façon exceptionnelle le mariage entre personnes qui n'ont pas encore atteint l'âge légal pour contracter le mariage afin d'éviter l'application et l'accomplissement d'une sentence judiciaire ou en cas de grossesse de la femme, le nouveau Code prévoit la protection de la grossesse non comme une responsabilité égale des deux géniteurs, mais comme quelque chose qui doit se produire au sein du mariage. Cette protection renforce un modèle déterminé de la famille 'morale', au détriment de la responsabilité partagée effective des deux géniteurs* »²⁹⁸.

Les inadéquations de la violence

Dans de nombreux pays, on peut observer des introductions et réformes législatives en matière de violence familiale et sexuelle, des plans, des programmes ou des services développés face à cette violence envers les femmes et la reconnaissance de cette violence comme problème social. Mais en règle générale, il n'y a pas de réelles actions pour réduire de fait cette violence. Le thème reste en vigueur et, selon Hanna Binstock, il reste beaucoup à faire sur le plan préventif et dans le processus éducatif, ainsi que dans les moyens de communication²⁹⁹.

Le support institutionnel est insuffisant pour que les femmes touchées accèdent et obtiennent justice, protection et réhabilitation. La norme assure des garanties et des services mais les

²⁹⁸ “Al determinar que sólo se permitirá excepcionalmente el matrimonio entre personas que todavía no han alcanzado la edad legal para contraer matrimonio a fin de evitar la aplicación y el cumplimiento de una sentencia judicial o en caso de embarazo de la mujer, el nuevo Código prevé la protección del embarazo no como responsabilidad igual de ambos progenitores, sino como algo que debe producirse dentro del matrimonio. Esa protección refuerza un determinado modelo de familia “moral” en detrimento de la responsabilidad común efectiva de ambos progenitores” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 97).

²⁹⁹ Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998.

gouvernements ne développent pas les moyens pour les implanter ou ceux-ci sont insuffisants, tout comme le personnel. Au Chili notamment, l'assistance légale est gratuite, mais elle est actuellement débordée. Certains pays se sont limités à la création d'espaces spécialisés sans pour autant incorporer des garanties en faveur des femmes pour et pendant le recours judiciaire.

En Argentine, la Loi de protection contre la violence familiale ne garantit pas dans la réalité le processus judiciaire. En Uruguay, au niveau juridique, il n'existe pas de garantie de procédure judiciaire pour les victimes de violence de genre. D'autre part, une justice égale au niveau formel n'équivaut pas à une justice égale sur le plan matériel puisque les normes égales sont appliquées aux groupes avec de profondes inégalités sociales. Au Pérou et au Guatemala, il demeure difficile d'accéder à la justice pour des raisons économiques, de distance (dans le cas des localités rurales), et surtout pour les femmes indigènes. A tout cela s'ajoute le manque de personnel qualifié et spécialisé et le manque de connaissances des juges, des avocats et de la police sur la loi et le droit spécifique des femmes. Le Honduras dénonce à ce propos l'insuffisance numérique des juges et du personnel judiciaire, et le manque de connaissance de la loi contre la violence domestique de la part de la police.

Des pays ont incorporé la garantie du processus au sein de lois spéciales en matière de violence familiale, intra familiale et domestique mais n'ont pas développé de dispositifs similaires pour la violence sexuelle ou psychologique. Au Nicaragua, il existe par exemple, une certaine résistance de la part des opérateurs à recevoir des dénonciations de violence psychologique.

L'intervention institutionnelle, en cas de maltraitance, opte souvent pour ne pas mettre de sanction et préfère canaliser le conflit vers la réconciliation. Au Nicaragua, 50% des dénonciations sur la violence intrafamiliale se résolvent par arrangements extra judiciaires. Ainsi, sur le terrain de l'application pratique, l'impunité des actes de violence contre les femmes dans le domaine des relations familiales prédomine. Il existe une tendance à éviter que les dénonciations atteignent la justice pénale : méthode de dissuasion, pression sur la victime, processus bureaucratique cher et long (facteurs de dissuasion chez de nombreuses femmes), menaces du mari... Et l'interrogatoire constitue souvent une seconde agression. Au Nicaragua, de nombreuses requêtes font obstacle aux procès juridiques en cas de violence sexuelle : les multiples déclarations requises aux victimes, la multiplication des examens médicaux légaux, l'engagement du système judiciaire. En général, les délits de violence sexuelle sont caractérisés par l'impunité. Il existe peu de possibilité pour les femmes victimes d'obtenir sanction de leur agresseur (peine relativement réduite). Les femmes victimes doivent faire face à des pratiques juridiques et institutionnelles profondément marquées par des relations patriarcales. Les avocats argentins qui représentent les victimes de violence domestique condamnent l'auteur à une simple exclusion de la maison, considérant la violence domestique comme un petit délit, qui ne requiert pas la prison. Les juges appréhendent donc la violence domestique plus comme une affaire civile que comme une affaire criminelle ou un délit³⁰⁰.

En général la législation ne prend pas en compte, dans les lois contre la violence domestique, les ex conjoints ou ex compagnons, et des couples en union libre. Au Venezuela, sont exclus de la Loi contre la violence envers la femme et la famille, les couples qui ne cohabitent pas. Au Nicaragua, la loi protège les membres de la famille soumis à violence, mais les ex

³⁰⁰ IWRAW, Argentina, second report dated 8 June 1994.

conjoints et ex compagnons ne sont pas compris dans l'application de cette loi. Au Panama, la loi qui sanctionne le membre de la famille qui agresse physiquement ou psychologiquement un autre membre n'inclut pas les relations non officielles et les ex conjoints.

D'autre part, on rencontre souvent dans le domaine juridique concernant la violence (et également dans le domaine de la citoyenneté) la dénomination de 'femme honnête'. L'agresseur s'en sert lors de son procès en remettant en cause la réputation de la femme et ainsi la sanction est moins lourde. En Bolivie, le procès d'un ex-conjoint qui avait surpris son ex-femme avec son nouveau compagnon, et qui l'avait tuée, a animé le monde judiciaire, social et médiatique en 2004, car l'auteur du crime risquait la peine minimale, étant considéré dans ses droits.

Au Brésil, « dans la session des délits contre les bonnes coutumes, l'article 217 du Code, relatif à la séduction, considère un délit, sanctionnable d'une peine de 2 à 4 ans de prison, de séduire une femme vierge mineure de 18 ans et majeure de 14 ans, et d'avoir un rapport charnel avec elle, en profitant de son inexpérience ou de sa confiance. Pour que la séduction constitue un délit, la victime doit être vierge »³⁰¹. Cette disposition est aujourd'hui éliminée. Au Brésil, en 1994, le viol devient un crime grave mais le concept de la 'femme honnête' reste utilisé. De plus les poursuites peuvent être arrêtées si l'auteur se marie avec la victime. La défense de l'honneur existe en théorie mais pas en pratique. « *Le Code Pénal du Brésil de 1940 reproduit les stéréotypes et les préjugés liés à la femme en utilisant des expressions comme femme honnête ou femme vierge, qui portent préjudices aux concepts des délits sexuels* »³⁰².

Malgré la modification de son code pénal, en Equateur, la notion de la 'femme honnête' persiste. Cette référence signifie également que la prostituée est moins protégée (en cas de viol par exemple) et donc la peine de l'agresseur est atténuée.

Comme au Brésil, l'agresseur peut ne pas être puni s'il épouse la victime ou si la violence relève d'un acte privé, c'est-à-dire par exemple si l'auteur du viol est ou devient le conjoint. Selon les lois bolivienne, chilienne et nicaraguayenne, l'auteur du délit n'est pas sanctionné si il se marie avec la victime, et il n'y a aucune poursuite judiciaire. En Uruguay, « *le Code Pénal continue de conserver la possibilité d'annuler certains délits ou peines à travers le mariage. L'article 116 établit l'annulation du délit par le mariage. Le mariage de l'offenseur avec l'offensée annule le délit ou la peine dans ce cas, en ce qui concerne les délits de viol, d'attentats violents à la pudeur, de luxure ou enlèvement* ». Ce retard juridique a mérité l'observation, entre autres, du Comité d'Experts de la CEDAW, et se trouve parmi les

³⁰¹ "También en la sección de los delitos contra las buenas costumbres, el artículo 217 del Código, relativo a la seducción, considera un delito, sancionable con una pena de 2 a 4 años de prisión, seducir a una mujer virgen menor de 18 años y mayor de 14 y tener trato carnal con ella, aprovechándose de su inexperiencia o de su confianza. Para que la seducción constituya delito, la víctima ha de ser virgen" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 36).

³⁰² "El Código Penal del Brasil de 1940 reproduce los estereotipos y los prejuicios relacionados con la mujer al utilizar expresiones como mujer honesta y mujer virgen, que contaminan los conceptos de delitos sexuales" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, op. cit., page 107).

propositions de modification du Code formulées devant le Sénat de la République, sans qu'il ait mérité jusqu'à présent la moindre considération de cette Chambre »³⁰³.

Au Venezuela, le Code Pénal stipule que l'homme n'est pas condamné en cas de violence s'il est le mari de la victime. En Colombie, « *le degré élevé de viol conjugal s'explique facilement si l'on se souvient que, selon la règle en vigueur, les relations sexuelles sont, culturellement et juridiquement, considérées comme un devoir conjugal dont l'accomplissement peut être 'exigé' par la force* »³⁰⁴.

Dans certains pays, la maltraitance fait l'objet d'une peine spécifique en matière pénale ou criminelle ; dans d'autres pays, la norme est générale, sous l'intitulé 'délits contre la vie et l'intégrité personnelle', sans mention spécifique. Au Brésil, il n'y a pas de loi spéciale sur la violence domestique, pas de normes spéciales non plus pour les femmes victimes. Au Honduras, il n'existe pas de spécifications pénales contre la violence domestique.

Les progrès en matière de violence domestique sont très inégaux. Dans certains cas, furent seulement créés des espaces spécialisés dans la politique, sans pour autant assurer des garanties aux femmes qui dénoncent pour et pendant les poursuites judiciaires. Dans d'autres, les garanties pendant les poursuites figurent comme lois spéciales en matière de violence familiale, intrafamiliale et domestique ; mais parfois aucun dispositif n'est spécifié pour la violence sexuelle. Enfin, dans certains pays, les garanties et les services existent mais les moyens ne sont pas développés, ou ne sont pas suffisants. Dans tous les pays, des plans, des programmes et des services sont institués contre la violence envers les femmes. Mais le manque de personnel, sa faible qualification, et les ressources insuffisantes ne peuvent en garantir le fonctionnement et la sûreté.

Dans certains cas, la relation avec les ONG s'est développée selon un caractère instrumental pour capter leur formation et leur ressource, sans garantie que les gouvernements assurent la continuation des actions. Malgré les nombreuses et importantes mesures mises en place par les gouvernements, les institutions ou les ONG en matière de violence domestique, les plaintes sont beaucoup moins nombreuses que les cas effectifs et réels ; cette violence qui affecte la santé physique et mentale des femmes reste un grave problème et un véritable fléau pour les femmes latino-américaines. Il n'y a pas de réponse institutionnelle stable, pas de cadre orienté communément et expressivement vers une politique d'Etat pour prévenir, sanctionner et éradiquer la violence envers les femmes.

Roland Courteau, sénateur du Parti Socialiste de l'Aude, qui a déposé au Sénat la proposition de loi pour la lutte contre les violences à l'égard des femmes, déclarait le 8 mars 2005 que « *à côté du travail accompli par les associations, il faut que, dans la loi, nous puissions mettre en avant quelques mesures dissuasives dans le cas spécifique des violences à l'intérieur du*

³⁰³ "El Código Penal aún conserva la posibilidad de extinguir ciertos delitos o las penas a través del matrimonio. El artículo 116 establece "Extinción del delito por casamiento. El matrimonio del ofensor con la ofendida extingue el delito o la pena en su caso, tratándose de los delitos de violación, atentado violento al pudor, estupro y rapto". Este atraso jurídico ha merecido observación, entre otras, del Comité de Expertas de la CEDAW, y se encuentra entre las propuestas de modificación al Código formuladas en el Senado de la República, sin que hasta la fecha haya merecido, al menos, la consideración de dicha Cámara" (Morianá Hernández Valentini, Radiografía del país Uruguay, CLADEM, 2002, page 31).

³⁰⁴ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Deuxièmes et troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Colombie (CEDAW/C/COL/2-3), 7 avril 1993, page 115.

couple, mais également tout un système de prévention le plus en amont possible, c'est-à-dire au collège et au lycée pour permettre l'apprentissage du respect de l'autre, ainsi que des campagnes régulières de sensibilisation du grand public »³⁰⁵.

Malgré les conventions signées et les progrès, des aspects discriminants relatifs à la femme sont toujours présents dans les législations nationales (de façon implicite ou explicite). Ana Rincon, dans *Analisis delCodigo Penal desde la perspectiva de género*, explique que les normes légales ont servi à consolider les schémas patriarcaux de subordination du 'sexe faible', en se basant sur une image de la femme sans défense, passive et dépendante de l'homme³⁰⁶.

L'absence et l'inefficacité des mesures contre la prostitution

Dans l'ensemble des pays, la prostitution ne fait l'objet d'aucune mesure légale, comme en Equateur ou à Haïti, ou les mesures ne sont pas ou peu efficaces, comme au Salvador. La Bolivie adhère à la Convention pour la répression de la traite des personnes et la prostitution, mais l'application reste aléatoire. Au Nicaragua, la prostitution est une réalité qui échappe aux contrôles d'autorité. Enfin, au Costa Rica, la prostitution est légalement interdite mais la loi reste peu respectée.

Lorsque les gouvernements latino-américains adoptent des normes ou des politiques contre l'exploitation de la prostitution et le trafic des personnes, il s'agit essentiellement de mesures visant la protection des adolescentes ou mineures, et rarement celles des femmes majeures.

Des normes non contrôlées et de faible portée

Le CEDEF reproche à la majorité des Etats Parties latino-américains l'absence de données statistiques, d'études qui rendent compte de l'impact des mesures, des avancées (ou reculs) de la situation des femmes. En 1983, le Comité note que l'Etat Mexicain a adopté de nombreux textes législatifs pour assurer l'égalité des femmes ; mais il regrette le manque de données statistiques pour appréhender l'impact et la situation réelle des femmes au Mexique³⁰⁷. Les rapports remis au CEDEF ne donnent généralement aucun élément sur la situation concrète des femmes, ni aucun indicateur fondé sur le genre ou le sexe.

En Argentine, « *il est envisagé, comme partie du renforcement du CNM, un système d'implantation, de suivi et d'évaluation des politiques, plans et programmes pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (...). La troisième recommandation se réfère au manque de données par genre. Depuis la fin de 1996, l'Institut National de Statistiques et*

³⁰⁵ « Comment lutter contre les violences conjugales? », Chat modéré par Stéphane Mazzorato et Guillaume Pélissier-Combescur, lemonde.fr, 08.03.05.

³⁰⁶ Miren Ortubay Fuentes, in Ana Rincon (coord.), *Analisis delCodigo Penal desde la perspectiva de género*, Instituto Vasco de la mujer, 1998, page 263.

³⁰⁷ L'Action du CEDAW – Rapports du Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'égard des femmes, volume 1, 1982-1985.

Recensements a développé un Programme pour la réorganisation d'un système intégré de statistiques sociodémographiques (SESD), dans l'intention de formuler des procédures et des indicateurs pour rendre compte de l'information par sexe dans les différents domaines sociaux. L'objectif du programme est de produire le quatrième rapport »³⁰⁸.

Il n'existe, dans les pays latino-américains, aucun organe de contrôle, d'application des lois et de la réalisation des conventions telles que la CEDAW. Au Nicaragua, il n'existe pas de suivi spécifique de la part du gouvernement ; au Mexique, aucune institution n'est chargée de l'application des nouvelles lois... A ces remarques, le rapport du Honduras de 1991 rend compte qu'« à l'avenir peut-être, lorsque le pays disposera des ressources économiques nécessaires, des systèmes de surveillance et de contrôle seront progressivement mis en place »³⁰⁹.

D'autre part, les politiques établies s'avèrent de faible portée, peu appliquées dans le monde social, et ayant des répercussions relatives dans la réalité sociale de femme. La question des femmes n'est pas toujours voire rarement une priorité pour les gouvernements colombiens. En situation de conflit interne et de violence paramilitaire, comme en Colombie, le gouvernement rencontre des difficultés pour mettre en place la loi et l'ordre y compris concernant les droits des femmes. Le représentant du Salvador expliquait en 1986, que les deux sexes souffraient face à la situation politique, sociale et en matière des droits de l'Homme du Salvador.

En Amérique Latine, les gouvernements sont souvent plus préoccupés par l'économie de leur pays : ils ont dû faire face à une situation de crise et aux politiques d'ajustement structurel qui ont considérablement réduit le coût dans leurs secteurs sociaux. Pour surmonter ces crises cycliques, les gouvernements des différents pays latino-américains ont initié une ouverture économique basée sur un modèle de développement qui favorisait le libre marché et la réduction des responsabilités de l'Etat. La logique libérale consiste en effet à libéraliser le marché et à réduire le rôle interventionniste de l'Etat, c'est à dire privatisation de l'économie et de certains secteurs sociaux, baisse du coût social public, libéralisation des marchés, du commerce extérieur et des échanges financiers. La conséquence logique qui s'en suit est la privatisation des institutions productrices de biens et de services socialement nécessaires. « Dans la majeure partie de l'Amérique Latine, le poids de la dette, la corruption endémique, les crises économiques récurrentes et l'adoption de politiques néolibérales limitent la capacité de l'Etat comme prestataire des services sociaux »³¹⁰.

Au Venezuela notamment, les mesures économiques de redressement budgétaire touchent particulièrement les droits sociaux. En 1983, le représentant du Mexique explique que

³⁰⁸ "It envisages, as part of the institutional strengthening of the CNM, the setting up of a follow-up and evaluation system with regard to policies, plans, and programmes for equal opportunity between men and women (...). The third Recommendation refers to the disaggregation of data by gender. Since the end of 1996, the National Statistical and Census Institute (INDEC) has been developing a Programme for the Redesign of the Integrated System of Sociodemographic Statistics (SESD), with a view to formulating special procedures and indicators to break down information by sex in the different areas of social concern. The aim of the programme is to produce periodic reports" (Committee on The Elimination of Discrimination against Women, Consideration of Reports submitted by states parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000, page 25).

³⁰⁹ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports soumis par les Etats Parties en vertu de l'Article 18 de la Convention, Troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Honduras (CEDAW/C/HON/3), 7 juin 1991, page 3.

³¹⁰ Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », Cahiers des Amériques Latine, n°39, 2001, pages 17 à 36, page 22.

l'application de la Convention est difficile à cause de la situation économique générale et le manque de possibilités financières de l'Etat.

Par rapport aux diverses instances et institutions relatives à la question des femmes, Bérengère Marques Pereira et Florence Raes expliquent que « *la diversité des conditions juridico-institutionnelles de ces conseils, dont certains dépendent de la Présidence de la République (Argentine, Colombie, Honduras, Paraguay, Pérou, Venezuela), d'autres du Ministère de la Culture (Costa Rica, Uruguay), du Ministère du travail (Guatemala, Panama) ou du Ministère de la justice (Brésil), place ces entités dans une situation parfois précaire et dépendante. Ainsi, la réduction des fonctions et des budgets de ces conseils, en Argentine et au Brésil, peut être mise en parallèle avec les changements intervenus au niveau du pouvoir exécutif et les fluctuations de la conjoncture économique. Le manque de ressources est alors souvent mis en avant par les gouvernements pour justifier son inaction dans l'application d'une approche de genre et l'institutionnalisation d'une politique d'égalité entre les sexes* »³¹¹.

L'Institut National de la Famille et de la Femme en Uruguay (INFM), « *sans avoir réussi au cours des 15 ans de fonctionnement en tant qu'organisme ministériel (...), a obtenu une attribution budgétaire équivalente au 0,001% du Produit National Brut pour la période 1996-2000, et de 100 000 dollars annuels à partir de l'an 2000. Le manque de ressources humaines et matérielles l'a empêché de jouer un rôle prédominant dans la définition des politiques de défense des droits des femmes. Le INFM participe à diverses coordinations avec d'autres domaines étatiques, tels que les Ministères de la Santé, du Travail et de l'Intérieur, mais il manque de statut institutionnel et hiérarchique dans l'organigramme étatique qui lui permette de réaliser des activités de véritable signification et incidence en fonction de ses compétences* »³¹². Le pays n'a pas réussi à dessiner ni à implanter un Plan National d'Égalité, ou impulser d'autres mesures significatives pour annuler les inégalités de genre. Cette situation a été plusieurs fois dénoncée par le mouvement des femmes et a fait l'objet d'observations des experts du CEDEF en 2002.

Dans l'ensemble, des politiques sociales et des institutions en faveur des femmes sont instaurées, mais ces programmes, plans et instances prennent en charge, et considèrent souvent les femmes au même titre que les jeunes ou les mineurs, ou reprennent l'image traditionnelle de la femme, en l'associant à la famille et aux enfants : Loi contre la violence envers la femme et la famille, commissariats de la femme et la famille ou de la famille, Ministère de la femme, la famille et l'enfant, Conseil permanent des droits de la femme et de l'enfant, Institut National de la famille et la femme...

³¹¹ Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », Cahiers des Amériques Latine, n°39, 2001, pages 17 à 36, pages 9 et 10.

³¹² « *Sin haber logrado desarrollar, a lo largo de los casi quince años de funcionamiento como organismo ministerial (...), ha tenido una asignación presupuestaria equivalente a el 0.001% del Producto Nacional Bruto en el período 1996 – 2000 y de cien mil dólares anuales a partir del año 2000. La falta de recursos humanos y materiales ha impedido que el mismo juegue un papel rector en la definición de políticas en defensa de los derechos de la mujer. El INFM participa de varias coordinaciones con otros ámbitos estatales, tales como los Ministerios de Salud, Trabajo e Interior, pero carece del estatus institucional y jerarquía en el organigrama estatal que le permitan realizar actividades de verdadera significación e incidencia en las materias de su competencia* » (Mariana Hernández Valentini, Radiografía del país Uruguay, CLADEM, 2002, pages 7 et 8).

L'ÉGALITE DE FAIT : LA REALITE SOCIALE

L'égalité de droit et l'égalité de fait

L'égalité entre les sexes est reconnue dans toutes les normes juridiques nationales d'Amérique Latine. Mais cette *égalité de droit* ne produit pas une *égalité de fait*. Elle requiert une certaine volonté politique et des mesures d'application et de suivi. La persistance des inégalités culturelles et l'écart entre la situation de droit et de fait sont souvent soulignés par le CEDEF lors de l'examen des rapports gouvernementaux de la région.

Alors que les Etats ont répondu positivement à la souscription et la ratification des conventions internationales spécialisées dans la promotion et la protection des droits des femmes, alors qu'ils ont montré une attention croissante aux problèmes des femmes, certaines inégalités et discriminations persistent : le pouvoir marital dans la famille, l'image traditionnelle de la femme, une application arbitraire des mesures institutionnelles contre la violence, des emplois subalternes sur le marché du travail et en politique, tout cela en dépit de la discrimination positive. Malgré la magnitude des changements, l'amélioration de la situation de la femme dans la société est lente et limitée. La réalité sociale de la femme latino-américaine paraît relativement indépendante de la Constitution, du code, des lois. Il existe ainsi un écart entre le discours normatif et les pratiques quotidiennes, essentiellement liées aux attitudes socioculturelles et au niveau socioéconomique.

Le droit constitue une seule base légitime pour entamer ou poursuivre l'action destinée à éradiquer les barrières qui rendent difficile la situation d'égalité. Mais il existe également des facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels qui, dans les pays de la région, ont servi de justification pour la discrimination de fait et qui constituent le principal obstacle pour une réelle participation de la femme dans la société et pour la reconnaissance de ses aptitudes. Les causes principales contribuant à maintenir la situation d'inégalité proviennent fondamentalement des stéréotypes socioculturels et du manque de conscience, de compréhension et d'importance des questions relatives aux femmes (d'où souvent un caractère non prioritaire).

La Discrimination de fait

S. Kishor et K. Neitzel, dans une étude du statut des femmes à partir des données de base d'enquêtes démographique et de santé³¹³, présentent un indice synthétique possible du statut

³¹³ Sunita Kishor et Katherine Neitzel. « The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries, Enquêtes démographiques et sanitaires », Comparative Studies Series. No. 21. Calverton, Maryland, Macro International Inc., 1996.

des femmes à partir de 29 indicateurs différents : mesure du statut de pauvreté - richesse relative des femmes ; de la fréquence et de la vulnérabilité des ménages dirigés par une femme ; du niveau absolu et relatif d'éducation des femmes et de son évolution dans le temps, de l'accès des femmes aux médias et de leur participation à la prise de décision en matière de procréation ; du degré et du type d'activité des femmes, de leur charge de travail ; de l'âge au mariage et à la naissance des enfants ; des différences en matière d'éducation et d'emploi entre les époux. Cet indice synthétique est appelé 'Indice de Seuil du Statut des Femmes' (ISSF). Les pays d'Amérique Latine et des Caraïbes ont un ISSF relativement meilleur que les pays d'autres régions. Le seul pays dont l'ISSF est inférieur à 0.50 est la Bolivie. Pourtant, la réalité sociale de la femme latino-américaine est essentiellement marquée et dénoncée par la subordination et la discrimination indirecte et de fait. Les pratiques sociales et culturelles restent discriminatoires pour les femmes.

Ramonina Brea et Isis Duarte présentent ces aspects clés de la subordination féminine : la considération inférieure de la femme, son confinement dans le domaine du privé et du domestique, l'exaltation de la maternité, le contrôle du corps de la femme (en tant qu'objet de reproduction de l'espèce humaine ou objet de plaisir), invisibilité et dévalorisation du travail de la femme³¹⁴.

*« UNIFEM affirme qu'après la Conférence de Beijing, célébrée il y a 10 ans, un visage féminin vient à l'esprit quand on parle de pauvreté, de sida, et même de trafic de personnes. Malgré les avancées atteintes ces dernières années par rapport à la diffusion et à l'accomplissement des droits féminins, la femme continue d'être le visage de la violence, de la pauvreté et de la discrimination économique et politique en Amérique Latine, selon les représentants des différentes entités des Nations Unies. 'Dix ans après Beijing, nous continuons de voir le visage d'une femme quand on parle de pauvreté, de sida, de conflits violents, d'agitation sociale et de trafic d'êtres humains', affirma la directrice du Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme (UNIFEM) du Mexique, d'Amérique Centrale et de Cuba, Teresa Rodríguez, la veille du Jour International de la Femme, qui sera commémoré aujourd'hui »*³¹⁵.

Au Brésil, les améliorations sont importantes en matière de protection de la femme avec la Constitution de 1988. Mais les discriminations persistent et s'expriment à travers l'accès à l'emploi, les revenus concrets, le respect de la femme et de la fille dans le domicile conjugal; la pauvreté et la violence domestique, constituant le principal fléau pour les femmes brésiliennes. A Cuba, l'égalité homme-femme était déjà présente dans la tradition cubaine avant le castrisme et fut réaffirmée par la révolution. Mais cette égalité est essentiellement théorique dans les hautes sphères administratives, politiques et économiques.

³¹⁴ Ramonina Brea, Isis Duarte, *Entre la calle y la casa, « las mujeres dominicanas y la cultura politica del siglo XX »*, Profamilia, 1999.

³¹⁵ *“La Unifem afirma que después de la Conferencia de Beijing, celebrada hace 10 años, un rostro femenino viene a la mente cuando se habla de pobreza, de sida y hasta de tráfico de personas. A pesar de los avances logrados en los últimos años en cuanto a la difusión y el cumplimiento de los derechos femeninos, la mujer sigue siendo el rostro de la violencia, la pobreza y la discriminación económica y política en Latinoamérica, según representantes de diferentes entidades de las Naciones Unidas. “Diez años después de Beijing seguimos viendo el rostro de una mujer cuando hablamos de pobreza, de sida, de conflictos violentos, de agitación social y de tráfico de seres humanos”, afirmó la directora del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (Unifem) para México, Centroamérica y Cuba, Teresa Rodríguez, en la víspera del Día Internacional de la Mujer, que se conmemora hoy”* (Redacción central, AP y EFE, “Los derechos de las mujeres se difunden, pero aún no se cumplen”, La Razón, 08/03/2005).

Les inégalités dans l'éducation

Tous les pays d'Amérique Latine ont normalisé, promulgué et préconisé l'égalité d'accès à l'éducation. Pourtant, malgré cette égalité de droit, les femmes restent dans la région les plus analphabètes. Au Salvador, les femmes constituent la majorité des analphabètes. Au Venezuela, en dépit d'une amélioration croissante, l'analphabétisme touche plus les femmes, pauvres, et de plus de 35 ans.

L'éducation des filles est très rapidement marquée par l'absence de scolarisation ou la désertion scolaire. En Bolivie, dès le primaire, la désertion est plus importante chez les filles « due à leur incorporation précoce dans les travaux domestiques »³¹⁶. Dans les campagnes colombiennes, les filles cessent plus tôt l'école, pour des raisons liées à la pauvreté et aux maternités précoces. En général, les familles favorisent la scolarisation des garçons. La tendance s'inverse cependant dans le secondaire et l'université, où les garçons, à cause de leur insertion précoce sur le marché du travail, sont sous-représentés, et les filles légèrement plus nombreuses (Haïti, Brésil...).

« J'aide mes parents à semer, j'enlève les herbes et j'aide aussi aux récoltes. Je donne à manger aux cochons et aux poules tous les matins, avant d'aller à l'école. J'aide aussi ma maman à la maison : je cuisine, balaie, et lave le linge. Je m'occupe aussi de mes deux frères : German le plus grand, de 19 ans, et Carlos qui a 8 ans. Du lundi au vendredi je vais à l'école ; Le samedi et le dimanche, j'emmène les chèvres à la colline. Mes grands parents s'appellent Gerardo et Toribia, ils veulent que j'aie à l'école, peut-être parce que je suis leur première petite fille. (...) J'aimerais continuer les études, mais il n'y a pas d'argent. J'irai à l'école jusqu'au huitième, c'est tout. Je ne pourrai pas entrer au cours moyen. Je ne crois pas que ça soit possible. Dans le futur, je veux aller dans les grands villages pour travailler comme domestique » (« Yo ayudo a mis papas a sembrar, saco las hierbas y tambien ayudo en la cosecha. Doy comida a los chanchos y a las gallinas cada mañana, antes de ir a la escuela. También ayudo a mi mamá en la casa: cocino, barro y lavo ropa. También cuido a mis dos hermanos: Germán el mayor de 19 años, y Carlos que tiene ocho años. De lunes a viernes voy a la escuela. El sábado y el domingo llevo a las cabras al cerro. Mis abuelos se llaman Gerardo y Toribia, ellos quieren que vaya a la escuela, será porque soy la primera nieta. (...) Me gustaría seguir estudiando, pero no hay dinero. Yo iré a la escuela hasta octavo, nada más. No podré entrar a medio. No creo que se pueda. En el futuro quiero ir a los pueblos grandes a trabajar de sirvienta », Hilda Leonarda Caro Ibarra, 13 años, Yapusiri, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

Cette caractéristique n'en révèle pas moins une situation d'inégalité et de discrimination de genre. A Cuba, les femmes sont mieux formées que les hommes ; à Haïti, malgré l'égalité d'accès, les garçons sont sous-représentés dans le supérieur. Au Nicaragua, il y a plus de femmes que d'hommes dans le primaire et le secondaire, une présence légèrement inférieure dans le supérieur. D'autre part, le travail étant marqué culturellement, les filières

³¹⁶ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 80.

d'orientations diffèrent selon le sexe. Il existe des carrières féminines et des carrières masculines.

Dans l'ensemble des pays de la région, l'éducation est marquée par des pratiques et des croyances socioculturelles qui défavorisent l'éducation primaire des femmes, et l'éducation supérieure des hommes. En Equateur, l'accès à l'éducation s'avère équitable mais les discriminations socioculturelles persistent. Au Panama, cet accès est assuré sans discrimination. Mais l'égalité d'accès à l'école est plus quantitative que qualitative.

Selon l'Institut de la Femme, le système d'éducation chilien discrimine les jeunes femmes adolescentes. Malgré la circulaire officielle qui interdit la discrimination dans les institutions publiques, il existe des cas d'expulsion d'adolescentes à cause de leur grossesse. L'Institut de la Femme a rendu compte de la suspension d'une élève enceinte, pour un an, de l'Université des Andes. Au procès de la famille de l'étudiante contre l'université, la Cour a décidé que l'institution avait le droit d'expulser l'élève, car cette dernière n'a pas accompli les règles établies par l'établissement. A partir du moment de l'admission, les étudiants sont supposés avoir accepté ces mesures. Or, l'article 27 stipulait que les étudiants devaient déployer tous leurs efforts pour atteindre les meilleurs objectifs scientifiques, culturels et moraux possibles³¹⁷.

La place de la femme dans le domaine du travail

En Amérique Latine, comme dans le monde entier, on assiste actuellement à une extension et un approfondissement des activités féminines. Cette augmentation générale des taux d'activité féminine traduit à la fois un changement des mentalités et des mœurs, et un changement des réalités économiques, sociales et politiques puisque presque partout, le travail féminin a dû quitter la sphère domestique pour évoluer sur la scène publique, et se porter sur le marché.

Dans certains pays, les femmes occupent de plus en plus de postes à responsabilités. Au Nicaragua, les femmes sont relativement nombreuses à ces postes et dans l'administration publique. En Equateur, les femmes ont accès aux postes de responsabilités. Le Pérou observe une baisse des inégalités homme-femme, et une augmentation de ces dernières aux postes de décisions. En République Dominicaine, il n'y a pas de discrimination particulière à l'égard des femmes en ce qui concerne l'accès au travail. La femme est aussi active que l'homme, et malgré les pesanteurs psychologiques dues au machisme, les femmes occupent de plus en plus de postes à responsabilités.

Mais en général, en Colombie, en Bolivie, à Cuba, au Honduras, au Venezuela, en Equateur et à Panama, les emplois aux postes de responsabilités restent marqués par l'inégalité et la discrimination des femmes. En Bolivie, il n'existe que 2,6% de femmes patrons ou entrepreneurs. Au Honduras, l'accès au travail dépend de la condition sociale, et l'accès aux responsabilités dans l'administration reste difficile pour les femmes. A Panama, les femmes occupent peu d'emplois de direction ou de responsabilités.

³¹⁷ IWRAW, Chile, Combined second and third report dated 9 March 1995 (CEDAW/C/CHI/2).

La discrimination des femmes latino-américaines s'exprime également à travers l'inégalité des salaires, une rémunération moindre pour un travail équivalent à l'homme. « *En Amérique Latine, seule la moitié des femmes travaillent, de nombreuses femmes sont chefs de famille, et les revenus qu'elles reçoivent sont équivalents aux deux tiers de ceux des hommes* »³¹⁸.

En Argentine, « *en 1997, le salaire moyen des femmes était de 514,74 dollars, et le salaire moyen des hommes était de 649,83 dollars. Cela signifie que le niveau de rémunération des femmes est équivalent à 79% de celui des hommes, et que les femmes sont alors payées 21% de moins que les hommes* »³¹⁹. Dans tous les pays de la région, malgré la loi, la rémunération des femmes est discriminée, inférieure à celle des hommes. En Equateur, le salaire féminin est de 30% inférieur au salaire masculin dans le secteur privé.

Au Brésil, « *si en droit, l'égalité salariale et à l'accès au travail est garantie, en pratique les discriminations persistent pour des raisons culturelles* »³²⁰. Le salaire féminin représente en moyenne 70% du salaire masculin. « *Les études réalisées sur la main d'oeuvre féminine montrent que malgré les progrès atteints ces dernières décennies, les femmes continuent de faire face à des obstacles, occupent des postes moins privilégiés dans l'économie, gagnent moins que les hommes et travaillent dans des conditions plus précaires (...). Il existe de nombreuses études qui montrent la tendance, largement débattue, que les salaires des femmes sont inférieurs à ceux des hommes, quelque soit le secteur économique dans lequel elles travaillent* »³²¹.

Le travail féminin en Amérique Latine est essentiellement limité, et caractérisé par des emplois subalternes. Les femmes sont généralement cantonnées aux niveaux les plus bas des secteurs d'activités (Bolivie), à des fonctions sous-qualifiées et subalternes (Brésil), ou à des postes sous-qualifiés dans le secteur des services (Argentine). « *L'expansion de la maquilla va de pair avec l'exploitation de la main d'œuvre féminine* »³²².

Mercedes Urrolagoitia, au Forum International « les femmes au 21^{ème} siècle », en 2003, expliquait que la faiblesse du marché avait augmenté le secteur informel, essentiellement

³¹⁸ « *En América Latina, sólo la mitad de las mujeres trabajan, muchas de ellas son cabeza de familia y los ingresos que perciben son equivalentes a dos tercios de los de los hombres* » (Redacción central, AP y EFE, Los derechos de las mujeres se difunden, pero aún no se cumplen, La Razon, 08/03/2005).

³¹⁹ « *For 1997, the average pay for women was 514.74 dollars, and the average pay for men was 649.83 dollars. This means women's earnings level is equivalent to 79 per cent of men's earnings level, and that women are therefore paid 21 per cent less than men* » (Committee on The Elimination of Discrimination against Women, Consideration of Reports submitted by states parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000, page 78).

³²⁰ G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a une vida libre de violencia*, CLADEM, 2000.

³²¹ « *Los estudios realizados sobre la mano de obra femenina ponen de manifiesto que, a pesar de los progresos alcanzados en los últimos decenios, las mujeres siguen teniendo que hacer frente a obstáculos, ocupan puestos menos privilegiados en la economía, ganan menos que los hombres y trabajan en condiciones más precarias (...). Existen numerosos estudios que recogen la tendencia, largamente debatida, de que los salarios de las mujeres sean inferiores a los de los hombres cualquiera que sea el sector económico en el que trabajan* » (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, pages 179 et 182).

³²² « *Les conditions de travail de la main d'œuvre féminine dans les entreprises maquillas* », DIAL 1-15 décembre 1997, page 3 ; La 'maquilla' est une entreprise de sous-traitance d'origine étrangère qui s'implantent dans les zones franches des pays d'Amérique centrale et au Mexique.

occupé par les femmes qui n'ont pas d'autres recours. En effet, le secteur informel a été pris d'assaut par les femmes latino-américaines, un secteur mal rémunéré, non protégé et précaire. Selon le second rapport gouvernemental de l'Argentine, en 1994, les femmes constituent 60% des travailleurs dans le secteur informel, inclu le travail des employées domestiques.

Le taux de chômage sur le continent, est généralement plus important chez les femmes. Au Chili, « en 1996, le taux de chômage était de 7,3% chez les femmes et 4,9% chez les hommes »³²³.

D'autre part, dans tous les pays de la région, règne toujours cette résistance quant à l'emploi des femmes dans des secteurs traditionnellement masculins. Les emplois perçus comme masculins continuent d'accueillir très peu de femmes, caractéristique soulignée dans de nombreux rapports pour le CEDEF, notamment ceux du Guatemala et du Venezuela. Au Paraguay, malgré certains progrès dans le secteur public, le travail féminin est souvent considéré comme un complément du travail masculin. Le Salvador mentionne deux types de discrimination: certains emplois sont fermés aux femmes; d'autres leur sont réservés par la tradition.

Au Mexique, à Panama, comme dans d'autres pays, il n'est pas improbable que l'employeur demande un test de grossesse à une femme avant une éventuelle embauche (pratique soit illégale mais appliquée, soit directement légale). Dans la réalité, une femme peut parfois être renvoyée pour cause de grossesse, même si ce renvoi est illégal.

« Selon Augustín Muñoz, directeur de l'OIT [Organisation Internationale du Travail] pour l'Amérique Latine et les Caraïbes, ' persistent les barrières pour l'accès des femmes à l'emploi qui doivent être dépassées pour vaincre la pauvreté et fermer la brèche d'équité qui existe toujours entre les hommes et les femmes dans le monde du travail »³²⁴. Les femmes latino-américaines, malgré les emplois précaires, subalternes et les conditions d'inégalité, s'investissent dans l'économie du pays, et contribuent à son développement. Mais l'activité économique des femmes reste souvent invisible ou tout du moins sous-estimée dans les statistiques et dans les mentalités.

La place de la femme dans la vie publique

On peut noter de façon générale une augmentation de la présence des femmes dans l'espace public. Au début des années 90, la moyenne de la représentation féminine dans les parlements nationaux latino-américains atteignait 12 %³²⁵. Dans l'ensemble, la participation féminine aux instances représentatives, surtout au niveau municipal, s'améliore. M. D. Suremain rend

³²³ "In 1996, the unemployment rate was 7.3 per cent for women and 4.9 per cent for men" (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Third periodic reports of States parties, Chile, CEDAW/C/CHI/3, 27 January 1999, page 24).

³²⁴ "Según Augustín Muñoz, director de la OIT para América Latina y el Caribe, 'persisten barreras para el acceso de las mujeres al empleo que deben ser superadas para derrotar la pobreza y cerrar la brecha de equidad que todavía existe entre hombres y mujeres en el mundo del trabajo" (« Pese al desempleo, más mujeres latinas son empresarias », La Razón, Domingo 7 de marzo de 2004, AFP, page 26).

³²⁵ D'après IRELA, « La representación política de la mujer en Europa y América Latina : barreras y oportunidades » ; Dossier n°63 ; décembre 1997.

compte du mouvement de décentralisation de l'Etat en Amérique Latine. Aux élections locales, de plus en plus de femmes se présentent, et M. D. Suremain se demande s'il s'agit là d'un pont vers le national.

Dans de nombreux pays, tels que le Nicaragua, le Salvador, le Venezuela, on observe de plus en plus de femmes à la présidence, au gouvernement. Au Chili, aux élections présidentielles de décembre 2005, une femme, Michelle Bachelet, est en tête du premier tour. La candidate socialiste, ex Ministre sous le président sortant, a obtenu plus de 45% des suffrages lors du premier tour présidentiel. A Panama, en 1994-1995, une femme, issue de la classe populaire, était présidente de l'Assemblée Législative. En République Dominicaine, la participation des femmes dans la vie publique rendait compte, au gouvernement, de 2 ministres, 14 députées sur 120 et 1 sénatrice sur 30. Au Venezuela, la cour suprême de justice est présidée par une femme.

Cuba, l'Argentine et le Costa Rica ont plus de 30% de femmes dans leurs parlements. Dans la moitié des pays de la région, ce pourcentage représente 15,5% en 2003, 20% au Mexique³²⁶.

Au Paraguay, la place des femmes dans la vie gouvernementale a beaucoup augmenté. « *On compte aujourd'hui 27 % de femmes dans les différentes instances du pouvoir judiciaire, y compris dans les entités liées à l'administration de la justice, comme la justice électorale, le ministère public et la défense publique* »³²⁷.

Cependant, « *la moitié des 550 millions d'habitants sont des femmes, mais (...) leur représentation aux postes d'élection populaire est rare, excepté dans les pays qui ont des lois de quotas de discrimination positive. Seuls Cuba, l'Argentine et le Costa Rica ont plus de 30% de femmes dans leurs parlement, alors que la moitié des pays de la région jusqu'en 2003 avait un pourcentage de 15,5* »³²⁸.

Au Mexique, les femmes ont le droit de vote depuis plus de 50 ans ; malgré tout, le pays n'observe pas de pleine égalité en ce qui concerne la participation à la vie politique et aux affaires politiques du pays, pas de réelle progression de la place des femmes dans les partis. Au Pérou, les partis traditionnels ont proposé très peu de candidates, et aux élections présidentielles de 1995, aucune liste n'a présenté plus de 15% de femmes³²⁹.

La prédominance des hommes dans les instances de pouvoir reste d'actualité dans tous les pays de la région. En 1993, le rapport CEDAW de la Colombie affirmait que dans le pays,

³²⁶ “Cuba, Argentina y Costa Rica tienen más de un 30 por ciento de mujeres en sus parlamentos. La media de los países de la región es de un 15,5 por ciento en 2003 y México tiene un 20 por ciento” (La Razón, 08/03/2005).

³²⁷ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004, page 15.

³²⁸ “La mitad de los más de 550 millones de habitantes de la región son mujeres, pero (...) su representación en cargos de elección popular es escasa, salvo en los países con leyes de cuotas de discriminación positiva. Sólo Cuba, Argentina y Costa Rica tienen más de un 30 por ciento de mujeres en sus parlamentos, mientras que la media de los países de la región hasta el 2003 es de un 15,5 por ciento” (Redacción central, AP y EFE, “Los derechos de las mujeres se difunden, pero aún no se cumplen”, La Razón, 08/03/2005).

³²⁹ IWRAW, Peru, Combined third and fourth periodic reports dated 27 September 1995.

« (...) la participation des hommes prédomine dans tous les secteurs des pouvoirs publics »³³⁰.

Au Chili, « 13 (10,8%) des 120 membres de la Chambre des Députés, en poste en mars 1998, sont des femmes, alors que 2 (4,3%) des 39 membres du Sénat sont des femmes. Des 35 commissions parlementaires, 32 sont présidées par des hommes et 3 par des femmes »³³¹.

En Argentine, « en 1998, 73 (28,9%) du total des 258 représentants de la Chambre des députés étaient des femmes. Au Sénat, 2 sur un total de 70 représentants étaient des femmes »³³².

Au Brésil, la participation des femmes à la vie gouvernementale est très faible : aucune femme au gouvernement, 6,8% de femmes à la Chambre des députés, 6,2% au Sénat, 8% à l'Assemblée Législative, et 178 maires sur 5000. « La participation actuelle des femmes au pouvoir législatif, et au niveau de l'Etat fédéral et municipal, montre qu'il reste beaucoup à faire pour que les femmes atteignent le même grade de représentation »³³³.

Si en Equateur, le représentant affirme que les femmes étaient alors, en 1986, actives dans les partis politiques, la présence des femmes en général dans les structures et les institutions des pays latino-américains reste faible. La participation de la femme à la vie politique quotidienne reste limitée. Mais, si les femmes sont effectivement entrées dans le gouvernement et en politique, elles n'en sont pas moins exclues au niveau des prises de décisions concernant le développement et le changement social. Elles ont peu de poids décisifs et leurs emplois même au plus haut niveau sont plutôt subalternes, tels que le poste de secrétaire.

En Argentine, le rôle des femmes dans les instances de prise de décisions des partis politiques reste moindre. La Bolivie témoigne d'une faible présence féminine aux instances de décisions. Au Costa Rica, des femmes occupent certains postes d'importance (ministres) mais elles sont peu nombreuses. A Cuba, les femmes sont très minoritaires dans les instances supérieures du pouvoir. Enfin, au Venezuela, les femmes sont exclues des lieux de prise de décisions politiques au niveau national.

³³⁰ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Deuxièmes et troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Colombie (CEDAW/C/COL/2-3), 7 avril 1993, page 28.

³³¹ "Thirteen (10.8 per cent) of the 120 members of the Chamber of Deputies which took office in March 1998 are women, while 2 (4.3 per cent) of the 38 members of the Senate are women. Of the 35 parliamentary commissions, 32 are chaired by men and 3 by women" (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Third periodic reports of States parties, Chile, CEDAW/C/CHI/3, 27 January 1999, pages 17 et 18).

³³² "In 1998, 73 (28.9 per cent) of a total 258 representatives in the Chamber of Deputies were women. In the Senate, 2 out of a total 70 representatives were women" (Committee on The Elimination of Discrimination against Women, Consideration of Reports submitted by states parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000, page 51).

³³³ "La participación actual de las mujeres en el poder legislativo, el ejecutivo y el judicial, y a nivel del Estado federal y municipal, pone de manifiesto que todavía queda mucho por hacer para que las mujeres alcancen el mismo grado de representación" (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 137).

Si elles sont exclues ou absentes de la scène gouvernementale, les femmes n'en sont pas moins actives sur la scène publique. Dans la plupart des pays, il existe de nombreux mouvements associatifs de femmes, très actifs dans la société civile : au Costa Rica, au Nicaragua, au Honduras... Les femmes, si elles sont peu au gouvernement, occupent une place notoire dans la société civile organisée et jouent un rôle important dans la vie publique, relatif notamment au changement de la condition féminine. En République Dominicaine, de nombreuses associations de femmes sont fédérées dans une coordination des ONG du secteur de la femme. Au Pérou, il y a peu de femmes dans la vie publique mais grâce au rôle considérable des associations, elles sont écoutées. Ces mouvements des femmes sont parfois appuyés par les gouvernements. A Panama, les associations sont soutenues par les autorités publiques. Au Paraguay, elles ont l'appui du Secrétariat d'Etat de la femme.

La mortalité maternelle

Malgré les programmes développés pour réduire la mortalité maternelle, celle-ci reste relativement élevée dans l'ensemble des pays latino-américains. Selon le bulletin démographique de la CEPAL, en 2002, il est de 1 100 pour 100 000 naissances vivantes à Haïti, de 240 au Pérou, de 270 au Guatemala.

Selon un communiqué de presse du Ministère de la Santé de Bolivie, le 12 juin 2003³³⁴, les probabilités de mourir d'une grossesse sont 27 fois supérieures pour une femme née en Amérique Latine qu'une femme née aux Etats Unis. Là, les femmes avec de meilleures ressources économiques ont plus de chance d'accoucher avec un prestataire de santé formé, alors que les femmes les plus pauvres, qui vivent dans des zones retirées, ne reçoivent pas d'attention médicale appropriée lors de l'accouchement. Les principales causes de mortalité maternelle sont les hémorragies, l'hypertension induite par la grossesse, les infections et les complications liées à l'avortement. Bien que ces conditions ne soient pas toujours prévisibles, elles pourraient être traitées si étaient disponibles des services de santé maternelle de haute qualité, facile d'accès et connus par la communauté. Cependant, le communiqué révèle que selon des études réalisées dans la région, les services de maternité et de santé néonatales sont sous-utilisés à cause de barrières culturelles, d'une image négative de la qualité des services par la communauté, du coût des services et du manque de connaissance sur les problèmes qui peuvent se produire lors de la grossesse et qui requièrent une attention médicale immédiate.

De part sa pénalisation et son illégalité, la pratique de l'avortement se fait de façon massive dans la clandestinité, et donc dans des conditions d'hygiène non appropriées qui se répercutent sur la santé des femmes. Selon J. Seager, 9 % de décès en Amérique Latine sont dus à des avortements clandestins³³⁵. L'OMS estime à 4 620 000 le nombre d'avortements clandestins en Amérique Latine et aux Caraïbes, qui seraient responsables de 24% des morts maternelles. Selon la démographe Clara Baez, dans le tiers monde, l'Amérique Latine est la région où les conséquences des interruptions de grossesses sont les plus importantes.

³³⁴ Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Comunicación Social y Relaciones Publicas, "Mortalidad Materna en América Latina", La Paz, el 12 de junio de 2003.

³³⁵ J. Seager, *Atlas des femmes dans le monde*, Ed Autrement, 1998.

Il existe un lien étroit entre le taux de mortalité maternelle élevé et l'indice d'avortement clandestin pratiqué, et les taux de mortalité maternelle sont importants dans l'ensemble des pays de la région.

En Argentine, d'après le second rapport du gouvernement (1994), le taux de mortalité maternelle est estimé à 65,5 pour 100 000 grossesses. Au nord de l'Argentine, ce taux atteint entre 102 et 128 morts pour 100 000 grossesses. L'avortement est considéré comme l'une des principales causes de ces morts maternelles, comme responsable dans 30 à 50% des cas, selon la région et la classe sociale. Il y avait plus de 365 000 avortements clandestins par an en Argentine, desquels 100 000 femmes meurent annuellement. Le rapport rendait compte d'une étude statistique alors récente sur la relation entre l'avortement et la mortalité maternelle. Cette étude révélait qu'en 1993, 38,5% des morts maternelles étaient le résultat d'avortements. Le Docteur Carlos Gurrucharri, président de la Société de Gynécologie en Argentine expliquait que la majorité des femmes qui arrivait à l'hôpital pour des complications d'avortement, était âgée de 14 ans. Il accusa les grossesses précoces dues aux difficultés socioéconomiques, et le manque d'éducation primaire adéquate. Cependant, l'avortement est devenu une bonne activité financière, puisqu'il était estimé qu'il rapportait 150 millions de dollars par an (le prix varie de 300 à 1000 dollars pour un avortement)³³⁶.

De même au Chili, malgré sa totale illégalité, le taux d'avortement était un des plus hauts de l'Amérique Latine. 25% des morts maternelles étaient dues aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, et ce pourcentage augmentait depuis 1990. Les services de planification familiale sont accessibles aux jeunes filles. Mais dans la pratique, les femmes ont accès aux méthodes contraceptives après leur première grossesse. Les femmes qui souhaitent opter pour la stérilisation doivent présenter l'autorisation du mari³³⁷.

Irene León explique qu'en Amérique Latine, quand il s'agit de leur fonction reproductive, les femmes ne sont pas considérées comme des sujets éthiques et moraux, et encore moins comme des personnes ayant droit de défendre leur vie. La reproduction est généralement abordée comme un problème démographique, éthique ou moral, et la situation individuelle et collective des femmes quant à leur propre reproduction n'est pas prise en compte.

Une autre forme de discrimination de la santé des femmes s'exprime à travers les ségrégations sexuelles et sociales, telles que les stérilisations forcées des femmes indigènes, du Pérou et de la Bolivie notamment. Au Pérou, « *la stérilisation des indiennes n'a pas pu être prouvée comme en Bolivie, mais elle est plus que probable (...). Cette stérilisation pratiquée sans l'accord de l'intéressée a été dénoncée, mais on a trop vite oublié le traumatisme personnel qu'elle provoque et le bouleversement socioculturel qu'elle introduit dans cette société rurale où la famille nombreuse est l'expression même de la vitalité de la communauté. Sans oublier aussi que c'est le renouvellement des bras qui permettra de travailler la terre nourricière* »³³⁸.

³³⁶ IWRAW, Argentina, second report dated 8 June 1994.

³³⁷ IWRAW, Chile, Combined second and third report dated 9 March 1995 (CEDAW/C/CHI/2).

³³⁸ R. Romero, « Pérou. Les 'sans statut' et les autres », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 235.

Le fléau de la violence de genre

Le Comité de la CEDAW s'inquiète quant à la persistance des discriminations à l'égard des femmes, et quant à l'augmentation des actes de violence envers les femmes. Cette préoccupation se retrouve dans toutes les analyses des rapports des représentants latino-américains faites par le CEDEF. Dans la pratique, malgré les lois, l'impunité des actes de violence contre les femmes dans le domaine des relations familiales prédomine. En Equateur, notamment, les femmes sont victimes d'importantes discriminations et de violences impunies. 70% des femmes équatoriennes sont victimes de violence domestique³³⁹. Au Brésil, la violence fait naturellement partie des rapports entre l'homme et la femme et va même jusqu'à être considérée comme un témoignage de passion.

En Argentine, « *entre 1996 et 1998, 5 721 plaintes de violence domestique ont été reçues, y compris de mineurs, de personnes âgées, d'handicapés, d'hommes, de femmes, et autres. Les femmes représentent 72,83% de toutes les victimes, et 68,15% des agresseurs sont les maris ou les concubins* »³⁴⁰.

En Colombie, selon Amnesty International, « *la violence est la première cause de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans, et la 11^{ème} pour l'ensemble de la population féminine. Son impact sur le groupe familial se reflète dans l'augmentation sensible de la proportion des veuves et des orphelins, particulièrement chez les enfants en bas âge (...). En dépit de (ces) dispositions constitutionnelles, la discrimination et la violence à l'égard des colombiennes se poursuivent* »³⁴¹. Cette violence est généralement de nature domestique ou sexuelle. Cependant, « *les escadrons de la mort, soutenus par la police et les milices urbaines liées à des groupes armés d'opposition, ont continué d'éliminer ceux qu'ils qualifient de 'déchets de la société', à savoir les homosexuels, les prostituées, les petits délinquants, les trafiquants de drogue et les mendiants* »³⁴².

« *Différentes organisations du Guatemala commémoreront le Jour International de la femme en pleine vague de violence, qui a coûté la vie de 1 681 femmes ces derniers 6 ans, dont 97 cette année. Hier fut assassinée une femme dans le centre de la capitale guatémaltèque. Au milieu de cette violence, les organisations de femmes convoquèrent à une marche massive* »³⁴³.

³³⁹ D'après G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000.

³⁴⁰ "During the period 1996-1998, 5,721 domestic violence complaints were received, including minors, elderly people, the disabled, men, women, and others. Women make up 72.83 per cent of all victims, while 68.15 per cent of the aggressors were husbands or common-law husbands" (Committee on The Elimination of Discrimination against Women, Consideration of Reports submitted by states parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000, page 40).

³⁴¹ Amnesty International, « Colombie. Les femmes en Colombie. Rompre le silence », Septembre 1995, AMR 23/41/95, page 5.

³⁴² Rapport 2000, Amnesty International, « Colombie ».

³⁴³ "Diferentes organizaciones de Guatemala conmemorarán el Día Internacional de la Mujer en medio de una ola de violencia que ha cobrado la vida de 1.681 mujeres en los últimos seis años, 97 de ellas en lo que va del año. Ayer fue asesinada una mujer en el centro de la capital guatemalteca. En medio de la violencia, las organizaciones convocaron a una masiva marcha" (Guatemala, AFP, La Razón, 08/03/2005).

Les stéréotypes socioculturels

De nombreux pays, dans les rapports ou lors de l'examen de ces derniers devant le CEDEF, rendent compte d'obstacles d'ordre culturel qui perpétuent la discrimination à l'égard des femmes, d'attitudes socioculturelles traditionnelles qui constituent des barrières à l'application de la Convention de la Femme.

Le modèle patriarcal, véhiculé par la culture latine, éminemment machiste, et la culture catholique, prescrivent et dessinent une image traditionnelle de la femme. Celle-ci est avant tout une mère dont le rôle est de rester au foyer pour se consacrer aux tâches domestiques, maternelles et maritales. Les principaux obstacles d'éradication de la violence, et de la discrimination sont la persistance et la reproduction des attitudes socioculturelles traditionnelles. Le représentant du Mexique, en 1983, justifiait la réserve sur l'article 10.c en raison des difficultés culturelles. « *La réalisation d'une égalité réelle (est) entravée par des facteurs culturels et psychologiques que parfois les femmes elles-mêmes (perpétuent)* »³⁴⁴.

La persistance de structures patriarcales profondément enracinées freine considérablement le processus de réforme. Ces attitudes socioculturelles traditionnelles qui discriminent les femmes rendent l'application de la Convention difficile et jouent encore sur les prises de décisions gouvernementales. Ainsi, les gouvernements ne font pas forcément d'efforts systématiques pour contrer ces traditions culturelles discriminatoires et changer les stéréotypes sexistes.

Le machisme et l'Eglise Catholique

Certains préjugés perdurent, tels que le machisme et les conceptions catholiques et patriarcales. Si en 1986, le représentant du Salvador déclare que dans le pays il n'y a aucune pression de l'Eglise, dans l'ensemble des pays de la région, l'Eglise Catholique exerce un poids moral considérable (50% des catholiques dans le monde vivent en Amérique Latine). Les préjugés et les stéréotypes de genre gardent une influence sur l'interprétation et l'application des lois, et traversent toutes les classes sociales, tous les milieux de la société (selon M. D. Suremain, ce conservatisme est plus élevé dans les classes aisées). Si le Costa Rica est un des pays d'Amérique Centrale où les droits de la femme sont les mieux respectés et les conquêtes du féminisme les plus achevées, le machisme reste très fort.

Les femmes sont l'objet de contrôle social masculin à travers la violence directe (assassinats, viols, coups, incestes), la violence structurelle (manque d'attention à la santé, abus sexuels, salaires inégaux, droits et ressources inégalement répartis selon sexe) et les justifications idéologiques de cette oppression (travail des femmes, culte de la maternité, stéréotypes de vierge ou à l'extrême de prostituée). « *Au niveau idéologique, l'autorité masculine, souvent*

³⁴⁴ L'Action du CEDAW – Rapports du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des femmes, volume 1, 1982-1985, page 32.

garantie par la violence physique, continue d'être active et légitimée socialement »³⁴⁵. Sonia Correa parle d'un monde « androcentrique » plutôt qu'un monde patriarcal³⁴⁶.

Au Paraguay, « le choc violent de la conquête espagnole va briser l'équilibre de la société guarani (...). Les hommes disposent de tous les droits et de tous les pouvoirs (...), les femmes de toutes les charges »³⁴⁷.

Au Brésil, le lobby machiste est très puissant et enraciné, et les pratiques et mentalités machistes constituent les principaux obstacles à une situation d'égalité de genre. « Les préjugés de genre se manifestent dans l'attribution des mêmes traits à toutes les femmes, pratique qui donne lieu à un processus mental stéréotypé. L'attribution de fonctions distinctes aux hommes et aux femmes est une des manifestations de ce processus mental, qui menace gravement la consolidation de l'égalité de genre »³⁴⁸.

En Argentine, la position égale avec l'homme est reconnue sur le plan constitutionnel et juridique. Mais la réalité est plus nuancée avec la culture traditionnelle et sous influence de l'Eglise Catholique, hormis le niveau de développement économique. Au Honduras, la situation tend à évoluer dans un sens favorable aux femmes, mais elle reste marquée par les traditions patriarcales. Moriana Hernandez Valentini explique que l'Uruguay est un pays laïc et pourtant reste subordonné à l'important poids de l'Eglise et notamment de Opus Dei, qui paie la campagne électorale de nombreux législateurs.

La femme latino-américaine reste soumise au mâle, soumise à Dieu. « Le machisme et la religion sont les deux institutions idéologiques qui assurent la soumission sociale des femmes (...). Soumission et fidélité sont deux vertus obligatoires des femmes »³⁴⁹.

« Ce machisme, véritable pilier idéologique du monde latino-américain, presque institutionnalisé, inscrit la femme dans un rôle de soumission, de silence et la rend invisible. L'activité féminine, par exemple, si importante soit-elle, n'est pas reconnue. Elle reste bien souvent ignorée car l'homme doit être considéré comme le chef de famille. On pense que la femme ne réalise aucun travail ('travail invisible') car elle n'apporte rien économiquement parlant. Les activités traditionnelles, domestiques, sociales, et celles de l'économie informelle, ne sont pas prises en compte et sont dépréciées. 'Quelle que soit la chose que font les femmes à l'intérieur du foyer, c'est considéré comme une prolongation naturelle de leur rôle de mère et d'épouse, sans valeur économique, sans prestige social et culturel, sans incidence politique' »³⁵⁰.

³⁴⁵ D. Ardaillon, in J. Bisilliat, *Face aux changements, les femmes du Sud*, l'Harmattan, 1997, page 337.

³⁴⁶ Foro Internacional « Las mujeres en el siglo XXI », CIDEM, 2003.

³⁴⁷ D. Villagra, « Paraguay. Une dictature contre les femmes », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, pages 232 et 233.

³⁴⁸ « Los prejuicios de género se manifiestan en la adscripción de los mismos rasgos a todas las mujeres, práctica que da lugar a un proceso mental estereotipado. La asignación de funciones distintas a hombres y mujeres es una de las manifestaciones de ese proceso mental, que amenaza gravemente la consolidación de la igualdad de género » (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 102).

³⁴⁹ Annick Parmentier et Otilia Vainstock, « Mexique. Les lois de la violence », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 214.

³⁵⁰ V. Rozée, « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. La Bot, 2001, pages 35 et 36 ; citation de Ramirez (1988) repris par J. Lopez Pinto, *El rol de las mujeres en las estrategias de subsistencia : el caso del Ecuador*, IUED, sept. 1993, page 28.

Confinées au domaine privé

« Dans toutes les cultures, les femmes sont pressenties, sont considérées comme mieux à leur place derrière les fourneaux et avec les enfants plutôt que dans les meetings politiques ou sur le perchoir d'une assemblée d'élus »³⁵¹.

Dans *Entre la calle y la casa*³⁵², Ramonina Brea et Isis Duarte explorent la culture politique des femmes en République Dominicaine. A partir de l'étude de deux rencontres réalisées par l'Institut d'Etudes de la Population et du Développement (IEPD), au cours desquelles de nombreuses entrevues furent menées (DEMOS-94 et DEMOS-97), les deux chercheurs tentent de mettre en exergue les caractéristiques, les pratiques et les attitudes des femmes dominicaines qui influencent, ou au contraire inhibent, leur autonomie personnelle et politique. Les auteurs cherchent ainsi à déterminer les indicateurs essentiellement sociodémographiques et socioéconomiques qui rendent compte d'un plus grand investissement ou intérêt politiques et surtout d'une plus importante autonomie des femmes au sein du foyer et du monde politique. Au cours de leur démarche, Ramonina Brea et Isis Duarte montrent de façon empirique qu'il existe une certaine corrélation entre la participation et l'intérêt politiques des femmes et leur autonomie au sein du domaine familial. En effet, à une meilleure autonomie personnelle des femmes dans le foyer correspondrait une autonomie relative au travail, à l'autorité parentale, à l'avortement. De même, les femmes qui s'identifient aux valeurs et pratiques culturelles libérales dans le domaine personnel et familial sont aussi les plus politisées. Cependant, il existe chez les hommes comme chez les femmes, une résistance profonde à modifier le modèle masculin d'autorité au sein du foyer. Ainsi, d'après les enquêtes, les résistances culturelles qui bloquent une meilleure égalité de genres et qui ralentissent le processus irréversible 'd'empowerment' des femmes, se produiraient au sein de la famille. Pourquoi donc l'autorité masculine dans la famille prévaut toujours avec tant de force ? Dans quelle mesure l'institution familiale constitue la principale barrière pour une meilleure autonomie politique et personnelle ? *Entre la calle y la casa* offre une démonstration empirique et une réflexion sur la communauté féminine dominicaine dans deux espaces controversés : la rue, qui apparaît comme un espace social en cours de démocratisation, conquis et à conquérir par les femmes ; et la maison, domaine propre à la femme, qui reste inaltérablement un espace de 'confinement', sous l'emprise de l'autorité masculine.

« Alors que pour les hommes, la vie se structure autour d'un idéal d'affirmation personnelle dans le domaine du travail salarié et de la vie publique, avec la garantie d'une 'base arrière' solide fournie par le foyer, pour les femmes, la vie est basée sur les sentiments, les relations interpersonnelles, le foyer et l'amour donné »³⁵³.

« D'une manière ou d'une autre, beaucoup de femmes ont réussi à faire bouger la division sociale et sexuelle du travail humain. Mais bien peu sont arrivées à le faire sur plusieurs

³⁵¹ V. Rozée « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. La Bot, 2001, page 9.

³⁵² Ramonina Brea, Isis Duarte, *Entre la calle y la casa*, « las mujeres dominicanas y la cultura politica del siglo XX », Profamilia, 1999.

³⁵³ France-Jules Falquet, *Femmes, projet révolutionnaire, guerre et démocratisation : l'apparition du mouvement de femmes et du féminisme au Salvador (1970-1994)*, Thèse sous la direction de Christian Gros, IHEAL, Paris 3, 1997, page 103.

plans à la fois. Si tel était le cas, cela constituerait une vraie révolution culturelle et non seulement un changement des pratiques sociales »³⁵⁴.

La faible participation sociale et politique, le travail limité, au-delà des schèmes socioculturels, sont également dus au confinement de la femme au domaine domestique, et l'absence de responsabilité partagée des tâches domestiques, et aux enfants.

*« Maintenant, mon idée par rapport à la femme est qu'au delà de cuisiner, elle peut aussi faire d'autres choses : elle peut travailler dans des bureaux, ou aux champs, en désinfectant par fumigation, en élaguant, en faisant des greffes. Elle peut être à la maison, mais –tout comme l'homme- elle peut aider à gagner de l'argent » (“Ahora, mi idea respecto a la mujer es que no solamente para cocinar, puede también hacer otras cosas: puede trabajar en oficinas, o en el campo, fumigando, podando, haciendo injertos. Puede estar en la casa, pero – igual que el hombre- puede ayudar con dinero”, Arminda Caracoles Rivera, 24 años, Malcastaca, , in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).*

Ana Gomes et Danda Prado explique qu'au Brésil *« les femmes qui travaillent ont des problèmes de garde d'enfants insolubles. Il n'y a pas si longtemps [à l'époque], dans le Nord Est, les mères enterraient leurs enfants dans le jardin jusqu'à mi-corps en leur laissant à boire et à manger à portée de la main ! »³⁵⁵. Souvent les femmes élèvent seules les enfants issus parfois de différents partenaires et « c'est un trait propre à la sous-culture de la pauvreté qu'on retrouve souvent en Amérique Latine »³⁵⁶.*

Au Brésil, *« l'augmentation considérable de l'activité des femmes – un des changements les plus importants qui se sont produits dans le pays depuis la décennie de 1970 – fut le résultat non seulement de la nécessité économique et des opportunités du marché dans des situations concrètes, mais également, en grande partie, des changements démographiques, culturels et sociaux qui se sont produit dans le pays et qui ont touchés les femmes et les familles brésiliennes. Le marché, qui fait baisser le taux de fécondité, a libéré les femmes qui peuvent s'incorporer au marché du travail, notamment dans les régions les plus développées du pays. L'expansion de la scolarisation et de l'accès à l'enseignement supérieur, a augmenté les opportunités d'accès aux femmes à de nouveaux postes de travail. Enfin, les changements, qui eurent lieu dans les règles culturelles et les valeurs liées à la fonction sociale de la femme, qui se sont vus renforcés par les mouvements féministes depuis les années 70 et par la plus grande présence de la femme sur la scène politique, ont altéré la constitution de l'identité féminine, qui est de plus en plus orientée vers les travail productif. La consolidation de tant de changements est un des facteurs qui peut expliquer non seulement l'augmentation de l'activité féminine, mais également les changements qui se sont produits dans les caractéristiques de la main d'œuvre féminine. Cependant, la nécessité constante de combiner la carrière professionnelle avec les tâches familiales, qui dépend d'une conjonction complexe*

³⁵⁴ M. D. De Suremain, L. Cardona, M. Dalmazzo, *Les femmes et la crise urbaine, ou la gestion invisible du logement et des services urbains*, avec la collaboration de C. Trujillo, AVP, ENDA-AL, FEDEVIVIENDA, 1995, page 144.

³⁵⁵ Ana Gomes et Danda Prado, « Brésil. Les règles du métissage », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 227.

³⁵⁶ Ana Gomes et Danda Prado, *op. cit.*, page 230.

de caractéristiques personnelles et familiales, limite les possibilités du travail de la femme. Le statut civil et la présence des enfants, comme l'âge et le niveau de scolarisation des travailleuses, les caractéristiques du groupe familial, telles que le cycle vital (familles avec des enfants de bas âges, familles mûres, familles avec des enfants adolescents, familles plus âgées, etc.) et la structure familiale (famille conjugale, famille à charge d'une femme, famille agrandie par la présence d'autres membres, etc.), sont des facteurs qui font en permanence obstacle à la décision de la femme de s'intégrer et rester sur le marché du travail, bien que la nécessité économique et la disponibilité des postes de travail jouent un rôle fondamental. Il est important d'avoir conscience que le travail de la femme dépend non seulement de la demande du marché et des nécessités et qualifications de la femme pour satisfaire cette demande, mais également d'une combinaison complexe, en constant changement, des facteurs mentionnés, qui, comme il convient de le souligner, n'affectent pas les mouvements de la main d'oeuvre masculine »³⁵⁷.

Dans tous les pays de la région, la femme est considérée comme responsable de la reproduction, du foyer et de l'éducation des enfants. Elle constitue la principale force de travail en la matière.

La conception de la féminité et l'image de la femme dans la société latino américaine

Marcela Lagarde présente sa thèse de la façon suivante : « *il s'agit de la douleur, de la peur, de l'impuissance, de la servitude et des choses qui se passent dans la réclusion des femmes*

³⁵⁷ “*El considerable aumento de la actividad de las mujeres —uno de los cambios más importantes que se han producido en el país desde el decenio de 1970— ha sido el resultado no sólo de la necesidad económica y de las oportunidades del mercado en situaciones concretas, sino también, en gran medida, de los cambios demográficos, culturales y sociales que se han producido en el país y que han afectado a las mujeres y las familias brasileñas. El marcado descenso de la tasa de fecundidad ha liberado a las mujeres que pueden incorporarse al mercado laboral, especialmente en las diferentes regiones más desarrolladas del país. La expansión de la escolarización y del acceso a la enseñanza superior ha incrementado las oportunidades de acceso de las mujeres a nuevos puestos de trabajo. Por último, los cambios acaecidos en las pautas culturales y los valores relacionados con la función social de la mujer, que se han visto reforzados como resultado de los movimientos feministas desde el decenio de 1970, y de la mayor presencia de mujer en la escena pública, han alterado la constitución de la identidad femenina, que cada vez está más orientada hacia el trabajo productivo. La consolidación de tantos cambios es uno de los factores que puede explicar no sólo el aumento de la actividad femenina, sino también los cambios que se han producido en las características de la mano de obra femenina. Sin embargo, la necesidad constante de combinar la carrera profesional con las tareas familiares, que depende de una compleja conjunción de características personales y familiares, limita las posibilidades de trabajo de la mujer. El estado civil y la presencia de hijos, junto con la edad y el nivel de escolarización de las trabajadoras; las características del grupo familiar, como el ciclo vital (familias con hijos pequeños, familias maduras, familias con hijos adolescentes, familias de más edad, etc.) y la estructura familiar (familia conyugal, familia a cargo de una mujer, familia ampliada por la presencia de otros parientes, etc.) son factores que siempre obstaculizan la decisión de la mujer de integrarse en el mercado laboral y permanecer en él, aunque la necesidad económica y la disponibilidad de puestos de trabajo también desempeñan un papel fundamental. Es importante tener en cuenta que el trabajo de la mujer depende no sólo de la demanda del mercado y de las necesidades y cualificaciones de la mujer para satisfacer esa demanda, sino también de una compleja combinación, en constante cambio, de los factores mencionados, que, como conviene destacar, no afectan a los movimientos de mano de obra masculina” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002, page 175).*

captives dans le monde patriarcal. C'est un livre de théorie anthropologique dont l'objectif est l'oppression des femmes. Dans celui-ci, sont analysées les formes diverses, où l'infériorisation des femmes justifie la discrimination qui les exclut sélectivement des espaces, activités et pouvoirs, et qui en même temps, les inclut compulsivement dans d'autres, théoriquement irrévocables. Pour cela, la nature, l'incapacité, l'incomplétude, l'impureté, la minorité et l'équivoque ont été attribuées à l'identité naturelle des femmes incapables, impures, mineures et manquées (...). Etre dépendantes, soumises à quelqu'un ou à quelque chose sont des attributs de la féminité »³⁵⁸. Plus loin, elle écrit que « les femmes sont prisonnières de leur condition générique dans le monde patriarcal. (...) toutes les femmes sont prisonnières par le simple fait d'être femme dans le monde patriarcal (...). Naître femme implique un futur préfixé, et naître dans une classe spécifique, dans le monde agraire ou urbain, dans une tradition religieuse déterminée et vivre dans un monde analphabète ou lettré, a un poids énorme dans la définition des vies des femmes »³⁵⁹.

« Les conquêtes des latino-américaines sont, sous certains aspects, impressionnantes : la loi leur accorde l'égalité des droits, la maternité est protégée, on leur a ouvert les portes de l'instruction et du travail, elles commencent à se faire remarquer à des postes importants. Cependant, la situation laisse encore beaucoup à désirer. Tout d'abord, la société continue à inculquer aux latino-américaines qu'elles ne peuvent se réaliser qu'à travers leurs enfants »³⁶⁰.

En 1987, le Comité félicite la Colombie pour les postes de responsabilités accordés aux femmes. Cependant, le rapport colombien de 1993 souligne que « le rôle reproductif de la femme, sa finalité maternelle, demeurent le principal moyen dont elle dispose pour se valoriser sur le plan social, avec toutes les contraintes que la sublimation de la maternité fait peser sur ses efforts pour jouer un rôle de leader et de partenaire à part entière dans d'autres secteurs de la société civile »³⁶¹.

Lors du Forum International « Les femmes au 21^{ème} siècle » (CIDEM, 2003), les participantes expliquaient que la féminité s'est construite, y compris dans les mobilisations de femmes, autour de la maternité. Or, selon elles, la féminité et la maternité étaient deux choix qui ne se superposaient pas forcément.

³⁵⁸ “*Trata del dolor, del miedo, de la impotencia, de la servidumbre y de cosas que ocurren en el encierro de las mujeres cautivas en el mundo patriarcal. Es un libro de teoría antropológica cuyo eje es la opresión de las mujeres. En él se analizan las formas diversas en que la inferiorización de las mujeres justifica la discriminación que las excluye selectivamente de espacios, actividades y poderes, a la vez que las incluye compulsivamente en otros teóricamente irrenunciables. Por ello, la naturaleza, la incapacidad, la incompletud, la impureza, la minoridad y el equívoco han sido comentados de la identidad natural de las mujeres incapaces, impuras, menores y fallidas (...). Ser dependientes y estar subsumidas en alguien o en algo son atributos de la feminidad*” (Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres : madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1990, pages 15 et 16).

³⁵⁹ “*las mujeres están cautivas de su condición genérica en el mundo patriarcal. (...) todas las mujeres están cautivas por el solo hecho de ser mujeres en el mundo patriarcal (...). Nacer mujer implica un futuro prefijado, y nacer en una clase específica, en el mundo agrario o en el urbano, en una tradición religiosa determinada y vivir en un mundo analfabeto o letrado, tiene un peso enorme en la definición de las vidas de las mujeres*” (Marcela Lagarde, *op. cit.*, pages 36 et 51).

³⁶⁰ J. Zoraïda Vasquez, in CULTURES dialogues entre les peuples du monde, vol. 8 n°4, 1982, page 110.

³⁶¹ Nations Unies, CEDEF, Examen des Rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'Article 18 de la Convention, Deuxièmes et troisièmes rapports périodiques des Etats Parties, Colombie (CEDAW/C/COL/2-3), 7 avril 1993, page 32.

Dans certains pays, des efforts ont été déployés pour véhiculer une image positive de la femme, une image compatible avec le principe d'égalité des sexes, à travers des campagnes d'information, les médias, un contrôle vigilant ou une attention particulière des instances gouvernementales et des associations de femmes, la modification et l'amélioration des livres scolaires (Nicaragua, Salvador, Costa Rica, Cuba). En République Dominicaine, des campagnes d'information sont régulièrement lancées par la Direction Générale de la promotion de la femme. En Colombie, selon les principes de la moralité publique, les comportements immoraux ne sont pas tolérés, les films obscènes et la vente de matériel pornographique sont interdits ; tout comme les formes vulgaires de la publicité dénigrant les femmes. Au Venezuela, « *le conseil national de la femme s'attaque entre autres à éradiquer les stéréotypes discriminatoires, à éliminer le sexisme des livres scolaires et à modifier certaines pratiques pédagogiques* »³⁶².

Au Chili, « *pour aider à dépasser les barrières culturelles et sexuelles qui rendent la discrimination des femmes invisible, le SERNAM a mené un certain nombre de campagnes d'information publiques : 'faisons un nouveau pacte', 'Opportunité égale pour les femmes', 'Femme, connais tes droits' et 'il vaut mieux vivre sans violence entre les hommes et les femmes', pour n'en nommer que certaines* »³⁶³.

Au Brésil, la Loi n°4.117/62, qui établit le Code de Télécommunications de Brésil, sanctionne l'utilisation de moyens de communication pour des pratiques discriminatoires. De 1986 à 1988, le CNDM et l'Institut National des Etudes Pédagogiques du Ministère de l'Education ont mené une campagne nationale destinée à examiner à l'école, le rôle de la femme dans la société, et éliminer les images stéréotypées des fonctions de la femme et de l'homme. En 1996, le CNDM et le Ministère de l'Education signèrent un protocole de coopération qui donna lieu à des sélections et recommandations de livres scolaires qui ne reproduisaient pas les stéréotypes de genre ou de races.

Mais en général, dans l'ensemble des pays d'Amérique Latine, malgré les efforts, les images de genre, et notamment de la femme, véhiculées à travers les médias, les livres scolaires restent guère compatibles avec les principes d'égalité des sexes, suivent des schémas sexistes, stéréotypés, et marquent la séparation traditionnelle des rôles (Bolivie, Colombie, Equateur, Haïti, Panama, Venezuela). Ces images sont assez réductrices, montrant par exemple la femme au foyer, et restent particulièrement défavorables à l'idée et l'opportunité d'émancipation des femmes.

En Argentine, 3 images de la femme caractérisent le monde féminin : celle d'Evita Perón symbole de résistance; celle de la modernité avec l'autonomie financière et affective; et enfin celle de la mère ou de la maîtresse de maison, associée à 'l'effacement'. Au Venezuela, l'image de la femme reste assez traditionnelle et stéréotypée, avec un attachement particulier à la beauté et à l'apparence, comme le montre l'événement national, médiatique et social, de l'élection Miss Venezuela.

³⁶² G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 445.

³⁶³ "To help overcome the cultural barriers and sexual stereotypes that make discrimination against women invisible, SERNAM has carried out a number of public information campaigns: "Let's Make a New Deal", "Equal Opportunity for Women", "Woman, Know Your Rights" and "Better Living without Violence between Men and Women", to name a few" (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Third periodic reports of States parties, Chile, CEDAW/C/CHI/3, 27 January 1999, page 14).

L'image de la femme latino-américaine est également celle de l'objet sexuel, essentiellement en Colombie et au Brésil. Au Brésil, l'image féminine est dévalorisée et stéréotypée, mais elle est surtout celle d'un objet sexuel. Ana Gomes et Danda Prado, dans le livre d'Elisabeth Paquot sur la situation des femmes dans le monde, rendent compte de l'esclavage de la femme indienne ; « *quant à la femme 'authentiquement blanche' (...), elle n'est qu'une machine à faire des enfants* »³⁶⁴. Les fantasmes perdurent dans le pays : « *les blancs continuent à se faire de la femme de couleur l'image d'un être en qui toute la volupté des tropiques s'est faite sexe, pour le plaisir exclusif du mâle. Comme le dit un proverbe : 'la mulâtresse au lit, et la blanche à l'autel'* »³⁶⁵.

Selon Hanna Binstock, l'utilisation effective des moyens de communication pourrait impulser les transformations socioculturelles. Mais la proposition d'une norme dans ce domaine est délicate car elle peut compromettre la liberté d'expression et impliquer des procédures de censure.

La vulnérabilité de la femme latino-américaine

A ces obstacles d'ordre culturel, s'ajoutent ceux d'ordre économique et social. Le manque d'accès à l'éducation et à la santé, à de meilleures rémunérations et opportunités, entre autres, est un facteur matériel qui limite l'émancipation et 'l'empowerment' des femmes.

La situation actuelle et les perspectives de la femme en Amérique latine et aux Caraïbes sont liées au développement des pays de la région. Et dans ce sens, on peut noter une certaine dégradation plutôt qu'amélioration de la situation sociale et économique des femmes en Amérique Latine, à travers notamment la féminisation de la pauvreté. Il est clair qu'il est difficile de participer, d'exercer un contrôle dans les instances de pouvoir, et de promouvoir ses nécessités stratégiques de genre, quand les carences sont importantes au niveau de la satisfaction des nécessités fondamentales, des nécessités pratiques de genre. A Haïti, les principaux obstacles à l'égalité des sexes sont plus d'origine économique que politique ou religieuse. Au Costa Rica, la discrimination persiste surtout dans la région peu développée. En Equateur, la situation du pays engendre des dépendances économiques des femmes. Au Paraguay, les discriminations persistent notamment pour les femmes des couches les plus défavorisées (dues aux coutumes et à l'éducation). Au Nicaragua, le principe juridique d'égalité homme-femme se heurte à la réalité de la vie quotidienne. Les hommes et les femmes sont frappés par la dégradation socioéconomique, qui se répercute essentiellement sur les femmes. A Panama, plus d'1/3 des foyers ont pour chef de famille une femme, ce qui alimente la féminisation de la pauvreté.

³⁶⁴ Ana Gomes et Danda Prado, « Brésil. Les règles du métissage », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 225.

³⁶⁵ Ana Gomes et Danda Prado, *op. cit.*, page 226 ; Les auteurs parlent ici de « racisme voilé » : les noires cherchent à se blanchir ; éclaircissement de la peau au fil des générations est considéré comme une progression sociale. « *Ainsi les femmes de couleur préfèrent épouser un blanc pour 'se purger le sang' (limpar o sangue) et mettre au monde des mulâtres plutôt qu'épouser un noir qui les ferait 'revenir en arrière'* », page 226.

La dialectique du ‘dehors- dedans’, son peu de poids social, économique et politique (place qui tend tout de même à évoluer), sa mobilité sociale limitée, la violence quotidienne créent un important fatalisme chez la femme latino-américaine. Son pouvoir de négociation semble restreint, et son estime d’elle-même bien faible. Le sous développement accentue cette situation. La condition de la femme semble également aggravée par l’héritage colonial, l’influence religieuse, traditionnelle, culturelle, par le machisme et les valeurs sociales. « *Apport économique essentiel quoique invisible, passivité politique et attitude psychologique de résignation* »³⁶⁶, pour reprendre les mots de L. Arizpe, sembleraient avoir longtemps caractérisé la femme latino-américaine.

En 1983, le Représentant du Mexique expliquait que les femmes mexicaines avaient davantage conscience de leurs droits grâce notamment à des campagnes d’information par les autorités et les organisations de femmes. Mais cette situation est loin d’être générale. Il est nécessaire que les femmes prennent conscience de leur dignité et de leur capacité comme personnes et de l’apport social qu’elles réalisent comme travailleuses et mères ; et de dépasser la différenciation entre le monde masculin–productif et le monde féminin–reproductif.

*« Je suis Présidente du centre Materno-Infantil, je fais ce travail pour que les autres femmes se dépassent, apprennent à se développer, s’en sortent avec leurs paroles, dans leurs pensées et puissent surmonter la vie que nous vivons. C’est une petite charge car il faut dépenser du temps et de l’argent afin que tout soit pour le mieux. De plus, il faut motiver les femmes pour qu’elles assistent aux réunions. (...) Certains époux viennent aux réunions et voient les choses qu’apprennent les femmes. En revanche, ceux qui ne viennent pas sont ceux qui ne laissent pas leur femme apprendre. Ils ne se rendent pas compte, ou quoi ?, ils ne veulent pas que leur femme se dépasse et apprenne quelque chose de plus. Mais je crois que maintenant les femmes sont mieux, elles se surpassent de plus en plus » (« Soy Presidenta del Centro Materno-Infantil, hago este trabajo para que las demás mujeres sobresalgan, aprendan a desarrollarse, desenvolverse con sus palabras, en sus pensamientos y puedan superar la vida que vivimos. Es una carguita porque hay que gastar tiempo y dinero con el fin de que todo salga adelante. Además, hay que animar a las mujeres para que asistan a las reuniones. (...) Algunos esposos vienen a las reuniones y ven las cosas que aprenden las mujeres. En cambio, aquellos que no vienen son los que no dejan que sus mujeres se capaciten. No se dan cuenta a las mujeres, o qué será?, no quieren que su mujer se supere y aprenda algo más. Pero yo creo que ahora las mujeres están mejor, se están superando más y más », Jacinta Mendoza, 30 años, Orocoté, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).*

³⁶⁶ L. Arizpe, « Amérique Latine : stratégie pour une situation ambiguë », in *Courrier de l’Unesco ‘La femme invisible’*, juillet 1980, p. 34.

CONCLUSION : « L'EGALITE DES DROITS NE GARANTIT PAS L'ABSENCE DE DISCRIMINATION DANS LA PRATIQUE »³⁶⁷.

L'Amérique Latine note d'importantes avancées, de notables progrès à propos des droits féminins, depuis plusieurs décennies, grâce notamment à la mobilisation certes éparse mais massive des femmes. La région a créé des programmes, des plans, des structures pour éliminer les inégalités locales, a déployé de réels efforts pour instaurer l'égalité de droit.

'La' femme latino-américaine est une abstraction. L'hétérogénéité des femmes latino-américaines leur confère une situation, une condition propres à l'espace, à la région, au pays. Car, ne l'oublions pas, l'Amérique Latine est une région aux réalités sociales disparates, avec une modernisation inégale, à l'intérieur même d'un pays. Cependant, sur tout le continent, la situation et la condition des femmes restent dans certains domaines et espaces relativement précaires.

« La plupart des pays a signé la Convention des Nations Unies, CEDAW, sans pour autant l'avoir ajusté à leur législation. Beaucoup moins de pays ont mis en place des politiques et des actions affirmatives pour changer la situation réelle de discrimination. Sur le marché du travail, la femme connaît une importante discrimination avec une inégalité d'opportunités, une dévalorisation des tâches qui lui sont attribuées voire imposées, une absence de protection légale face à la maternité. Le droit du travail des femmes soulève une préoccupation et une mobilisation de l'Etat depuis longtemps. Mais, E. Jelin évoque ici un effet 'boomerang' sans véritables bénéfices pour les femmes. Selon elle, il faudrait à cet égard, supprimer la législation 'protectrice' relative à la force physique, morale et au rôle familial (pas de tâche lourde, qualifiant ainsi le sexe féminin de 'sexe faible' ; pas de tâche nocturne pour protéger sa moralité ; pas non plus de tâche insalubre pour protéger sa faiblesse et pour ne pas affecter sa capacité reproductive) et la remplacer par des principes qui tiennent compte des transformations technologiques, susceptibles de redéfinir, par exemple, les tâches lourdes jusqu'ici interdites. Ceci implique une profonde révision de la relation entre les sphères de la production et de la reproduction, et spécifiquement, une redéfinition des responsabilités et des tâches de l'homme et de la femme dans le travail domestique et dans les rôles familiaux (processus qui sera évidemment lent et difficile à cause du poids de la tradition culturelle). De plus, dans son travail, la femme est parfois soumise à des activités semi serviles, à la prostitution, ainsi qu'au harcèlement sexuel (qui commence d'ailleurs dans les pays centraux à être reconnu comme une violation aux droits humains). C'est un fait important et général en Amérique Latine. Mais l'ampleur effective ne peut être évaluée à cause du silence, de l'invisibilité et de la culpabilité de la victime. Comme pour la violence domestique et les viols, il existe une reconnaissance sociale de ce phénomène et de nombreux services d'appui et d'aide. Mais sans la légitimation de la dénonciation, sans une reconnaissance du phénomène en tant que violation des droits humains, sans instance de

³⁶⁷ Jacques Véron, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997, page 41.

pénalisation des responsables, le harcèlement et l'abus sexuels resteront des faits de sociétés généralisés, globaux »³⁶⁸.

Les droits politiques sont concédés à la femme, mais semblent peu appliqués dans la réalité. L'effectivité des normes qui déclarent l'égalité semble être ébranlée par la discrimination indirecte. Le système patriarcal, le machisme, la subordination des femmes, les violences sociale, familiale, et notamment domestique, contrôlent et déterminent encore à l'heure actuelle la vie privée et publique des femmes latino-américaines.

Les mesures légales protégeant la femme ne garantissent en rien leur application dans la réalité, et n'ébranlent pas forcément les préjugés, les schémas traditionnels et les comportements socioculturels. Dans les faits, le poids des mentalités et la crise économique ont des répercussions non gérées par les gouvernements sur les femmes. L'épanouissement de la femme, sa participation sociale et politique semblent alors contrariés par un certain nombre d'idées et de croyances traditionnelles largement diffusées et parfois indirectement, par le biais de réformes ou de droits, par les médias, les institutions religieuses.

« La directrice de sous siège de la Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPAL) de Mexico, Rebeca Grynspan, indiqua que l'Amérique Latine continuait de vivre dans des sociétés où domine l'inégalité de genre. Bien que soient reconnus les droits des femmes, cela 'ne signifie pas qu'ils s'accomplissent' »³⁶⁹.

Les brèches qui existent entre ce qui est formellement stipulé comme obligation des Etats dans les législations nationales et ce qui est finalement traduit au niveau des politiques publiques sont importantes, tout comme celles qui existent entre ce qui se plante comme politiques publiques et ce qui se concrétise dans la réalité. En Amérique Latine, demeurent un important écart entre la situation de droit et celle de fait, une distance entre la norme juridique et sa réalisation, pas seulement pour le cas des femmes. De même, comme le souligne Nea Filgueira, il existe un décalage entre les marques culturelles et celles implantées par les recommandations, les instruments venant de l'extérieur. Ainsi, la région illustre les paradoxes et les controverses des conventions internationales, qui se veulent universelles.

L'implantation de politiques néolibérales a supposé la redéfinition du modèle de l'Etat et la réduction de ses responsabilités et attributions. Les agents de la communauté internationale, en particulier le système financier international, imposent souvent leur agenda et leadership. La hiérarchie de l'Eglise Catholique, appuyée par les secteurs conservateurs de la société, joue également un rôle influent dans la médiation de certains conflits, et dans la définition des politiques, ainsi que les mouvements féministes et féminins. En Uruguay, *« les actions développées ne constituent pas une politique d'Etat et dépendent de l'initiative et de la volonté des personnes qui occupent les postes de décisions, ou de l'appui des organismes internationaux, que d'une volonté gouvernementale »³⁷⁰*. Selon R. J. Cook, les conditions qui

³⁶⁸ V. Rozée, « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. La Bot, 2001, pages 74 et 75.

³⁶⁹ «La directora de la subse de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) en México, Rebeca Grynspan, indicó que Latinoamérica todavía vive en sociedades donde predomina la desigualdad de género. Si bien ya se reconocen los derechos de las mujeres, esto 'no significa que se cumplan' » (Redacción central, AP y EFE, «Los derechos de las mujeres se difunden, pero aún no se cumplen», La Razón, 08/03/2005).

³⁷⁰ «Las acciones desarrolladas no constituyen una política de Estado y dependen más de la iniciativa y la voluntad individual de personas que ocupan cargos de decisión, o del apoyo de organismos internacionales, que

bloquent l'accès à l'égalité de droits sont dues en partie au manque de volonté politique sincère pour améliorer la circonstance sociale de la femme.

Hanna Binstock écrit qu'il est temps de passer de la déclaration à l'opérationnalisation³⁷¹. Le processus de reconnaissance de l'égalité des droits et des opportunités entre hommes et femmes doit se traduire en mesures législatives. Mais, pour atteindre des progrès importants dans l'élimination des facteurs discriminants, cela requiert comme condition essentielle que ces progrès en matière légale soient étroitement liés à des actions qui permettent de surmonter les obstacles identifiés dans chaque réalité nationale.

Ana Cristina González, lors du Forum International « les femmes au 21^{ème} siècle », avance la nécessité d'une connaissance approfondie et de se réapproprier les instruments internationaux comme la CEDAW. Au Panama, « *l'amélioration de la situation devra (...) passer par de vastes campagnes d'informations au plan national et par une politique éducative ambitieuse* »³⁷². La situation peut tendre à s'améliorer avec la consolidation et la reconnaissance des mouvements de femmes, qui à travers leur mobilisation peuvent faire pression sur le gouvernement, mais également aider à conscientiser les femmes sur leurs droits et dépasser les clivages sociaux de genre. « *Contre le pouvoir de l'argent, contre le pouvoir de l'idéologie patriarcale. Soulever le droit à la citoyenneté et faire en sorte que la citoyenneté s'exprime* » est désormais le mot d'ordre stratégique des mouvements des femmes uruguayennes.

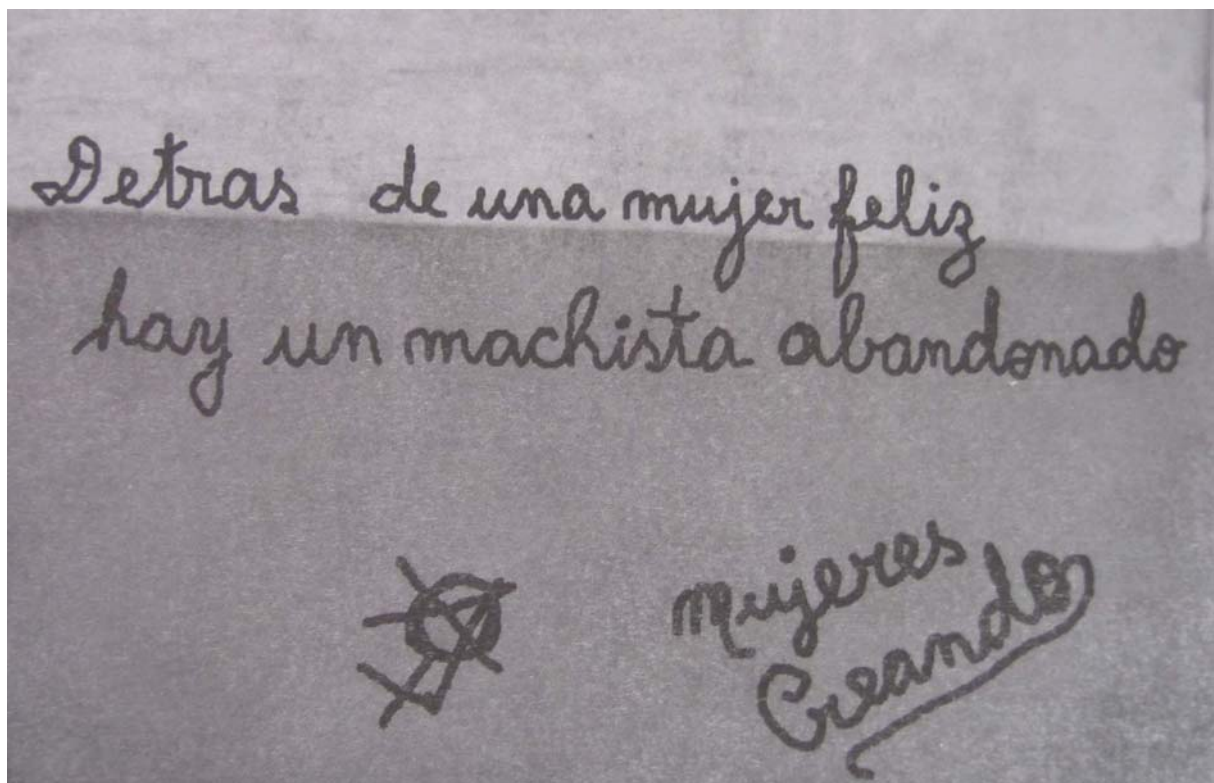
de una voluntad política gubernamental” (Mariana Hernández Valentini, Radiografía del país Uruguay, CLADEM, 2002, page 8).

³⁷¹ Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998.

³⁷² G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 341.

Chapitre V :

« Des mesures politiques à la réalité sociale des femmes en Bolivie »



« Derrière une femme heureuse, il y a un machiste abandonné », Mujeres Creando.

INTRODUCTION

La Bolivie offre une mosaïque humaine exceptionnelle, où vivent communément la société des 'blancs', celle indienne, quechua, aymara. La société bolivienne typiquement multi sociale, multiculturelle comporte une part de traditions et de nouveautés inextricablement mêlées. A la Paz, en particulier, tradition, modernité, et mondialisation coexistent, se mélangent, se confrontent. Parallèlement, la Bolivie connaît d'importants problèmes de pauvreté dans une conjoncture sociopolitique instable et difficile.

« Ainsi, comprendre la société bolivienne actuelle signifie non seulement connaître son histoire compliquée, son passé colonial, son substrat culturel andin, sa dépendance économique ou ses mouvements ethniques émergents. Mais aussi de comprendre la position des hommes et des femmes, leurs relations de genre spécifiques et les rôles et tâches prescrits à chaque genre, en tant qu'éléments qui s'articulent pour conformer une réalité sociale déterminée »³⁷³.

PRESENTATION DU PAYS

Présentation géographique³⁷⁴.

La Bolivie est, depuis le 6 août 1825, une République Démocratique de 9 départements : Pando, La Paz, le Beni, Oruro, Cochabamba, Santa Cruz, Potosi, Chuquisaca, Tarija. Située au cœur de l'Amérique du Sud, elle a des frontières communes avec l'Argentine, le Brésil, le Chili, le Pérou et le Paraguay. La Bolivie a une superficie de 1 098 581 km², et une population estimée à 8 274 325 d'habitants.

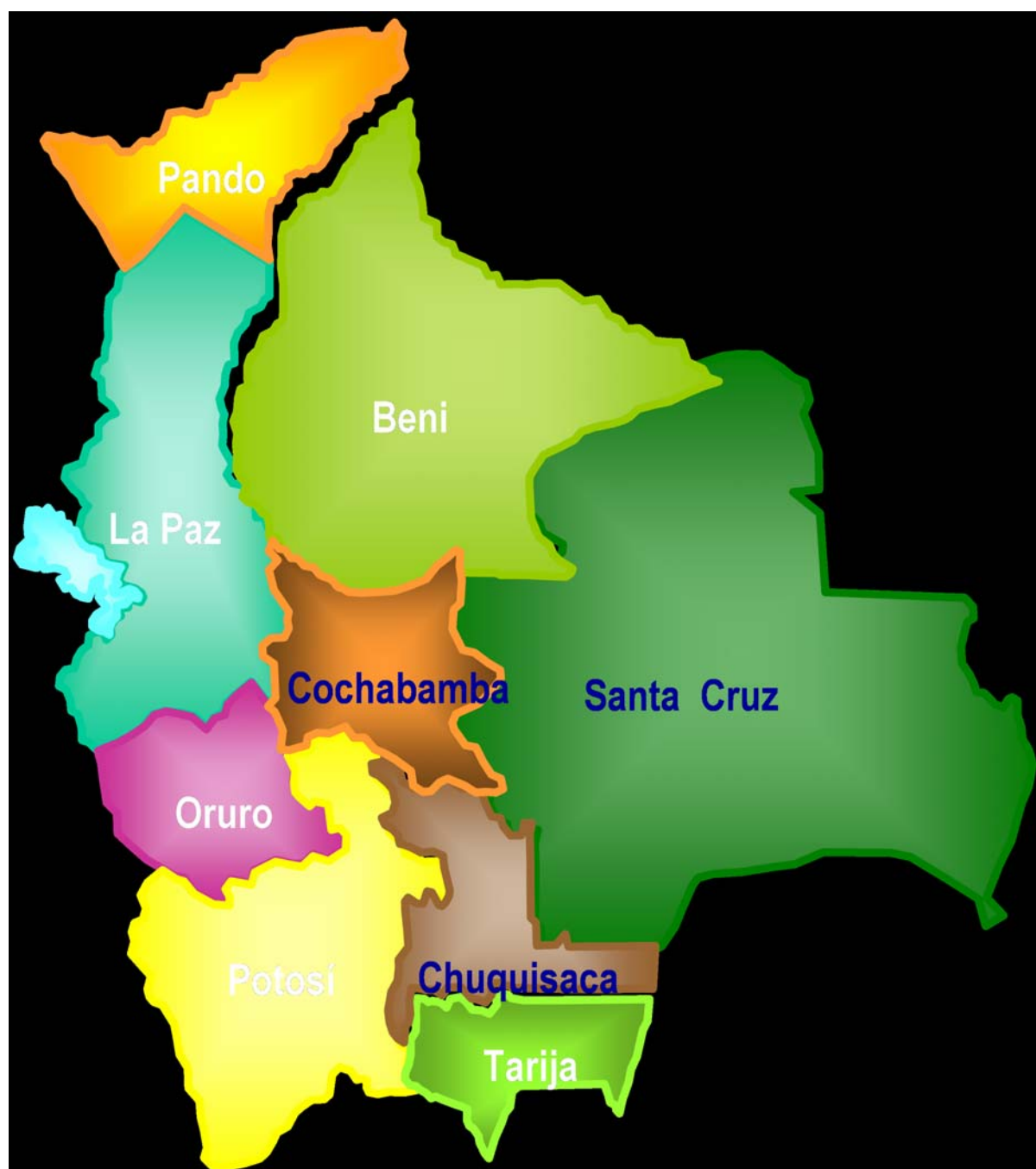
Le pays est divisé en trois zones écologiques.

A l'ouest, dans les Cordillères Occidentale, Orientale et Real, se situe 'l'Altiplano' (le haut plateau), à 3800 mètres au dessus du niveau de mer. Ces hauts plateaux constituent 16% du territoire national et sont peuplés par 43% de la population. Le lac Titicaca, considéré comme

³⁷³ Lola Gonzalez Guardiola, *De Bartolina Sisa al Comité de Receptoras de Alimentos de « El Alto »*, *Antropología del género y organizaciones de mujeres en Bolivia*, Ed. de la Universidad de Castilla La Mancha, 2000, pages 201-202.

³⁷⁴ Selon ENDSA 1998.

Carte de la Bolivie : les 9 départements



source : Présentation de Silvia Salinas Mulder

le lac navigable le plus haut du monde (3810 mètres d'altitude), se situe sur l'altiplano, et s'étend sur une superficie de 3 690 km².

Au centre, sur une altitude entre 2500 et 3000 mètres, se trouvent les vallées et les 'Yungas' (forêt subtropicale), qui couvrent 19% du territoire et 30% de la population nationale. Cette région intermédiaire est caractérisée par son activité agricole et son climat tempéré à chaud.

Enfin, à l'est, les plaines représentent la région écologique la plus vaste (65% du territoire) et la moins peuplée (27% de la population). La zone comprend des plaines et des forêts vierges étendues, riches en faune et en flore. Il s'agit également de la principale zone productrice de feuilles de coca.

Bien que tout le territoire bolivien soit situé dans le Tropique du Capricorne, la Bolivie possède une variété de climats. Si sa topographie n'était composée que de plaines peu élevées, le climat tendrait à être uniforme. Cependant, en Bolivie, la température est régulée par la latitude mais aussi par l'altitude : plus l'altitude augmente, plus la température diminue. Ceci explique qu'il existe des sommets de neige éternelle et de froids polaires, et que sur la même latitude, s'étendent des plaines au climat tropical chaud et humide.

Présentation historico politique

Quelques détails historiques

L'histoire bolivienne a un visage féminin. Des contingents de masses féminines se mobilisaient déjà contre la colonisation espagnole. La colonisation fut rythmée par d'importantes mobilisations politiques et sociales des femmes, et la présence de figures féminines clés dont les plus connues sont Bartolina Sisa et Gregoria Apaza, avec Micaela Bastidas, lors des rébellions de 1780 à 1783, Juana Azurduy de Padilla, Adela Zamudio, Domitila Barrios de Chungara (Voir Annexe V : Les femmes boliviennes célèbres).

Etant au cœur du continent, la Bolivie revêt un intérêt géopolitique considérable. Elle a connu tout au long de son histoire, depuis sa déclaration d'indépendance en 1825, de nombreux conflits armés contre ses voisins, à la suite desquels elle a perdu plus de 50 % de son territoire initial : la guerre du Pacifique (1879–1883) contre le Chili ; les expéditions de l'Acre (1903–1904) contre le Brésil ; la guerre du Chaco (1932–1935) contre le Paraguay. La Guerre du Pacifique contre le Chili, lui fait perdre son accès à la mer et a « *grandement limité son développement* »³⁷⁵.

³⁷⁵ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

La Réforme Agraire constitue un autre moment clé de l'histoire bolivienne après son indépendance, auquel ont participé les femmes, à travers notamment les célèbres commandos féminins, les 'Barzolas'. Avant 1952, les grands patrons manipulaient les gouvernements et l'économie était sous tutelle des nord-américains³⁷⁶. Mais à partir de 1952, et jusqu'à 1964, le pays est gouverné par la gauche et entre dans une période révolutionnaire, caractérisée par d'importantes réformes structurelles, notamment la Réforme Agraire. Le Movimiento Nacionalista Revolucionario (Mouvement Nationaliste Révolutionnaire, MNR) réalise des changements profonds. Il établit notamment en 1952, le vote universel : pour la première fois, les paysans et les femmes ont le droit de vote ; et met en place le Code de l'Éducation, ce qui représente, selon le rapport *Informa País : Bolivia. Organismo Andino de la Salud. Convenio Hipolito UNANUE. Estudios de Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de salud en Subregión Andina* (document non publié), les bases pour réussir un développement national non seulement plus humain mais aussi plus équitatif.

Cependant, la Réforme Agraire n'a pas réussi à augmenter la productivité et à améliorer la condition des paysans. « *Si cette réforme a contribué à la libéralisation psychologique des paysans indiens, elle n'a pas abouti à une amélioration importante de leurs conditions d'existence qui demeurent très précaires* »³⁷⁷.

En plus des conflits armés, la République Démocratique de Bolivie fut à de nombreuses reprises ébranlée avec notamment une succession de coups d'Etat (190 depuis 1825) et de dictatures militaires (lors desquelles, il y eut importantes violations des droits de l'Homme).

Les prémices de la démocratie

De 1964 à 1982, les dictatures se succèdent. La reconquête des libertés et des garanties citoyennes est difficile et douloureuse ; c'est précisément dans cette lutte que les femmes de divers secteurs participent de façon protagoniste et décisive, alors que le gouvernement tente de les immobiliser. Les clubs de mères se constituent en espaces propres de femmes, où elles revendiquent leur droit à la parole, discutent sur leur réalité. Les ONG jouent un rôle très important pendant cette période en promouvant de nombreuses organisations de femmes, en aidant à leur survie ; mais à cette époque, on ne voit pas de demandes spécifiques de genre.

Le 28 décembre 1977, une grève de la faim est entreprise par quatre femmes de mineurs, notamment Domitila Barrios de Chungara, du Siglo XX, un des plus grands complexes miniers du pays, pour protester contre le régime et revendiquer le droit de travailler. Cette grève contribue à la croissance de la mobilisation populaire (1500 grévistes). Le succès est indéniable, puisque la mobilisation conduit à la chute de la dictature du Général Banzer Suarez en 1978.

Malgré l'important succès de cette mobilisation, les femmes de mineurs sont vite retournées dans l'anonymat. La plus connue, Domitila Barrios De Chungara, pose sa candidature à la Vice Présidence de la République en 1978 (Front Révolutionnaire de Gauche, FRI) et obtient

³⁷⁶ Voir Joel Delhom, *Les organisations non-gouvernementales de développement en Amérique Latine : aperçu général et éléments pour une approche du cas bolivien*, sous la direction de Claude Bataillon, Toulouse Le Mirail, IPEALT, 1991.

³⁷⁷ Joel Delhom, *op. cit.*, page 60.

un score négligeable (1,22 % des voix), les résultats seraient frauduleux. Elle abandonne ainsi toute activité politique³⁷⁸.

Entre 1978-1982, la Bolivie est marquée par une importante instabilité politique : se succèdent 10 présidents et une Junte de Commandants. En 1979, une femme, Lydia Gueiler Tejada est à la tête de la Présidence de la République. Dans *Mi Pasión de Lidereza*, Lydia Gueiler Tejada décrit les différents moments qui ont marqué l'histoire bolivienne : la Guerre du Chaco, la Révolution de 1952, les diverses dictatures. Elle témoigne de son intense lutte pour la démocratie au sein du Mouvement Nationaliste Révolutionnaire, alors parti politique clandestin, auprès de Hernan Siles Zuazo ; une lutte rythmée de coups d'Etat, répressions et de nombreux exils en Amérique Latine et en Europe. Elle retrace son arrivée au pouvoir, évoque son gouvernement (1979–1980) fragilisé par une importante crise politique et institutionnelle³⁷⁹.

En 1980, les autorités boliviennes adressent une lettre au Secrétaire Général pour informer qu'elles sont disposées à convenir d'une date pour qu'une délégation de la Commission des Droits de l'Homme se rende en Bolivie. M^{me} Warzazi, chargée d'analyser les renseignements, a fait observer qu'il fallait « *tout d'abord rappeler qu'aucune enquête approfondie et complète sur la situation des droits de l'Homme dans ce pays n'a encore été réalisée par un organe international impartial* ». Selon l'analyse, il y aurait un lien direct entre les violations des Droits de l'Homme et les événements qui se sont produits dans le pays après le coup d'Etat militaire. M. Hector Gros Espiell, envoyé spécial de la Commission en Bolivie (20-27 octobre 1981), souligne que des violations graves, massives et persistantes des Droits de l'Homme ont été commises en Bolivie à partir du 17 juillet 1980, date du coup d'Etat militaire du Général Luis Garcia Meza Tejada³⁸⁰.

Cette période est décrite et racontée par Sarah Arnez : « *Si... Toute notre vie fut un dévouement absolu, non, à la récupération de la démocratie... en mettant en risque, notamment, notre propre vie, notre propre sécurité et nous avons été prisonniers, je suis partie en exil... et... finalement, restituer la démocratie dans notre pays, non. Cette histoire du pays, c'est l'histoire de ma propre vie, car quand il y avait la dictature dans mon pays, ma vie était très difficile, très compliquée. Quand nous récupérons la démocratie, j'ai beaucoup plus d'espaces pour me développer, mais aussitôt, venait une autre dictature... L'époque des années 80 jusqu'à 1982, il y eut comme 5 présidents... un après l'autre par coup d'Etat, non... Ils constituent de nombreuses années où... je ne peux avoir une vie normale parce que je suis engagée dans une cause qui était la démocratie seulement, non...* » (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

Tout au long de cette période, les femmes s'organisent contre la dictature, pour la démocratie. Lydia Gueiler Tejada, dans son ouvrage autobiographique, évoque les mouvements féminins, les figures féminines de l'époque qui contribuèrent à la démocratisation du pays et des droits des femmes. La femme a lutté pour obtenir ses droits civils, et a résisté contre la dictature,

³⁷⁸ Voir S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995; J. P. Lavaud, *La dictature empêchée : la grève de la faim des femmes de mineurs, Bolivie, 1977-1978*, CNRS éditions, Collection Amériques/Pays Ibériques, 1999 ; Lola Gonzalez Guardiola, *De Bartolina Sisa al Comité de Receptoras de Alimentos de « El Alto »*, Antropología del género y organizaciones de mujeres en Bolivia, Ed. de la Universidad de Castilla La mancha, 2000.

³⁷⁹ Lydia Gueiler Tejada, *Mi Pasión de Lidereza*, CIDEM, 2000.

³⁸⁰ « La Bolivie et la Violation des Droits de l'Homme », in Nations Unies, Activités de l'ONU dans le domaine des Droits de l'Homme, 1986, page 237.

« manifestant son désir de jouer un rôle direct dans la politique du pays »³⁸¹. Cependant, cette participation pourtant active dans les luttes, dans les revendications, pour la démocratie pendant les dictatures et la répression n'a jamais été reconnue.

Retour à la démocratie : les années 80

En 1982, après avoir changé 11 fois de chefs d'Etat en 3 ans, la Bolivie revient à la Démocratie avec l'élection d'Hernán Siles Suazo à la Présidence de la République. La période de 1982 à 1985 caractérise la reconquête de la démocratie. Mais, l'idéalisation fait vite place au désenchantement. En effet, le passage à la démocratie s'accompagne d'un processus d'inflation et d'une profonde crise économique, et la gauche reste incapable de gérer l'économie du pays.

« L'Amérique Latine, dans les années 1980, voit apparaître une véritable crise économique avec notamment celle de la dette. Au milieu des années 1970, les gouvernements centraux et les banques privées du Nord ont commencé à prêter de grandes quantités d'argent aux gouvernements latino-américains. A cette époque, beaucoup de pays étaient sous gouvernements militaires. L'argent fut donc utilisé à d'autres fins qu'au développement des pays (achats d'armes, principalement pour la répression interne, projets de grands travaux comme de grandes routes, des centrales hydroélectriques), une importante proportion servait également à payer le service de la dette, qui semblait de plus en plus difficile à rembourser. Au Chili, il était dit que l'on prête aux riches pour payer les pauvres³⁸². Cette période, appelée 'décennie perdue' pour le développement économique et social, crée un véritable appauvrissement de l'Etat et de la population. Récessions économiques, baisse des prix du pétrole (crise économique du Mexique en 1982), baisse des revenus, inflation galopante, ont d'importantes répercussions sur l'ensemble de la population et surtout sur celle des secteurs les plus pauvres, les secteurs populaires. La décennie perdue se caractérise par un important chômage, une baisse du salaire et du revenu réel, et une augmentation des prix des produits de consommation basique. Ces habitants mangeaient moins, travaillaient plus et s'engageaient dans une variété d'activités pour améliorer les revenus et trouver de la nourriture. L'aire populaire se corollaire au chômage, au sous emploi, aux salaires moindres et donc au développement de l'économie informelle. Les plus affectés furent donc les secteurs les plus pauvres de la population, c'est à dire les femmes pauvres et leurs enfants, qui en peu de temps passèrent d'un état de pauvreté à un état d'extrême pauvreté »³⁸³.

Les inégalités sociales et économiques ne disparaissent donc pas mais au contraire s'approfondissent. La grave crise économique a obligé le gouvernement et les mouvements, organisations et institutions de la société civile, à lutter pour la satisfaction des nécessités de base comme objectif prioritaire, les revendications spécifiques de la femme étant considérées comme secondaires.

³⁸¹ Nations Unies, Activités de l'ONU dans le domaine des Droits de l'Homme, 1986, page 4.

³⁸² M. Fuentes, « Feminismo y movimientos de mujeres populares en America Latina », in Cuadernos americanos, vol. 6, n°30, novembre-décembre 1991, pages 220 et 221.

³⁸³ V. Rozée, « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. La Bot, 2001, page 15.

Face à la crise, de nombreuses femmes s'investissent dans des organisations comme stratégie collective de survie. Dans ce contexte d'hyperinflation et de baisse des revenus familiaux, les femmes assument également une série d'alternatives individuelles pour générer des revenus face aux limites et aux possibilités prédéfinies par la structure machiste et patriarcale de la société.

A partir de 1985

L'économie bolivienne est traditionnellement fondée sur la production de minéraux. Avec l'importante crise économique de 1985, de nombreuses mines sont fermées, et COMIBOL (Corporation Minière de Bolivie) cesse toute activité, ce qui supprime 23 000 emplois et délaisse de nombreuses mines³⁸⁴. Cependant, les femmes deviennent dès lors plus actives.

L'année 1985 constitue un important moment dans l'histoire bolivienne, moment caractérisé par une modification substantielle de l'économie et du système politique national. Le gouvernement met en place un nouveau modèle de développement économique, le modèle libéral déjà essayé par quelques pays voisins et 'suggéré' par des organismes internationaux.

« La Banque Mondiale et le Fond Monétaire International (FMI) proposent une aide économique aux pays pauvres, au moyen de prêts conditionnels : des programmes imposent à ces pays de restructurer leur économie afin de satisfaire les organismes de prêt. Ces ajustements sont envisagés au cas par cas, mais exigent généralement des Etats qu'ils réduisent leurs dépenses, particulièrement dans le domaine social, qu'ils diminuent ou suppriment les subventions et libèrent les prix concernant la nourriture, le logement, l'éducation, les transports..., qu'ils privatisent les fonctions de l'Etat, qu'ils renoncent à planifier l'économie, laissent s'installer les investisseurs étrangers, dérèglementent le secteur industriel, s'ouvrent au commerce international et à l'économie de marché. L'objectif est donc clairement d'aligner leur économie sur le libéralisme de marché. L'ajustement structurel désigne le processus par lequel les nations pauvres remodelent leur économie pour satisfaire ces exigences »³⁸⁵.

Le 29 août 1985, 3 semaines après son mandat, le nouveau gouvernement du MNR sous Victor Paz Estenssoro met en place l'historique Décret Suprême (DS) 21060, qui établit la Nouvelle Politique Economique (NPE) du pays à travers un programme drastique d'ajustement et de stabilisation, une politique monétaire et fiscale stricte, dont les dispositions sont destinées à freiner l'hyperinflation et rétablir l'équilibre interne et externe. Le DS 21060 inclut l'ouverture au commerce extérieur, la libéralisation des taux d'intérêts, la libre négociation de contrats de travail pour le secteur privé et l'ajustement fiscal. Il redéfinit les relations entre le marché, l'Etat et la société. Le 27 juillet 1988, le gouvernement bolivien approuve l'accord avec le FMI pour l'exécution du Memorandum des mesures de politique économique et financière, élaborées dans le cadre de l'Ajustement Structurel.

Dès lors, la Bolivie est soumise à la Loi d'Arain du marché préconisée par le FMI et les gouvernements libéraux se succèdent. L'économie est marquée par une politique néolibérale

³⁸⁴ Voir Susanna Velasco, « Les veuves de la montagne d'argent », in *Courrier International* n°631 du 5 au 11 décembre 2002, pages 52 et 53.

³⁸⁵ J. Seager, *Atlas des femmes dans le monde*, Editions Autrement, 1998, page 123.

d'ajustements structurels, sans oublier le poids de la dette publique. Cela crée une véritable carence budgétaire de l'Etat et il semble difficile de répondre aux nécessités d'infrastructure de base. D'où la fragilité et la dépendance extrêmes de l'économie bolivienne.

Les conséquences économiques et sociales immédiates du néolibéralisme en Bolivie sont la stagnation de l'appareil productif national, l'expansion du secteur informel de l'économie, et la suspension des solutions sociales pour donner priorité à la stabilisation macroéconomique. « Depuis 6 ans, l'absence de reprise économique pèse sur le niveau de vie de la population urbaine et rurale »³⁸⁶.

Les effets de la crise et des ajustements structurels ne sont pas homogènes sur la population ; ces derniers ont particulièrement affecté les groupes spécifiques tels que les femmes. En effet, la crise économique qui commence dans les années 80, la stabilisation subséquente et les mesures d'ajustement économique semblent avoir un effet spécialement négatif sur les femmes, car cela a augmenté le nombre de foyers tenus par des femmes, la violence domestique, et cela a obligé la retraite des services sociaux³⁸⁷. « Tous ces facteurs retardent la mise en application des mesures prévues dans les stratégies de Nairobi pour la promotion de la femme »³⁸⁸. L'impact des programmes d'ajustements structurels sur les femmes et la féminisation de la pauvreté constitue une des préoccupations du CEDEF, lors de l'examen du rapport bolivien en 1995³⁸⁹. Lors du Forum International « Les femmes au 21^{ème} siècle » (CIDEM, 2003), Maria Consuelo Mejía, anthropologue, directrice de Catholiques pour le Droit de Décider au Mexique, parle de capitalisme sauvage. Les femmes ont joué un rôle important dans les changements structurels de la société bolivienne, en particulier les groupes populaires de femmes, tels que les clubs de mères, les comités de 'Ama de Casa' (femme au foyer), dont l'objectif était de palier la crise économique, et dont l'organisation était utilisée pour développer des espaces d'interlocution.

Les grandes réformes de seconde génération : les années 90

A partir des années 90, la Bolivie signe les différents traités internationaux, tels que la Convention sur les droits de l'enfant approuvée en avril 1992, et à travers la loi n°1157 du 11 juillet 1991, l'accord 169 de l'Organisation Internationale du Travail sur les populations indigènes et tribales. Et à partir de 1993, d'importantes réformes sont adoptées, réformes appelées de seconde génération. Les principaux propos du nouveau gouvernement du 6 août 1993 sont la transformation de l'économie, la modernisation de l'Etat, l'approfondissement de la démocratie, en la rendant plus participative et en encourageant la construction de la citoyenneté des secteurs les plus marginalisés.

³⁸⁶ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des Etats parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 3.

³⁸⁷ BM, 1989, repris par Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

³⁸⁸ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, *op.cit.*, page 3.

³⁸⁹ Concluding Observation of the Committee Bolivia 31/05/95, in G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 154.

Dans la structure de l'Etat, les changements les plus importants sont la capitalisation des entreprises publiques, à travers laquelle furent abandonnées les fonctions productives de l'Etat, et la Réforme du pouvoir exécutif, avec la création des Ministères du Développement Economique, du Développement Humain et du Développement Durable, en redéfinissant les nouvelles fonctions de l'Etat³⁹⁰.

Plus tard, est adoptée la Loi de Participation Populaire, qui pour la première fois dans l'histoire de la Bolivie apporte des ressources économiques, le pouvoir politique et de décision sur les problèmes des zones rurales, avant exclues. C'est la mesure considérée comme la plus importante depuis la perspective du développement humain, pour combattre l'exclusion sociale, avec des composantes qui vont de l'économie, du social, du politique, de l'administratif jusqu'au culturel. Cette loi établit que 20% des recettes totales de la Trésorerie Générale de la Nation (TGN) doivent être repartis aux 311 Gouvernements Municipaux en fonction du nombre d'habitants de chaque juridiction municipale, sous la vigilance de Comités nommés directement par les Organisations Territoriales de Base ('Organizaciones Territoriales de Base', OTBs), et sans l'intervention des autorités officielles. Ces Comités sont des instances de supervision et de contrôle social du bon usage des ressources et de la gestion municipale. La Loi de Participation Populaire augmente le pouvoir de décision des 9 départements et des 311 municipalités.

Les lois de Décentralisation Administrative, également votées à cette époque, et de Participation Populaire, contribuent à modifier le panorama en transférant des ressources aux gouvernements municipaux et aux préfectures départementales, en définissant des nouveaux rôles et responsabilités dans le maniement du pouvoir local. Malheureusement, les 'municipios' (municipalités) convertis se sont endettés. De plus, ces derniers ont impulsé d'importants travaux d'infrastructure au lieu de donner la priorité aux actions du développement humain.

Les années 90 sont également marquées par l'introduction de nouveaux services publics tels que les systèmes de sécurité sociale pour la maternité et la vieillesse, et la Réforme de l'Education. En 1994, la Constitution politique est revue et la Bolivie est pour la première fois déclarée comme une République multiethnique et pluriculturelle. Dans son premier article, la nouvelle constitution reconnaît la diversité socioculturelle : « *La Bolivie, libre, indépendante, souveraine, multiethnique et pluriculturelle, constituée en République unitaire adopte pour son gouvernement la forme démocratique représentative, fondée sur l'union et la solidarité de tous les boliviens* »³⁹¹.

A partir des années 90, pour la première fois en Bolivie, sont également formulées des politiques sociales pour les femmes prenant en compte la multisectorialité, la diversité et les relations de genre.

³⁹⁰ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 18.

³⁹¹ "Bolivia, libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural, constituida en República unitaria adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unión y la solidaridad de todos los bolivianos".

Ces réformes et politiques sont considérées favoriser les populations historiquement marginalisées³⁹². Ces changements de vision ne sont pas seulement le résultat de décisions par l'Etat, mais également sont des réponses à des changements sociaux plus profonds. Les organisations de femmes jouent un rôle prépondérant dans la génération d'un processus de discussion interne, et dans l'introduction d'un débat quotidien sur les nécessités et les perspectives des femmes.

Présentation politique



Ecusson de la Bolivie

La Bolivie est un Etat démocratique. La Constitution Politique de l'Etat établit dans son article 2 que la souveraineté réside dans le peuple, est inaliénable et imprescriptible ; son exercice est délégué aux pouvoirs Législatif, Exécutif et Judiciaire. L'indépendance et la coordination des ces pouvoirs sont la base du gouvernement.

L'Etat revêt 3 pouvoirs.

Le pouvoir législatif est formé par 130 députés plurinominaux et uninominaux³⁹³, repartis en diverses commissions, et la Chambre Haute ou Sénat, composée de 27 sénateurs mandatés pour 4 ans.

Le pouvoir exécutif est constitué par un président et un vice-président de la République élus au suffrage direct pour une période de 5 ans. Il est composé, jusqu'en mai 2005, de 14 ministères, dont les ministres sont désignés par le Président : Ministère des Relations Extérieures et du Culte, Ministère de la Présidence, Ministère de la Défense Nationale, Ministère du Développement Durable et de la Planification, Ministère des Finances, Ministère

³⁹² Selon un document de la Coordinadora de la Mujer, le résultat montre cependant que le revenu par habitant a diminué, et que le nombre de pauvres a augmenté en Bolivie (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003).

³⁹³ Les députés pluri nominaux sont ceux qui sont inclus dans les listes présentées par les partis politiques ; les députés uninominaux sont élus directement par la population dans leur circonscription ; sur 130 députés, 68 sont uninominaux et 62 sont pluri nominaux.

du Développement Economique, Ministère des Affaires Paysannes et Agricoles, Ministère des Affaires Indigènes et des Peuples Originaires, Ministère des Services et des Œuvres Publics, Ministère de l'Education, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Travail, Ministère de l'Industrie Minière et des Hydrocarbures, Ministère de Participation Populaire, Représentante Présidentielle Anticorruption, Représentant Présidentiel pour la révision et l'amélioration de la capitalisation, Représentant Présidentiel pour le Développement Institutionnel. Le nombre, le nom, et la composition des Ministères varient selon les gouvernements.

Le pouvoir judiciaire (Cour Suprême de Justice) est régi par 15 juges, dont le siège est à Sucre. Il s'agit de la plus haute instance d'appel du système judiciaire³⁹⁴.

Depuis 1982, la démocratie semble tenir, sans oublier toutefois, qu'en 1997, les boliviens élisent au pouvoir un ancien dictateur des années 70, sous lequel, à l'époque, il y eut de nombreuses tortures et disparitions. De plus, la Bolivie reste marquée par une importante instabilité sociopolitique. Depuis l'étude, soit depuis 2001, se sont succédés 5 présidents. Comme l'explique Gloria Ardaya Salinas, sociologue, professeur chercheuse à la UMSA et député parlementaire, lors du Forum International « Les femmes au 21^{ème} siècle », organisé par le CIDEM en 2003, depuis toujours il existe dans le système politique bolivien deux patrons hégémoniques : la démocratie constitutionnelle et la démocratie de masse. Les événements de la Guerre du Gaz, en octobre 2003 sont notamment un exemple du pouvoir direct du peuple, de la démocratie de masse³⁹⁵. Dans ce système, l'Eglise, le Défenseur du peuple et l'Assemblée Permanente des Droits Humains jouent un rôle prépondérant dans la médiation entre la population et l'Etat.

Aujourd'hui le système politique bolivien traverse une importante crise, et les partis perdent de plus en plus de crédibilité. Sarah Arnez, conseillère municipale d'El Alto, raconte que le front organisé pour la démocratie n'a pu répondre aux attentes du peuple. La gauche exigeait beaucoup, et la droite le boycottait. Fut alors mise en place une démocratie formelle, une démocratie représentative, où furent négociés les espaces politiques et non le programme politique. Le Mouvement de la Gauche Révolutionnaire ('Movimiento de la Izquierda Revolucionaria', MIR), parti politique auquel Sarah appartenait, qui était un parti de gauche, qui n'avait jamais cessé la lutte pour la démocratie, s'est converti également en parti de la démocratie formelle. « *Cette démocratie ne s'est jamais reflétée dans les poches du peuples* », déclare Sarah. La pauvreté, selon elle, est intacte, voire pire depuis les politiques d'ajustements des années 80, et l'Indice de Développement Humain n'a guère évolué. Les partis politiques ont perdu la crédibilité de la population. Son vote était influencé par le marketing, par les médias. Ces grandes mobilisations, participations sociales auxquelles la population participait ne se sont plus jamais vues. Les boliviens votaient, par exemple, pour le MIR, parce qu'ils étaient de gauche, et le MIR finissait par voter au Parlement pour Hugo Banzer Suarez de Acción Democrática Nacionalista (Action Démocratique Nationaliste,

³⁹⁴ Données selon Nations Unies, Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'Egard des Femmes, Examen des rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des Etats parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

³⁹⁵ Dans *Una semana fundamental, 10-18 octubre 2003*, Hugo José Suárez retrace les événements qui marquèrent le mois d'octobre 2003 en Bolivie, les prémices, l'amplification progressive du conflit social et politique relatif à la *Guerre du Gaz*, un conflit qui s'achève par une semaine *sanglante*, celle du 10 au 18 octobre 2003. Par le biais d'articles de journaux, en particulier *La Razón*, d'extraits de tracts écrits par les manifestants, de photographies prises lui-même lors du conflit, Hugo José Suárez nous offre un panorama chronologique et journalistique détaillé qui permet d'appréhender et de comprendre ce soulèvement démocratique du peuple bolivien qui conduira à la démission du Président de la République, Gonzalo Sánchez de Lozada.

ADN), parti de droite. Les décisions du peuple ne se reflétaient donc plus dans les partis. La population a donc décidé de prendre en main le changement, et ainsi survinrent les événements de février, et ceux d'octobre 2003. Sarah pense que le Parlement n'a pas changé, que les partis traditionnels continuent de fonctionner comme ils l'ont toujours fait, c'est-à-dire sans respecter la volonté des citoyens. Cependant, la réforme constitutionnelle a démonopolisé ces partis, et désormais n'importe quel citoyen peut se présenter, corollaire selon elle d'une meilleure attention, sociale notamment (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

Patricia Mercado Castro, économiste mexicaine, explique au Forum International 'Les femmes au 21^{ème} siècle' qu'il existe un certain désenchantement de la politique. La population est fatiguée de la politique, car elle estime un manque de volonté, d'imagination, de responsabilité face aux compromis, aux promesses par les gouvernements, et les personnalités politiques. Marta Villa explique que dans les communautés, l'Etat est perçu comme ce qu'il y a de pire, et celles-ci rejettent tout ce qui vient de l'Etat.

En Décembre 2005, fut élu par suffrage universel direct (premier tour des élections présidentielles), avec plus de 51%, Evo Morales, candidat du Movimiento al Socialismo (Mouvement vers le socialisme, MAS). Evo Morales, leader 'cocalero', est le premier président bolivien d'origine paysanne et indienne.

Présentation économique



Culture de feuilles de coca (Photographie de Fred Savariau)

Approximativement, 50% du Produit Intérieur Brut (PIB) provient de l'activité commerciale, du transport, des établissements financiers, de l'administration publique et autres services. L'agriculture contribue à 15% du PIB, l'industrie manufacturière à 17% et le secteur minier à 9% (ENDSA 1998). L'économie bolivienne est également caractérisée par la culture des feuilles de coca, et notamment par le détournement de son utilisation. La culture de la coca est une culture traditionnelle, mais elle constitue également une stratégie de survie. Il s'agit donc là d'un véritable problème politique et économique, qui mérite l'attention particulière des Etats-Unis.

Malgré la Stratégie Bolivienne de Réduction de la Pauvreté 2001-2003 ('Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza, EBRP, 2001-2003')³⁹⁶, la Bolivie reste le pays le plus pauvre d'Amérique Latine, après Haïti.

Ses indicateurs de développement socio-économique se situent parmi les plus bas de la région. La situation économique s'est empirée avec l'adoption du néolibéralisme dans les années 80, et les mesures d'ajustements structurels, qui ont suspendu les solutions sociales. Depuis, l'investissement dans les services sociaux, tels que la santé, dépend fortement des ressources de la coopération internationale. La logique du marché restreint l'intervention de l'Etat dans le domaine social, ce qui crée, selon Diana Urioste de la Coordinadora de la Mujer, une grande insatisfaction de la population.

Avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé, en 2001, à 0,65, la Bolivie occupe le rang 114 de l'ensemble des pays évalués par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), et est donc classée comme un pays de développement moyen.

En 2003, la dette publique atteint 86, 9% du PIB, avec la somme de 6 750 millions de dollars américains, de laquelle 5 040 millions correspondent à la dette extérieure et 1 710 millions à la dette intérieure³⁹⁷. Le pays bénéficie d'initiatives de diminution de la dette. En 2002, les gouvernements d'Allemagne, des Etats-Unis et du Danemark ont éliminé complètement la dette bilatérale avec la Bolivie³⁹⁸.

En 2003, la Bolivie a traversé une situation politique délicate qui au mois d'octobre aboutit au renoncement du Président Gonzalo Sanchez de Lozada, constitutionnellement remplacé par le Vice Président, Carlos D. Mesa³⁹⁹. Cette crise, déjà latente, fut causée par un projet d'exportation du gaz naturel aux Etats-Unis. Déjà en février, de graves conflits étaient survenus, générés entre autre par une tentative du gouvernement à introduire un nouvel impôt. Ces deux événements eurent des répercussions sur la conjoncture économique et implantèrent un nouvel agenda politique et économique, qui cherche à réviser les normes du secteur des

³⁹⁶ La Stratégie Bolivienne de Réduction de la pauvreté, résultat d'un processus participatif, le 'Dialogo 2000', comporte 4 principes : augmenter les opportunités d'emplois et de revenus, développer les capacités de la population, augmenter la sécurité et la protection, et promouvoir la participation et l'intégration sociale (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003).

³⁹⁷ CEPAL, Estudio económico de América Latina y el Caribe 2003-2004, « Bolivia ».

³⁹⁸ Selon Informe país : Bolivia. Organismo Andino de la salud. Convenio Hipolito UNANUE. Estudios de Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de salud en Subregión Andina, non publié à cette date.

³⁹⁹ Voir Hugo José Suárez, *Una semana fundamental, 10-18 octubre 2003*, Muela del Diablo editores, 2003.

hydrocarbures (réforme de la Loi de Hydrocarbures et référendum sur les exportations de gaz), et les aspects de la structure politique (appel à une assemblée constituante).



Octobre 2003 (Photographie de Christian Lombardi)

Présentation sociodémographique

Indicateurs sociodémographiques de Bolivie

Aire territoriale (km²)		1 098 575
Nombre d'habitants		8 274 325
Population par km²		8
Croissance annuelle (en %)		2,74
Pourcentage urbain		60
Proportion de la population féminine (en%)		50,16
Pourcentage de population par âge	< 15 ans	38
	> 65 ans	5
Taux global de fécondité		4,4
Morts pour 1000 habitants		9
Espérance de vie à la naissance*	total	63
	hommes	61
	femmes	64

Sources: Institut National de Statistiques, 2001 ; ENDSA 98 (*)

Selon le recensement de l'INE, Censo Nacional de Población y Vivienda (Recensement National de Population et Habitat), la Bolivie compte en 2001, 8 274 325 d'habitants, réunis sur un territoire de 1 098 575 km². Selon l'INE, entre 1992 et 2001, la population a augmenté de 2,74%⁴⁰⁰. Le département de La Paz regroupe, en 2001, 28% de la population totale du pays. La Paz, capitale du département, comporte 793 293 habitants en 2001, soit 9,59% de la population totale, avec une croissance de 1,10% entre 1992 et 2001 ; El Alto, 649 958 habitants en 2001 (7,86% de la population totale), avec une croissance de 5,5% entre 1992 et 2001⁴⁰¹. La densité de population au niveau national est d'environ 8 habitants par km², ce qui situe la Bolivie parmi les pays d'Amérique Latine les moins densément peuplés.

Selon le premier recensement de 1976, 59% de la population vivaient en zone rurale. Le dernier recensement de l'INE, en 2001, estime que 40% du total de la population vivent

⁴⁰⁰ Ministerio de Hacienda, INE, *Características sociodemográficas de la Población en Bolivia*, INE, UNFPA, Novembre 2003.

⁴⁰¹ Données du Ministerio de Hacienda, INE, *op.cit.*

désormais en zone rurale, ce qui témoigne d'un processus d'urbanisation⁴⁰². En 2001, dans le département de La Paz, 66,04% vivaient en zone urbaine, et 33,96% en zone rurale.

Selon les 3 recensements réalisés par l'INE (1976, 1992, 2001), on observe une supériorité modérée de la population féminine par rapport à la population masculine, même si la différence est de plus en plus minime. En 2001, 50,16% de la population est composée de femmes, et 49,84% d'hommes. Selon l'INE et les *Proyecciones de Población Departamental* (INE, 96), pour 100 femmes, il y a en 2000, 99,02 d'hommes. En 2001, dans le département de La Paz, pour 100 femmes, il y avait 98,3 hommes⁴⁰³. L'annuaire Statistique de l'INE (2002) estime que 2,1 millions de femmes sont en âge reproductif, défini ici entre 15 et 49 ans.

La population bolivienne est essentiellement jeune, caractéristique des pays en développement. Selon le recensement de 2001, 38% de la population ont entre 0 et 14 ans, et 5% ont 65 ans et plus. L'INE, en 1998, chiffrait que 60% de la population avaient entre 0 et 25 ans ; et 74% entre 0 et 35 ans. En 2001, 35,97% de la population du département de La Paz avaient entre 0 et 14 ans ; 58,37% entre 15 et 64 ans ; et 5,66% avaient 65 ans et plus. L'âge moyen de la population du département était de 21 ans pour les hommes et 22 ans pour les femmes, en 2001⁴⁰⁴.

Le recensement de 2001 calcule un taux de fécondité de 4,4. ENDSA a enregistré un taux global de fécondité de 4,8 enfants par femme entre 1991 et 1994, et 4,2 enfants par femme pour la période de 1995 à 1998. Diverses études qui abordent le thème de la fécondité s'entendent sur le fait que la Bolivie est entrée dans un processus de décroissance de la fécondité, même si celle-ci reste relativement élevée, en particulier dans les zones rurales et marginales. Dans le département de La Paz, le taux de fécondité est de 4 enfants par femme en 2001. Ce taux est plus élevé chez les femmes âgées entre 25 et 29 ans, puis 20 et 24 ans et enfin entre 30 et 34 ans⁴⁰⁵.

Selon le FNUAP, en 2001, le taux de natalité est estimé à 32 pour 1000 habitants, et 75 naissances surviennent pour 1000 femmes âgées entre 15 et 19 ans⁴⁰⁶.

Selon l'INE et le CELADE, le taux de mortalité est estimé à 9 décès pour 1000 habitants, et marque une diminution de 50% entre les périodes 1975-1980 et 1990-1995. Le taux de mortalité infantile est estimé, selon le recensement de 2001 et autres sources d'informations démographiques disponibles, à 66 pour 1000 enfants de moins de 1 an, un taux qui, selon les recensements précédents, a diminué d'environ 56% par rapport au recensement de 1976, et de 12% par rapport à celui de 1992. Dans le département de La Paz, le taux de mortalité infantile est évalué à 64 pour 1000 naissances vivantes en 2000⁴⁰⁷.

⁴⁰² Selon le Vice Ministère de la Femme, en 2002, la zone urbaine regroupait 62,43% de la population et la zone rurale, 37,57% (VMM, *Análisis de equidad de género : 1992-2002*, 2003).

⁴⁰³ Recensement de 2001.

⁴⁰⁴ Recensement de 2001.

⁴⁰⁵ Recensement de 2001.

⁴⁰⁶ FNUAP, *L'état de la population mondiale 2001*, Nations Unies-FNUAP, 2001.

⁴⁰⁷ Recensement de 2001.

L'espérance de vie à la naissance, selon l'Enquête Nationale de Démographie et Santé 1998 (ENDSA 1998), est calculée à 63 ans pour la population en générale, à 61 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes.

Par rapport au statut civil, selon l'INE et le Recensement National de Population et Habitat 2001 (CNPV 2001), environ 50% de la population sont célibataires et ce pourcentage s'avère plus élevé chez les hommes. L'âge moyen de la première union est 24,71 ans⁴⁰⁸.

Selon ENSDA 1998 et l'INE, le foyer bolivien compte en moyenne 4,3 membres et a un homme comme chef dans 81% des cas. A La Paz, selon le recensement de 2001, le foyer comporte en moyenne 3,77 personnes ; le foyer alténien, 3,93.

Cependant, le nombre de foyers tenus par les femmes augmente doucement dans les familles monoparentales, mais également biparentales. En 2002, l'INE chiffre 24% de foyers ayant une femme comme chef de famille. En Bolivie, les femmes chefs de famille sont le produit de divorce, veuvage, migration des hommes ou autres conflits, et les femmes seules qui décident d'avoir des enfants.

Selon l'INE, et le CNPV 2001, un quart des familles boliviennes est déstructurée, c'est-à-dire que le père ou la mère est absent du foyer. 12% sont des femmes seules avec des enfants ; et seulement 3% d'hommes sont dans cette situation.

Selon le Ministère de l'Education, et autres sources officielles de l'INE (CNPV 1992, les enquêtes nationales d'emploi de 1996 et 1997, les enquêtes continues de foyer MECOVI de 1999 et 2000), le taux d'assistance éducative parmi la population en âge scolaire, définie entre 6 et 19 ans, est de 82,30% (à comparaison de 85,10% en 1999).

Les résultats de ENSDA 1998 montrent une certaine progression de l'accès aux services éducatifs : 50% de la population de plus de 5 ans ont un niveau intermédiaire ou plus d'instruction ; et 34% comptent avec un niveau moyen ou supérieur. Selon le FNUAP, en 2001, le taux brut de scolarisation primaire est de 99% chez les hommes et 90% chez les femmes ; et le taux brut de scolarisation secondaire atteint 40% chez les hommes et 34% chez les femmes⁴⁰⁹. En 2000, l'INE estime que 97,31% de la population âgée de 15 à 24 ans sont alphabétisés (enquêtes nationales d'emploi de 1996 et 1997, les enquêtes continues de foyer MECOVI de 1999 et 2000). ENSDA 1998 estime un taux d'analphabétisme chez les plus de 15 ans de 14% avec une importante différence par sexe (7% chez les hommes et 20% chez les femmes). La proportion des femmes en âge reproductif, qui ont étudié au-delà du niveau basique, a augmenté de 52 à 63% entre 1994 et 1998 selon cette même enquête (ENDSA 1998).

Le taux global d'emploi atteint, en 2000, 95,24% de la population, et montre une légère diminution par rapport à 1997 (97,93%)⁴¹⁰.

⁴⁰⁸ D'après les projections de population départementales de 1996, et les enquêtes continues de foyer MECOVI de 1999 de l'INE.

⁴⁰⁹ FNUAP, *L'état de la population mondiale 2001*, Nations Unies-FNUAP, 2001.

⁴¹⁰ D'après les enquêtes nationales d'emploi de 1996 et 1997, les enquêtes continues de foyer MECOVI de 1999 et 2000 de l'INE.

Les indicateurs en Bolivie se trouvent parmi les plus précaires d'Amérique Latine et du monde. Les indices de mortalité maternelle et infantile, de dénutrition et d'analphabétisme sont parmi les plus hauts d'Amérique Latine. Ces indicateurs révèlent également un faible niveau de scolarité et une importante désertion scolaire. Selon le Docteur Javier Torres Goitia, ex ministre de la santé, la principale cause des mauvais indicateurs est la pauvreté générale. Il explique que celle-ci atteint 60% de la population totale, et 95% dans la zone rurale, avec moins d'un dollar américain par jour. La Bolivie est un des pays de l'hémisphère ouest le plus pauvre avec un Produit National Brut estimé à 950 dollars américains par habitant en 2001. Les $\frac{3}{4}$ des boliviens ont un niveau de vie sous le seuil de pauvreté et 1/3 vit dans l'extrême pauvreté⁴¹¹, une pauvreté qui s'exprime essentiellement dans les zones rurales et au sein des populations indigènes du pays. Selon un document des Nations Unies sur les mesures du Millénaire, la pauvreté atteint, en 2001, 62,7% de la population et l'extrême pauvreté, 36,5% de la population, ce qui rend peu probable l'accomplissement de la mesure visant l'éradication de la pauvreté et de l'extrême pauvreté en 2015, qui requiert respectivement un pourcentage de 35 et 17,5%⁴¹².

« Je suis l'unique femme et je suis célibataire. Les autres sont des hommes, tous mariés. Nous vivons dans la même hutte : sept adultes et sept bébés. C'est confortable, la pluie ne rentre pas, mais cela vente dans la maison. C'est pour cela que c'est difficile de cuisiner » (« Soy la única mujer y soy soltera. Los otros son hombres, todos casados. Vivimos en la misma choza: siete adultos y siete wawas. Es cómodo no más, la lluvia no entra, pero ventea adentro. Por eso es difícil cocinar », Flora Cruz, 30 años, Sunchi Tambo, in Peter Lowe, Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis, PASACH, 2003).

En 2001, l'INE calcule que 58,60% du total des foyers ne satisfont pas les nécessités de base par rapport à l'habitat, à l'accès aux services sanitaires de base d'eau, d'énergie, etc. Ce pourcentage a légèrement augmenté depuis 1999, où il représentait 55,11% des foyers⁴¹³.

Présentation culturelle

Diversité culturelle et ethnique

La Bolivie offre une remarquable mosaïque humaine et culturelle, avec environ 35 groupes ethniques, dont les principaux sont les aymaras et les quechuas, qui habitent les zones hautes de la Bolivie.

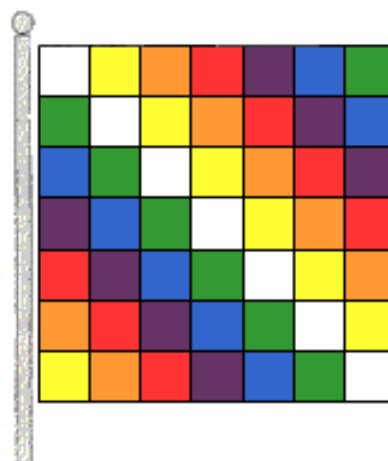
⁴¹¹ United Nations, Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund, « United Nations Population Fund proposed projects and programmes – Bolivia », DP/FPA/BOL/2, 9 February 1998.

⁴¹² Naciones Unidas-Bolivia, *Metas de desarrollo de la Cumbre del Milenio: progreso en Bolivia*, Naciones Unidas, 2001.

⁴¹³ D'après les enquêtes nationales d'emploi de 1996 et 1997, les enquêtes continues de foyer MECOVI de 1999 et 2000 de l'INE.

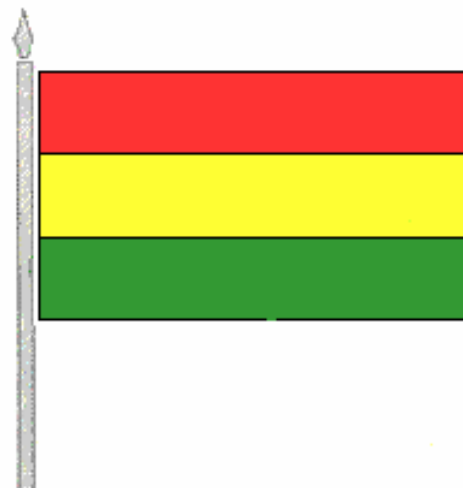
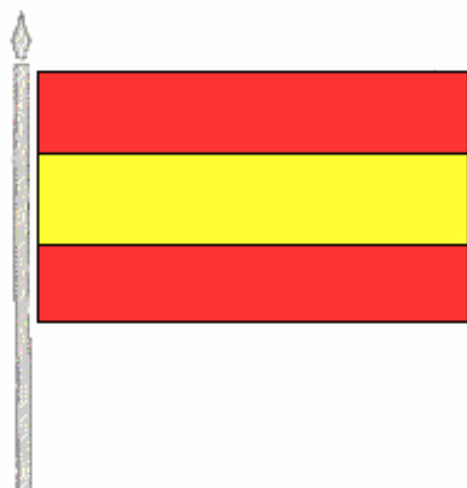
WIPHALAS

EMBLEMAS DE LA CULTURA ANDINA



BANDERAS

EMBLEMAS DE LA CULTURA OCCIDENTAL



Les aymaras se situent essentiellement au nord ouest de l'altiplano, à La Paz, Oruro et Potosi.

Les quechuas constituent une ethnie des vallées intérieures, mais sont présents dans 9 des 10 provinces, essentiellement dans les départements de Chuquisaca, Cochabamba, et Potosi. Il s'agit du groupe ethnique le plus pauvre.

Les $\frac{3}{4}$ des boliviens vivent dans la région andine et appartiennent aux groupes culturels quechua et aymara⁴¹⁴.

Dans la région du Chaco et de l'Orient Bolivien, en particulier dans les départements de Santa Cruz, Tarija, Beni, et Pando, se trouvent les guaranis, qui constituent également un important groupe en Bolivie, ainsi qu'une diversité d'ethnies et de tribus 'tropicales' dont les principales sont les Mojeños, Paunacas, Yuracaes, Guarayos, Chiquitanos, Toronomas, et Matacos.

Plus de 60% de la population appartiennent à une nation ou un peuple indigène. La Bolivie est à cet égard l'un des pays les plus indiens des Andes et d'Amérique Latine. Au-delà des groupes ethniques, qualifiés 'd'originaires', la société bolivienne est également constituée d'un groupe minoritaire d'origine espagnole et coloniale, groupe appelé 'société des blancs' ; et d'un groupe plus important de métisses. Pendant les conquêtes et les dominations des uns sur les autres, les hommes et les femmes ont mélangé leur sang et créèrent de façon permanente de nouvelles formes hybrides d'être et de faire⁴¹⁵.

Les langues

Les langues officielles sont le castillan, le quechua, et l'aymara. Au-delà du castillan, la Bolivie regroupe trois groupes linguistiques : aymaras, quechuas et guaranis. Selon INE, CNPV 2001, seuls 55% de la population déclarent avoir comme langue d'origine le castillan. Malgré le processus de 'castellanisation' la majorité des boliviens parle au moins une langue native, en plus du castillan. Les indigènes parlent leur propre langue, mais beaucoup d'entre eux connaissent aussi l'espagnol. Le bilinguisme est le trait central de la société bolivienne.

La religion

L'Etat bolivien est catholique. Il reconnaît et garantit cependant l'exercice public de tous les autres cultes (article 3 de la Constitution Politique). La population est principalement catholique. Mais on parle plutôt ici de 'syncrétisme', c'est à dire d'un mélange entre la religion catholique dictée par la Bible et les croyances ancestrales des communautés indigènes (exemple de la déesse de la terre, la Pachamama). Ces dernières années, la Bolivie observe

⁴¹⁴ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

⁴¹⁵ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

une importante montée des sectes, une montée souvent justifiée par le fait que la population ne se reconnaît plus dans les préceptes du catholicisme.

Certains lieux et événements boliviens sont déclarés Patrimoine Culturel de l'Humanité par l'Unesco. Tel est le cas de Potosi, des Missions Jésuites de Chiquitos, de Sucre, ville historique, de Samaipata, de Tiwanacu (site archéologique de la culture du même nom), du Parc National Noel Kemp Mercado, et du carnaval d'Oruro.

Une reconnaissance culturelle discriminée

La Bolivie est donc caractérisée par son hétérogénéité, par une coexistence de la pluralité dans ses distinctes manifestations ethniques, culturelles, religieuses, régionales, de langues et coutumes, articulant une dynamique sociale très complexe, dans laquelle, de plus, coexistent des temps historiques distincts. La richesse et la diversité ethnique et culturelle de l'altiplano, les vallées et tropiques sont 'l'orgueil national' de Bolivie. Un des grands paradoxes de la société bolivienne est cette grande richesse culturelle, en contraste avec la pauvreté matérielle. La population indienne a perpétué des traditions séculaires et s'oppose avec succès aux tentatives d'occidentalisation. Mais elle est ainsi marginalisée.

La Constitution Bolivienne reconnaît que la Bolivie est un pays multiculturel et multi linguiste, et a implanté l'interculturalité dans l'éducation, la santé, la participation populaire. « *La loi doit appliquer les coutumes des peuples indigènes, dans la mesure où celles-ci restent compatibles avec le système juridique national* »⁴¹⁶.

Mais, dans la pratique, il ne semble pas y avoir de reconnaissance et d'entendement des différences culturelles et linguistiques. Les relations sociales restent basées sur des relations de discrimination sociale, ethnique et de genre. Mais la séparation entre les grands groupes est davantage une séparation sociale qu'une division purement ethnique. González Casanova (sociologue mexicain) parle de 'colonialisme interne'. Cependant, les groupes sociaux les plus pauvres et marginalisés sont majoritairement les groupes indigènes ou d'origine indigène. Il existe une certaine corrélation entre l'appartenance, l'origine ethniques et la pauvreté (les milieux les plus pauvres sont essentiellement constitués de groupes indigènes ; à l'inverse, les groupes indigènes ne sont pas toujours pauvres).

Les politiques culturelles, malgré les changements, restent axées sur l'homogénéisation et l'imposition de la culture dominante : l'occidentale. La modernisation et le développement furent construits sur une asymétrie de colonialisme interne dans un pays où environ 60% de la population sont considérés comme indigènes ou appartenant à une nation originaire.

⁴¹⁶ Assemblée Nationale, Commission des Affaires Etrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, déposé par la commission des Affaires Etrangères, présenté par Jack Lang, 1998, page 79.

Les femmes et la culture

De nombreux mythes, contradictoires et ambigus caractérisent encore la femme indienne. Ces derniers témoignent de la complexité d'être une femme en Bolivie.

Dans les cultures traditionnelles, les ressources naturelles vitales comme la terre sont associées au féminin : « *la Pachamama est le dieu féminin (déesse) de la terre et de la fécondité, une divinité agricole bénie, conçue comme la mère qui nourrit, protège et soutient les êtres humains* »⁴¹⁷ ; cependant, la crise économique confère aux femmes deux rôles contradictoires : être victime et être destructrice.

Les femmes ne doivent pas entrer dans la mine. La rivalité féminine est à l'origine de cette superstition. « *Qu'ils l'appellent Vierge ou Pachamama, les mineurs de Potosi considèrent le Cerro Rico [Montagne Riche qui domine la ville de Potosi] comme une femme qu'ils déflorent par leur travail, fertilisent par leurs offrandes, et dont ils accouchent chaque jour le minerai. L'activité minière est vécue comme une relation sexuelle fertile entre la montagne et les hommes qui perçoivent les femmes comme leurs rivales* »⁴¹⁸. « *On dit que c'est parce qu'il (el Tio) a peur de la Pachamama, la Terre Mère, qui devient jalouse lorsque les femmes pénètrent dans ses domaines* »⁴¹⁹.

Ces représentations symboliques sont un héritage agricole : « *dans les campagnes de Potosi, les femmes menstruées [étape considérée dans le monde andin comme la plus fertile] ne doivent pas s'approcher des champs cultivés sous peine d'entraîner la perte des récoltes. La croyance d'origine paysanne se serait ainsi adaptée au monde minier* »⁴²⁰.

Dans ce contexte multiculturel, l'utilisation de la catégorie genre renvoie à deux dimensions. Premièrement, elle se réfère à la problématique des femmes et des hommes dans les sociétés (organisation en rôles, genres, opportunités). Et deuxièmement, elle repose sur l'analyse des systèmes culturels, qui régissent les conceptions du monde, légitimant l'ordre dominant, les fondements philosophiques, les religions et les mythes, contribuant à reproduire les rôles de genre⁴²¹.

Les relations humaines et notamment de genre suivent un modèle andin, basé sur la dualité d'opposés complémentaires, qui requiert une relation de réciprocité. « *C'est complémentaire, car l'harmonisation d'un élément avec son contraire est la condition pour l'existence et le progrès de chacun de ces éléments ; contradictoire car quand ils sont en harmonie, un ne se réduit pas à l'autre ; il est nécessaire que chacun garde sa propre spécificité* »⁴²². Il a souvent

⁴¹⁷ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995, page 31.

⁴¹⁸ Pascale Absi, Philippe Crnogorac, « La femme, la mine et le diable », in J. P. Lavaud, M. Leclerc-Olive, *Lazos Bulletin de liaison bolivianiste n°4*, Institut de Sociologie (Lille), décembre 2000, page 80.

⁴¹⁹ Susanna Velasco, « Les veuves de la montagne d'argent », *Courrier International n°631* du 5 au 11 décembre 2002, page 53.

⁴²⁰ Pascale Absi, Philippe Crnogorac, « La femme, la mine et le diable », in J. P. Lavaud, M. Leclerc-Olive, *Lazos Bulletin de liaison bolivianiste n°4*, Institut de Sociologie (Lille), décembre 2000, page 81.

⁴²¹ Tijaraipa. Memoria. « Políticas de Género para el trabajo con pueblos indígenas de las tierras bajas », 19 y 20 de abril de 2001.

⁴²² Lola Gonzalez Guardiola, *De Bartolina Sisa al Comité de Receptoras de Alimentos de « El Alto », Antropología del género y organizaciones de mujeres en Bolivia*, Ed. de la Universidad de Castilla La Mancha, 2000, page 171.

été soutenu que dans les Andes, les relations de genre étaient et sont des relations égalitaires, de complémentarité, sans hiérarchie, fondées sur le ‘chachawarmi’ (‘homme-femme’, en aymara). Le chachawarmi repose sur le concept qu’il « *n’existe pas d’être humain complet s’il n’est pas en couple* »⁴²³. D’autres positions anthropologiques soutiennent que ces relations ne sont pas égalitaires car elles demeurent inégales et hiérarchiques. Certains auteurs (Canessa 1997, Mamani 2000) ont montré que le modèle idéal du Chachawarmi n’a pas toujours un lien pratique c’est-à-dire qu’il ne correspond pas toujours à la vie quotidienne. L’étude de Carmen Yon Leau sur les femmes andines révèle à travers des autodiagnostic, que les relations des femmes avec leurs conjoints sont décrites comme asymétriques et hiérarchiques⁴²⁴. « *L’important ici est de comprendre que les relations de genre sont très marquées par la culture, et que cela n’est pas statique* »⁴²⁵.

La femme est la principale porteuse, protectrice et reproductrice de la culture. Dans la conservation culturelle, comme forme de résistance, les femmes jouent un rôle central, à travers la transmission de génération en génération de la culture (mémoire historique, langues, mythes, rituels, pratiques sur la fécondité...). La construction et la préservation de son identité sont marquées par une combinaison de son identité de genre avec son identité socioculturelle. Un des facteurs les plus expressifs de cette articulation reste le vêtement traditionnel que les femmes d’origine indigène, plus communément appelée ‘cholas’ ou ‘cholitas’, adoptent en ville. Cette tenue traditionnelle est caractérisée par la ‘manta’ (le châle), la ‘sobremanta’ (fin tissus qui recouvre le châle), le ‘sombbrero’ (chapeau melon), la ‘pollera’ (jupe bouffante), et ‘l’aguayo’ (tissus andin tissé, très coloré, essentiellement utilisé pour porter les enfants de bas âge, ou des marchandises).



Une petite cholita et sa mère à Copacabana (Photographie de Sophie)

⁴²³ “*No existe el ser humano completo si no es en pareja*” (Maria Angela Riveros Pinto, « Reflexiones sobre género y etnicidad entre los aymaras : una mirada desde adentro », in RED ADA, *Género y Etnicidad*, Memoria Seminario Nacional, Cochabamba, 5 y 6 de Diciembre 2003, page 17).

⁴²⁴ Carmen Yon Leau, *Hablan las mujeres andinas*, Movimiento Manuela Ramos, 2000.

⁴²⁵ “*Lo importante aquí es comprender que las relaciones de género están muy marcadas por la cultura, y que esta no es estática*” (Maria Angela Riveros Pinto, *op. cit.*, page 18).

AVANCEES POLITIQUES ET SYMBOLIQUES

A la fin des années 70, la Bolivie entre dans un processus de récupération et de consolidation démocratique, dans lequel émergent différents acteurs et actrices sociales, et où la présence de la femme est un fait incontestable. Il semblerait que dès lors il y ait une certaine volonté politique, des intentions des différents gouvernements pour changer la situation des femmes. A partir de la démocratisation du pays, en 1982, avec la 'Unidad Democratica y Popular' (Unité Démocratique Populaire), l'impact de la décennie de la femme commence à se faire sentir et des actions pour le droit des femmes sont déployées par le gouvernement. Mais les actions restent isolées, désarticulées sans nécessairement revêtir une approche de genre. Dans ce contexte démocratique, apparaît la 'Junta Nacional de Solidaridad y Desarrollo Social' (Assemblée nationale de Solidarité et Développement Social), présidée par la première dame de la nation.

Jusqu'à la moitié des années 80, la lutte des femmes était liée au politique et à la crise économique. Puis, se développe progressivement un nouveau discours féminin, en marge du mouvement populaire, centré sur la dénonciation de la violence comme produit et effet de la discrimination et subordination de la femme. La Conférence de Nairobi en 1985, avec la présence d'une délégation bolivienne, correspond à l'irruption des mouvements féministes et de femmes. L'absence de reconnaissance publique et de considération provoque un mécontentement chez les femmes appartenant aux partis politiques ; situation qui se traduit dans certains cas par un questionnement de leur militantisme, mais également par un début de réflexion sur le genre. Le mouvement et la participation des femmes ont en effet permis de développer l'identité de genre.

Le Cadre International

La Bolivie est signataire des principales conventions, pactes et accords internationaux en matière de droits. En 1982, sous le gouvernement du Général Celso Torrelio Villa, la Bolivie ratifie le Pacte International sur les Droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et le Pacte International sur les Droits civils et politiques (PIDCP), puis les protocoles optionnels respectifs. La Bolivie a également ratifié la Convention sur les Droits de l'enfant, la Convention sur les droits politiques de la femme, la Convention pour la suppression du trafic des personnes et l'exploitation de la prostitution, et la Convention Américaine sur les droits humains.

En commémoration du Jour de la Femme Bolivienne, le gouvernement de Jaime Paz Zamora signe le 15 septembre 1989, et ratifie le 8 juin 1990, sans réserve, la CEDAW, une ratification impulsée par la société civile organisée de femmes, notamment la Coordinadora de la Mujer, ONG bolivienne qui regroupe de multiples associations, groupes et ONG de femmes au niveau national. La Convention est intégrée au droit interne et fait dès lors état de Loi de la

République (Loi n°110, du 15 septembre de 1989) ; et l'Etat assume comme la sienne la notion de discrimination contre la femme.

Sous Hugo Banzer Suarez, le gouvernement bolivien signe le Protocole Facultatif de la CEDAW, le 10 décembre 1999, et le ratifie le 27 septembre 2000 (Loi n°2103, du 20 juin 2000). Il aura fallu un travail long et persévérant aux féministes pour obtenir cette approbation du Protocole, qui donne force et effectivité à la Convention de la femme. La Bolivie est le deuxième pays d'Amérique Latine, après le Chili, à impulser l'approbation du Protocole.

Le PIDCP, le PIDESC, et la CEDAW établissent l'obligation de l'Etat Partie à présenter périodiquement, depuis la ratification, un rapport sur les mesures législatives, judiciaires, administratives ou autres qui furent adoptées pour rendre effectives leurs dispositions. Dans le cas de la CEDAW, à travers l'article 18, le gouvernement s'est engagé à présenter tous les quatre ans un rapport périodique, qui prétend mesurer l'avancée ou le recul de l'état de la situation des femmes, et qui permet un certain suivi de l'application de la Convention. Le Vice Ministère de la Femme (VMM) est l'institution gouvernementale chargée du rapport officiel de la CEDAW. Cette évaluation se développe de façon participative, avec des réunions et des consultations d'ONG, d'Organisations de Base, de groupes de femmes. Au-delà d'un bilan de la situation, le VMM évalue ses programmes et les plans de chaque gestion, de chaque secteur officiel par rapport à l'équité de genre. Ces rapports du gouvernement sont généralement complétés par des rapports parallèles, rédigés par les ONG, en particulier la Coordinadora de la Mujer, qui sont une évaluation des actions du gouvernement et de la société civile.

Depuis la ratification, la Bolivie n'a présenté que deux rapports officiels. Elle devait remettre son rapport initial le 8 juillet 1991, rapport qu'elle a remis à cette date (CEDAW/C/BOL/1). Le 26 août 1995, elle dépose son deuxième rapport (CEDAW/C/BOL/1/Add.1). Ces rapports sont examinés par le comité lors de la 14^{ème} session, en 1995. Depuis, la Bolivie aurait dû rendre un rapport en 1999, et en 2003 mais elle a manqué à son devoir. Sandra Deza, responsable Genre à la 'Cancilleria' (Ministère des Affaires Etrangères), explique ce retard, ces deux rapports en suspens, par les circonstances du pays. Diana Urioste, de la Coordinadora de la Mujer, rencontrée en mars 2004, expliquait que la société civile faisait actuellement pression pour que le gouvernement remette un rapport, une pression restée cependant vaine.

Le suivi des accords internationaux se fait par des instances gouvernementales, telles que le Défenseur du Peuple ('Defensor del Pueblo') et le Vice Ministère de la Femme ('Vice Ministerio de la Mujer', VMM), et surtout par la société civile, à travers les ONG, la Coordinadora de la Mujer, en particulier. La Docteure Gabriela Justiniano de Reyes, du Defensor del Pueblo explique que cette instance est chargée du suivi des politiques, et notamment du suivi de l'application de la CEDAW. Elle intervient quand ne sont pas accomplies les lois ; quand le délit est commis par l'Etat ou une entité publique. Si une plainte de discrimination est déposée, elle fait l'objet d'une enquête, à travers une Recommandation Défensoriale, et peut aboutir à une plainte devant le parlement. L'instance n'a cependant pas de pouvoir coercitif ou punitif. Le Vice Ministère de la Femme est la principale instance étatique, responsable de l'élaboration, du suivi et de la vigilance de l'application des engagements nationaux et internationaux. Comme le Défenseur du Peuple, le VMM n'a pas de pouvoir d'exécution.

Le travail d'évaluation est essentiellement assumé par les ONG, les mouvements de femmes et les agences internationales, à travers des rapports, des rencontres et des campagnes. Le suivi ne se fait pas comme tel, mais à travers l'élaboration de documents plus généraux, sur divers thèmes relatifs à la réalité des femmes boliviennes. En effet, peu d'études rendent compte directement de l'application et des répercussions de la CEDAW. Le VMM travaille essentiellement sur les rapports « Caire + 5 », « Caire + 10 » et « Beijing + 10 ». Il semblerait que ces entités politiques et sociales soient d'avantage concentrées sur le suivi des programmes du Caire et de Beijing, qui sont, en réalité des rappels et des approfondissements de la Convention de la Femme.

L'approbation de la CEDAW a été une conquête importante pour les femmes. Désormais, la Convention, comme les autres instruments internationaux ratifiés, même s'ils ne constituent certes pas une motivation en soit, représentent une base, un cadre pour les actions, les projets, les activités et les mobilisations de la société civile organisée, pour l'élaboration des Conférences Mondiales, notamment Beijing et le Caire, pour la proposition de politiques publiques avec équité de genre et les suivis des politiques⁴²⁶. « *La ratification de ces instruments par le gouvernement octroie à la société civile le droit d'exiger et de veiller à leur accomplissement* »⁴²⁷. Quand les comités font des recommandations fermement basées sur la réalité de la vie des femmes, les ONG peuvent les utiliser pour faire pression sur les gouvernements afin qu'ils changent les lois et les politiques.

Afin d'accomplir son engagement et sous la pression constante de la mobilisation et des mouvements féminins et féministes, phénomènes clé en Bolivie, l'Etat enregistre dans les documents officiels une nouvelle conception de la femme. Il adopte d'importantes mesures gouvernementales, des dispositions légales, et institutionnalise le thème de l'équité de genre et de l'éradication de la discrimination à l'égard des femmes. Les acteurs sociaux et politiques rencontrés parlent d'avancées normatives certaines, qui se répercutent, à moindres mesures, dans la réalité sociale, synonyme d'un relatif 'empowerment' des femmes boliviennes.

Comme la majorité des pays d'Amérique Latine, la Bolivie, en tant qu'Etat Partie de la CEDAW, se comporte en 'bon élève' par rapport aux mesures adoptées depuis la ratification de la Convention. Le thème de la femme est institutionnalisé à partir de 1989, et le problème de genre devient une affaire étatique avec notamment la création du Secrétariat des Affaires de Genre. Les années 90 sont marquées par des avancées et un cadre juridique national favorable à la femme.

Lors de l'examen des rapports en 1995, le représentant bolivien parle de trois principaux changements : la réforme de la branche exécutive avec la décentralisation des prises de décisions ; la mise en place du Sous Secrétariat pour les Affaires de Genre au sein du Ministère du Développement Humain ; et les réformes de la Constitution et du domaine légal concernant le marché économique⁴²⁸.

⁴²⁶ Propos de Diana Urioste de la Coordinadora de la Mujer.

⁴²⁷ « *La ratificación de estos instrumentos por el Gobierno bolivien le otorga a la sociedad civil el derecho de exigir y vigilar su cumplimiento* » (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, page 3).

⁴²⁸ Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104. Concluding Observations/Comments.

Le Comité rend compte d'une approche très positive par rapport aux réformes législatives et administratives concernant les femmes, et apprécie les efforts déployés par la Bolivie en tant que société multiculturelle et multiethnique. Cela correspond à la ratification sans réserve et au redressement de la situation des femmes indigènes et rurales⁴²⁹.

L'institutionnalisation du thème 'Genre'

En matière de genre, les années 80 et 90 ont été caractérisées par un intérêt croissant et l'augmentation de la production des savoirs. Le travail de plusieurs ONG liées aux mouvements féministes et féminins fut décisif pour capter l'attention publique sur les relations de genre inégales et sur la situation des femmes, ce qui était caché derrière les analyses de classe et ethniques. « *Les associations et organisations de femmes jouent un rôle important dans la définition des politiques d'égalité des sexes au niveau national. C'est grâce à leurs actions que le Sous-secrétariat pour la condition féminine a été institutionnalisé* »⁴³⁰. Ces mouvements ont identifié un agenda pour l'action. Le plus important est de compter sur un cadre législatif qui impulse la volonté de respect de ces droits en les convertissant en lois, qui déterminent l'obligation de son accomplissement. Les Programmes d'Action servent à rendre opératif le cadre normatif en vigueur. Le rôle de l'Etat dans la politique d'équité est central et la Coordinadora de la Mujer assume le défi de continuer à demander l'application des accords internationaux⁴³¹.

L'introduction de la perspective de genre

A partir de son institutionnalisation en 1989, le thème de la femme apparaît dans les politiques sociales en général, fortement conditionné par la coopération internationale, l'ajustement structurel et le développement humain. En effet, ces dernières années, les gouvernements et de nombreuses ONG ont incorporé la perspective de genre. Mais il s'agit là parfois d'un processus qui obéit à la pression internationale exercée par les organismes de coopération qui exigent d'inclure le thème féminin aux plans de travail.

Cependant, le principe d'égalité de genre est officiellement reconnu, et l'Etat institutionnalise le thème à travers la création d'instances gouvernementales chargées du progrès pour les femmes, dont l'objectif est de remplacer les politiques assistentialistes qui considèrent la femme comme une population vulnérable par des politiques ancrées sur la participation effective des femmes dans le développement. Les institutions chargées de la promotion des

⁴²⁹ Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104. Concluding Observations/Comments.

⁴³⁰ Assemblée Nationale, Commission des Affaires Etrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, déposé par la commission des Affaires Etrangères, présenté par Jack Lang, 1998, page 81.

⁴³¹ Diana Urioste, Bertha Pooley, « El mecanismo institucional para el adelanto de las mujeres en Bolivia », Fempress, numero especial, 1998, pages 6 et 7.

femmes et les principales réformes entrent dans le cadre de l'article 3 de la 'Convention de la femme' qui demande aux Etats Parties d'adopter des mesures garantissant le plein développement de la femme. L'instance la plus importante est le 'Secretaría Nacional de Asuntos Etnicos, Generacionales y de Género' (Secrétariat National des Affaires Ethniques, Générationnelle et de Genre), aujourd'hui Vice Ministère de la Femme, chargé d'introduire la perspective de genre dans les politiques et les instances publiques.

Du Sous-secrétariat des Affaires de Genre au Vice Ministère de la Femme

En 1971, est créée une instance dédiée aux problèmes de la femme, de l'enfant et de la famille, dépendante du Bureau de la première Dame. En 1991, est mis en place le 'Consejo Nacional de Política Social' (Conseil National de Politique Sociale, CONAPSO), unité étatique qui formule le Plan Décennal d'Action pour l'Enfance et la Femme ('Plan Decenal de Acción para la Niñez y la Mujer'). En 1992, est introduit par la Loi 1403, l'Organisme National d'Attention au Mineur, à la Femme et à la Famille ('Organismo Nacional de Atención al Menor, la Mujer y la Familia', ONAMFA), chargé de réguler, normaliser, fiscaliser et superviser les politiques destinées au mineur, à la femme et à la famille.

« (...) les organisations de femmes demandèrent à ce que le gouvernement de Sanchez Lozada [1993] maintienne le mécanisme de genre créé sous l'antérieure administration de Paz Zamora. Le moment politique et le contenu du programme du gouvernement 'Plan de Tous', qui inclut la réforme de l'Etat, la modernisation économique, les nouveaux rapports entre l'Etat et la société, la décentralisation et le renforcement de la participation sociale apportèrent les conditions nécessaires pour redéfinir la nature et la perspective des institutions de genre »⁴³².

En 1993, à travers la Loi des Ministères du Pouvoir Exécutif (Loi n°1493 qui institue la création du Ministère du Développement Humain), est créé, au sein du pouvoir exécutif, en vue de faciliter les politiques de genre, le Sous-secrétariat des Affaires de Genre ('Subsecretaria de Asuntos de Género', SAG), dépendant du Secrétariat National des Affaires Ethniques, Générationnelles et de Genre ('Secretaría Nacional de Asuntos Etnicos, de Género y Generacionales', SNAEGG), sous tutelle du Ministère du Développement Humain. Le propos de ce Secrétariat est de proposer et de formuler des politiques avec une perspective de genre, de surveiller la transversalité du thème et l'accomplissement des engagements internationaux. Il est pensé comme *« un espace de concertation avec la société civile où peuvent être captées la demande et la vigilance de la réalisation des compromis, des lois, des accords avec les femmes »⁴³³*. Cette instance est responsable de l'introduction et du transfert du domaine de genre dans les politiques publiques et propose ainsi des politiques sectorielles pour la population féminine afin d'assurer le passage à une perspective de genre. Cette

⁴³² "(...) las organizaciones de mujeres demandaron que el nuevo gobierno de Sánchez de Lozada [1993] mantenga el mecanismo de género creado bajo la anterior administración de Paz Zamora. El momento político y el contenido del programa de gobierno 'Plan de Todos', que incluía la reforma del Estado, la modernización económica, nuevos nexos entre el Estado y la sociedad, la descentralización y el ímpetu a la participación social propiciaron las condiciones necesarias para redefinir la naturaleza y perspectiva de las instituciones de género" (PNUD, Bolivia, Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia, 2003, page 36).

⁴³³ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

création est décrite comme le produit de la lutte et des revendications des femmes au cours de nombreuses années.

En 1997, avec la Loi d'Organisation du Pouvoir Exécutif ('Ley de Organización del Poder Ejecutivo', LOPE), régie par la Loi n°1788, le SNAEGG évolue dans la hiérarchie au rang de Vice Ministère, le 'Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia' (Vice Ministère des Affaires de Genre, Générationnelles et de la Famille, VAGGF), dépendant du Ministère de Développement Durable et de la Planification. Le SAG est remplacé par la Direction Générale des Affaires de Genre ('Dirección General de Asuntos de Género', DGAG), dépendant alors du Bureau vice ministériel des affaires de genre, générationnelles et de la famille.

Comme le SNAEGG, le VAGGF est une instance chargée de la transversalité des dimensions de genre et génération dans les politiques gouvernementales dans le cadre d'une action interinstitutionnelle avec les autres répartitions étatiques. La fonction du DGAG est, comme celle du SAG, de formuler des politiques pour l'égalité de genre, de garantir l'accès équitable aux espaces de pouvoir, biens et services, d'actualiser l'information sur la femme, d'impulser des changements culturels et réformes légales en vue de l'équité et l'égalité, et de surveiller l'accomplissement des accords et compromis nationaux et internationaux. Dans le cadre normatif international, le SAG, puis le DGAG, abordent le thème des réformes légales depuis trois objectifs : la réforme de lois en vigueur qui contenaient des aspects discriminatoires pour les femmes, l'initiative de nouvelles lois, et la sensibilisation des juges et des opérateurs de justice. Un des principaux défis assumés par ces instances est la construction d'une conscience de genre collective, en particulier auprès des autorités et des administrateurs 'potentiels' de l'approche de genre au niveau de l'Etat. Mais les fonds reçus par le TGN sont insuffisants pour garantir le soutien des actions du VAGGF et son institutionnalisation.

Aujourd'hui, il s'agit du Vice Ministère de la Femme (VMM). La CEDAW, comme les autres accords, constitue une base pour les plans élaborés par le VMM. Que cela soit une loi donne un pouvoir de coercition et d'obligation pour les différents secteurs. Dans ce contexte, le VMM développe des projets, des activités concrètes au sein des mairies, des préfectures (les seuls espaces d'exécution possibles). Comme le souligne Sandra Deza, les ONG sont des générateurs importants du VMM. L'article 21.e de la Loi d'Organisation du Pouvoir Exécutif, du 19 mars 2003, charge le VMM de surveiller l'accomplissement de la législation et des accords internationaux dans les domaines de genre.

Avant d'entrer au VMM, Marta Villa, ex-conseillère de la Vice Ministre, n'avait jamais fait de politique ; elle semble très déçue par le manque de pouvoir, de manœuvre et par le manque de connaissance et de considérations culturelles. Elle a démissionné, car, selon elle, les décisions, les mesures, viennent d'en haut, alors qu'elles devraient émaner du bas.

Teresa Canaviri Sirpa, Vice Ministre de la Femme depuis 2003, rencontrée en mai 2004 (Voir Annexe IV : Entretien avec Teresa Canaviri Sirpa) explique le travail du VMM et les difficultés rencontrées. Teresa, avant d'entrer au VMM, n'avait jamais pensé travailler un jour pour l'Etat. Elle avait toujours travaillé à un niveau plus réduit, au niveau organisationnel. Le VMM constitue un espace intéressant, car il permet d'avoir un regard sur le national. Elle déclare faire ce qu'il est possible de faire dans cette conjoncture, une conjoncture sociale, politique et économique difficile. Le grand secteur des populations indigènes, qui a toujours, selon Teresa, été négligé, réclame des solutions et des réponses instantanées. La Bolivie entre dans une étape de droits et d'exigence, explique-t-elle. Ces exigences sont compréhensibles,

mais répondre à toutes ces demandes, à toutes ces nécessités, est une tâche difficile, dans une conjoncture complexe. Le travail est rythmé d'angoisses et de déceptions. L'espace du VMM n'a pas la même hiérarchie que d'autres espaces gouvernementaux, « *parce que nous sommes des femmes, parce que c'est le VMM, qui ne reçoit que les 'mujercitas' [petites femmes]* ». Le défi est de travailler sur les thèmes relatifs aux femmes, mais également dans les divers espaces, dans lesquels la participation des femmes est importante. Il s'agit là d'une lutte continue, et de toute l'équipe. Au moment de l'entretien, le VMM était composé d'une petite équipe de 20 personnes, comprenant des techniciens, des avocates, des économistes, et une équipe plus administrative. L'équipe est très bonne, selon Teresa, qui pense que cette caractéristique est importante pour affronter le travail à réaliser. Tous travaillent dans différents processus, dans celui de l'Assemblée Constituante, du Référendum, etc. Mais il est difficile de coordonner les actions. Les organisations pensent qu'au VMM, elles vont trouver un appui direct, un financement, pour, par exemple, organiser des ateliers, des activités ; une demande que ne peut satisfaire le VMM, instance normative. Ce que les femmes demandent n'entre pas dans le budget du VMM. D'autre part, ces demandes ne peuvent se réduire et se concentrer à une seule instance. Les autres secteurs doivent prendre en charge ces requêtes. Cependant, lorsque ces derniers identifient un problème, ils le renvoient au VMM, et ne sont de toutes façons pas formés pour y remédier. Il reste beaucoup à faire, selon Teresa, pour transversaliser l'approche de genre, à travers les plans nationaux, départementaux et municipaux. D'un autre côté, il apparaît comme nécessaire de travailler de façon plus directe avec la population, qui souhaite des solutions immédiates et rapides. Les défis sont grands, « *et nous ne savons pas si nous les accompliront, mais nous sommes ici* ».

Au moment de l'entretien, le VMM était en train de terminer le plan de travail, et de négocier avec la coopération afin de fixer ce plan et de pouvoir le réaliser. L'existence du VMM est fragile, de par la fragilité même du gouvernement, et de sa politique d'austérité. Le VMM est également marqué par une instabilité conceptuelle. Le VMM était d'abord rattaché au Ministère des Affaires Indigènes où l'approche était celle de l'exclusion ; plus tard, il dépend du Ministère du Développement Durable où l'approche devient celle du développement, celles des femmes comme agents du développement. De plus, comme le souligne Susanna Rance, la responsabilité gouvernementale relative à la question des femmes, à travers aujourd'hui le VMM, a connu plusieurs reculs, notamment au niveau conceptuel puisque l'on est passé de la notion de 'genre' à la notion de 'femme'.

Les autres instances gouvernementales

Dans différentes instances de pouvoir, sont apparus des bureaux spécifiques de la femme et du genre. Au sein du pouvoir législatif, la Commission de la femme au Parlement et le Défenseur du Peuple sont les deux principales instances chargées de la question féminine.

Le Projet de la Commission de la Femme est approuvé à l'unanimité le 23 août 1983 (après un refus lors de la législature de 82-83). Remedios Loza, femme de 'pollera', est la première présidente de la Commission. La Commission de la femme au sein de la Chambre des Députés est l'instance opérative liée à la prestation de services et la diffusion de lois. Elle est composée de 5 membres du Parlement (en réalité seulement deux, les trois autres étant des conseillers). En accord avec d'autres institutions, elle cherche à mettre en place des politiques visant l'amélioration de la condition de la femme dans tous les domaines et s'occupe des actes

de violence. « Dans le domaine de l'élaboration des lois, des experts des branches respectives préparent des projets en faveur de la femme et procèdent à la révision du Code de la Famille et du Code du travail. Sur les points qui exigent une attention directe, la Commission s'occupe d'actes de violences contre les femmes, de relations du travail, de problèmes familiaux et d'abandons à raison d'une moyenne de 10 cas par jour. Cette activité permet aux membres du Parlement d'assumer en même temps une fonction de surveillance sur laquelle ils font rapport au pouvoir législatif (...). Dans le cadre de ses travaux d'analyse et de publicité, la Commission de la femme de la Chambre des députés organise également des séminaires, des groupes de discussion, des réunions et des entretiens sur des thèmes intéressant les femmes aussi bien dans les zones suburbaines que dans les zones rurales. Ces activités se déroulent avec la participation d'institutions et d'organisations populaires qui travaillent avec les femmes et pour les femmes dans tout le pays »⁴³⁴. Cependant, des problèmes budgétaires limitent la portée de son intervention.

Le Défenseur du Peuple (Loi n°1818, du 22 décembre 1997) est une instance indépendante, chargée de la médiation entre la population et le pouvoir gouvernemental. Il s'agit d'une institution créée pour défendre les personnes face aux abus des pouvoirs publics et veiller à l'accomplissement des droits humains. Elle comporte un programme sur la femme, à partir duquel se fait le suivi des politiques adoptées, telles que la Loi des quotas, la Loi sur la violence domestique, et de thèmes croisés, tels que 'femme et santé', 'femme et prison'.

Dans l'exécutif de certaines institutions étatiques, sont créées et mises en place des instances spécialisées sur la question des femmes, à différents niveaux hiérarchiques, qui suivent une stratégie commune.

Au sein du Ministère du travail, il existe, depuis 1990, un Département de la Promotion sociale et du développement de la main d'œuvre dont le but est de protéger la femme au travail, de promouvoir sa formation, d'établir des politiques salariales favorables à la femme qui travaille. Plus tard, le Ministère du Travail et de la Micro entreprise introduit le Bureau de Défense de la Femme. Au Ministère des affaires rurales, fut instauré le bureau de promotion sociale de la femme rurale. Le Ministère de la Santé créa le Programme intersectoriel 'la femme, la santé et le développement', en coordination avec l'OMS et l'Organisation Panaméricaine de la Santé. Une priorité nationale par décret est ensuite accordée aux activités de protection de la santé de l'enfant et de la femme. Enfin, une Coordinatrice des Affaires de Genre ('Coordinadora de Asuntos de Género') fut placée au sein du Vice Ministère de Participation Populaire et Renforcement Municipal⁴³⁵.

Au niveau départemental, en 1995, ont été créées des Unités Départementales de Genre (UDGS) dépendantes de la Direction du Développement Social des préfectures, sous la directive du VAGGF ; au niveau Municipal, à partir de 1994, la question des femmes est régie par le Programme Municipal de la Femme. A ces deux niveaux, départemental et municipal, sont établis des Comités Interinstitutionnels de Genre.

⁴³⁴ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 9.

⁴³⁵ Selon le Rapport des Nations Unies de 1991, et le *Diagnostico Nacional Bolivia, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*, CLADEM, Bolivia, 2003.

Enfin, divers bureaux, conseils sur la femme ou le genre apparaissent dans les services sociaux et publics : les bureaux de consultations juridiques familiales pour protéger les droits de la femme et de la famille, les départements de genre dans la police, les brigades policières de protection à la famille, les Services Légaux Intégraux.

Les mécanismes d'intégration

L'Etat Bolivien adopte d'importants mécanismes d'intégration avec notamment la Réforme de la Constitution, en 1994, qui déclare que la Bolivie est une République multiethnique et pluriculturelle ; mais surtout avec la Loi de Participation Populaire et la Réforme Educative.

La Loi de Participation Populaire

Le 20 avril 1994, le gouvernement adopte la Loi de la Participation Populaire⁴³⁶, considérée comme une importante mesure de décentralisation de l'Etat et des ressources financières, comme cela fut présenté précédemment. Cette loi garantit la reconnaissance du statut légal des organisations implantées avec l'apport de subventions ; le respect des traditions et des coutumes ; et enfin l'intégration de l'égalité de genre et le droit de la femme à intégrer et faire partie active du processus de participation populaire.

La Loi de Participation Populaire offre une personnalité juridique aux organisations territoriales de base, et donc aux organisations féminines, et établit le principe d'égalité dans toutes les instances de participation. La Loi amplifie les compétences municipales en établissant que toutes les municipalités doivent développer des actions pour garantir l'égalité d'opportunités et de droits des femmes. Tout cela fut possible grâce à la concertation entre les représentants du Subsecretaria de Asuntos de género, du Secretaria Nacional de Asuntos Etnicos, de Género y Generacionales du Ministère de Développement Humain, les législateurs et les dirigeants politiques qui persuadèrent les auteurs de la loi⁴³⁷.

Cette Loi est estimée comme un grand progrès pour inclure le principe d'équité de genre dans le processus de décentralisation de l'administration du pouvoir et des ressources. En effet, cette loi garantit la promotion expressive, au sein des instances et des organisations, de la femme comme sujet de la vie juridique, politique et économique du pays, son intégration dans le processus de participation et du développement municipal. Mais elle comporte cependant une certaine contradiction puisqu'elle reproduit implicitement la discrimination de la femme,

⁴³⁶ Loi n°1551, Loi du 20 avril 1994, Ley de Participación Popular, sous Gonzalo Sánchez de Lozada ; Loi n°1702, Loi du 17 juillet 1996, Ley de Participación Popular, modificaciones y ampliaciones a la Ley 1551, sous Gonzalo Sánchez de Lozada.

⁴³⁷ Sonia Montañó Virreira, "Bolivia, El Género de la ley – Se aprobo la Ley de Participación Popular, que establece que debe regir el principio de igualdad en todas las instancias de participación", Fempress n°154, Août 1994.

définie certes comme un sujet de la participation populaire, mais selon les us et coutumes ou les dispositions statutaires.

La Réforme Educative

Selon le CEDEF, un autre pas important reste la Réforme Educative⁴³⁸, qui reconnaît l'éducation comme la plus haute fonction de l'Etat, obligatoire, gratuite, démocratique et de qualité (articles 177 à 184). L'éducation doit promouvoir la justice, la solidarité, l'égalité sociale (article 1 de la réforme), et suit le principe d'une éducation libre et universelle, basée sur la pluriculturalité, l'enseignement bilingue, et l'égalité d'opportunité et de genre. L'article 2 stipule que « *ce sont les buts de l'éducation bolivienne de générer l'équité de genre dans le domaine éducatif, stimulant une participation active de la femme* »⁴³⁹. Selon Silvia Salinas Mulder, la Réforme Educative devrait constituer une possibilité de réussir des transformations durables et profondes en faveur de la femme⁴⁴⁰.

Les dispositions légales

L'Etat bolivien, depuis les années 90, a adopté et ratifié de nombreuses conventions internationales relatives aux droits des femmes, conventions approuvées et élevées au rang de Loi de la République : la Convention Interaméricaine pour Prévenir, Sanctionner et Eradiquer la Violence contre la Femme (Convention de Belém Dó Pará, Loi n°1601, du 9 septembre 1994, sous Gonzalo Sánchez de Lozada) ; la Convention sur la Nationalité de la femme mariée (Loi de la République n°2010, du 17 septembre 1999 sous Hugo Banzer Suarez) ; la Convention Interaméricaine sur la concession des droits politiques de la femme (Loi de la République n°2011, du 17 septembre 1999 sous Hugo Banzer Suarez) ; la Convention Interaméricaine sur la concession des droits civils de la femme (Loi n°2012, du 17 septembre 1999 sous Hugo Banzer Suarez) ; la Convention sur les droits politiques de la femme (Loi de la République n°2117, du 11 septembre 2000, sous Hugo Banzer Suarez).

Dans chaque domaine social et politique, le gouvernement a également impulsé des dispositions légales. Il a modifié certaines dispositions discriminatoires, et mis en place des politiques, sous forme de décrets, de lois, en faveur des femmes. Il a également adopté des politiques d'action affirmative, telles que la loi contre la violence familiale et la loi des quotas.

⁴³⁸ Loi n°1565, Loi du 7 juillet 1994, Ley de Reforma Educativa, sous Gonzalo Sánchez de Lozada.

⁴³⁹ “*Son fines de la educación boliviana generar equidad de género en el ambiente educativo, estimulando una participación activa de la mujer*” (article 2).

⁴⁴⁰ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

La participation politique des femmes est promue par la Loi de Réformes et Complémentation au Régime Electoral, ou Loi de Quotas ('Ley de Cuotas')⁴⁴¹, qui établit une discrimination positive pour les postes politiques, la Loi de Modification du Code Electoral⁴⁴², et la Loi des Partis Politiques⁴⁴³. La titularité des femmes sur la propriété de la terre est régie par la Loi du Service National de Réforme Agraire, ou Loi INRA ('Ley del servicio Nacional de Reforma Agraria' ou 'Ley INRA')⁴⁴⁴. La participation des femmes dans la définition de la politique est encouragée par la Loi de Participation Populaire, et la Loi des Municipalités ('Ley de Municipalidades')⁴⁴⁵, qui incorpore l'équité de genre dans l'élaboration, la définition et l'exécution des politiques, plans, programmes et projets municipaux. L'éducation des femmes suit les principes de la Loi de Réforme Educative. La violence envers les femmes est régulée par la Loi contre le Violence Familiale ou Domestique⁴⁴⁶, la Loi des Municipalités, la Loi de la République qui adopte la Convention Interaméricaine pour Prévenir, Sanctionner et Eradiquer la Violence contre la Femme, et la Loi de Protection aux victimes de délits contre la liberté sexuelle⁴⁴⁷. Ces dispositions légales s'établissent dans le cadre de la Loi de Décentralisation Administrative, qui articule le niveau national et le niveau municipal, à travers des instances départementales, telles que les Unités Départementales de Genre.

Lors de l'examen du rapport bolivien en 1995, le comité recommande en tant que priorité de faire l'inventaire de toutes les lois encore discriminatoires envers les femmes de façon à les amender. Le représentant bolivien explique alors que des amendements sont en cours sur la loi des travailleurs domestiques (à propos des horaires de travail), la loi générale du travail (sur le protectionnisme excessif des femmes), la loi sur la violence domestique, ainsi que des changements en faveur des femmes dans divers décrets municipaux⁴⁴⁸. En 1997, une réforme du Code Pénal, à travers la loi 1768 du 10 mars 1997, élimine le terme de 'femme honnête', et change l'expression 'Délits contre les bonnes coutumes' par 'Délits contre la liberté sexuelle' (Titulo XI du livre II du Code Pénal).

Les politiques spécialisées en matière de genre

Antécédents des politiques publiques de genre

« (...) les politiques de genre implantèrent comme horizon 'la réussite de l'égalité et l'équité sociales pour les femmes par rapport aux hommes dans le cadre du développement humain et

⁴⁴¹ Ley 1779 del 7 de julio de 1997.

⁴⁴² Loi n°2282, du 4 décembre 2001, sous Jorge Quiroga Ramirez.

⁴⁴³ Loi n°1983, du 25 juin 1999.

⁴⁴⁴ Loi n°1715 du 18 octobre 1996.

⁴⁴⁵ Loi n°2028, du 28 octobre 1999, sous Hugo Banzer Suarez.

⁴⁴⁶ Ley 1674 du 15 décembre 1995, sous Gonzalo Sánchez de Lozada.

⁴⁴⁷ Loi n°2033, du 29 octobre 1999, sous Hugo Banzer Suarez.

⁴⁴⁸ Office of the high Commissioner for human rights, "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia. 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104, (Concluding Observations/Comments)".

durable, et du renforcement de la démocratie politique, sociale, économique et familiale en accord avec le cadre légal existant dans le pays, sa diversité culturelle et régionale »⁴⁴⁹.

Les antécédents des politiques de genre sont liés à trois thèmes : les propositions des femmes à travers la société civile organisée, les progrès dans les politiques publiques de genre, et les compromis de l'Etat Bolivien dans le domaine international.

Les politiques d'équité de genre s'inspirent, et répondent à un ensemble de conventions et accords internationaux souscrits par la Bolivie, qui figurent comme un cadre normatif important : la CEDAW (1979), la Déclaration de Vienne sur les Droits Humains (1993), la Déclaration des Nations Unies sur l'Élimination de la Violence contre les Femmes (1993), la Convention Belem Do Para (1994), la Déclaration de la 4^{ème} Conférence Mondiale sur les Femmes (Beijing, 1995), le Consensus de Lima, adopté lors la 8^{ème} Conférence Régionale sur la Femme d'Amérique Latine et des Caraïbes de la CEPAL, et la Déclaration Finale de 'Beijing + 5', adoptée lors de la 20^{ème} session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies intitulée 'la Femme en l'An 2000 : Egalité entre les genres, développement et paix pour le 21^{ème} siècle' (Beijing + 5, en juin 2000, à New York).

Ces instruments internationaux offrent un climat et une aide (à travers la coopération internationale) pour impulser l'approbation du cadre normatif national et introduire le concept de genre comme une catégorie d'analyse et de transformation fondamentale pour le développement durable. En Bolivie, ces accords se sont traduits dans la promulgation de normes nationales en vigueur et l'adoption de compromis internationaux.

Mais, la participation de la Bolivie sur la scène internationale, notamment à partir de 1995, ne se fait pas uniquement à travers les délégations gouvernementales, mais également à travers la société civile. Le mouvement des femmes en Bolivie est ample mais dispersé et non articulé. Cependant, de nombreuses politiques d'Etat en faveur de la femme sont le produit de pression politique et d'articulation de différentes organisations de femmes qui agissent dans le pays. La démocratisation du thème genre provient essentiellement des mouvements féministes, et coopératifs⁴⁵⁰. D'un côté les mouvements de femmes et féministes l'ont promu à travers de nombreuses activités. De l'autre, les organismes de coopération ont exigé et imposé l'approche de genre, comme une condition sine qua non pour accéder aux financements.

Décret pour l'Égalité des Opportunités entre les Hommes et les Femmes (DS 24864)

A partir d'octobre 1997, un Décret Suprême (DS) protège l'égalité d'opportunités entre les hommes et les femmes (DS 24864, du 10 octobre 1997). Ce décret établit l'obligation de l'Etat à impulser et promouvoir des politiques, actions et programmes pour atteindre l'égalité

⁴⁴⁹ "(...) las políticas de género se plantearon como horizonte 'el logro de la igualdad y equidad sociales para las mujeres en relación con los hombres en el marco del desarrollo humano y sostenible, y del fortalecimiento de la democracia política, social, económica y familiar acorde con el marco legal existente en el país, su diversidad cultural y regional'" (SAG, Plan de Trabajo Quinquenio 1993-1997, citado en Crespo y Farah, 1999, in PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003, page 37).

⁴⁵⁰ Entendue correctement, la catégorie 'genre' a la capacité de visualiser les différentes formes de discrimination de genre existantes dans la société qui convertissent les différences en inégalités.

des chances entre les hommes et les femmes dans 7 domaines d'action : la santé, l'éducation, l'économie, la communication et la culture, le développement économique, la participation politique et citoyenne, et la violence. Il garantit également l'incorporation transversale de contenus de genre en termes horizontal et vertical, notamment dans les politiques publiques, et l'observation des compromis ratifiés, liés à la CEDAW en particulier.

Le Décret affirme « *que c'est un devoir de l'Etat, étant donné la nécessité de dépasser la brèche entre la législation et la réalité sociale, politique, économique et culturelle, de recueillir les demandes de la société civile, d'impulser et de promouvoir des politiques, actions et programmes pour la réussite de l'égalité d'opportunité entre l'homme et la femme dans le cadre du développement humain durable ; ainsi que pour le renforcement de la démocratie et la lutte contre la pauvreté, en considérant la diversité ethnique, culturelle et régionale* »⁴⁵¹. L'application de ce décret repose sur la concertation de la société civile à travers des réunions, des ateliers. Il est la base des différents programmes, et diverses politiques publiques en matière de genre, tels que le Programme de Réduction de la Pauvreté Relative à la femme, le Plan National d'Equité de Genre, et le Plan National de Prévention et d'Eradication de la Violence de Genre.

Exemple de trois politiques gouvernementales dans le cadre de la Convention de la Femme

Le Plan National d'Equité de Genre

Le Plan National d'Equité de Genre 2001-2003 ('Plan Nacional de Equidad de Género', PNEG) est approuvé comme politique publique le 11 octobre 2001. Ce plan remplace le Plan d'Égalité d'Opportunités pour les Femmes Boliviennes (PIOMB) élaboré en 1997. Il entre dans le cadre du Décret pour l'Égalité d'Opportunités entre Hommes et Femmes (DS 24864, octobre 1997). Le PNEG répond à la nécessité de traduire en politiques publiques les propos établis par le DS. Il s'inscrit dans les lignes de l'actuel Plan Général de Développement Economique et Social, PGDES, qui comporte une politique explicite d'équité de genre et suppose que c'est une condition de base pour le développement humain. Il s'agit notamment d'introduire l'approche de genre dans les politiques départementales, dans les Plans Départementaux de Développement Economique et Social ('Planes Departamentales de Desarrollo Economico y Social', PDDES) en particulier.

Le PNEG naît d'un ensemble de conventions et d'accords internationaux souscrits par la Bolivie, qui figurent comme cadre normatif important (en particulier, la CEDAW). « *(En considérant) Qu'il existe dans le pays un cadre juridique favorable pour le développement de politiques publiques avec équité de genre, qui se reflète dans les lois nationales et les engagements internationaux comme la Convention sur l'Elimination de Toutes les Formes de Discriminations contre la Femme, la Convention Interaméricaine pour Prévenir, Sanctionner*

⁴⁵¹ "que es deber del Estado, dada la necesidad de superar la brecha entre la legislación y la realidad social, política, económica y cultural, recoger las demandas de la sociedad civil, impulsar y promover políticas, acciones y programas para el logro de la igualdad de oportunidades entre hombre y mujer en el marco del desarrollo humano sostenible ; así como, para el fortalecimiento de la democracia y la lucha contra la pobreza, considerando la diversidad étnica, cultural y regional" (Plan Nacional de Equidad de Género 2001-2003, page 3).

et Eradiquer la Violence contre la Femme, ratifiées respectivement par les lois 1100 du 15 septembre 1989 et 1599 du 18 octobre 1994, et la plateforme d'Action Mondiale de Beijing, qui conduit inévitablement à l'ère des politiques publiques pour atteindre l'équité entre les genres »⁴⁵². Un des principaux sujets de ce plan est la souscription requise entre l'Etat, à travers le VMM, et le secteur public, les organisations de la société civile pour l'accomplissement des portées du décret, soit la transversalité de l'équité du genre.

Le Programme de Réduction de la Pauvreté Relative à la Femme

Le Programme de Réduction de la Pauvreté Relative à la Femme (DS 26350 de 2001, Seconde Edition) entre dans le cadre des lignes matrices définies dans le Plan National d'Equité de Genre 2002-2003 et de la Stratégie Bolivienne de Réduction de la Pauvreté (Dialogue National, 2000). Les lois de Participation Populaire et de Décentralisation Administrative constituent la base juridique institutionnelle pour appliquer les propositions d'action de lutte contre la pauvreté relative aux femmes.

Ce décret est introduit par « *la ratification des accords internationaux, à travers les lois de la République telles que la CEDAW et son Protocole Facultatif, la Convention Internationale sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination Raciale, la Convention sur les Droits Politiques de la Femme, le Pacte International des Devoirs Civils et Politiques, la Convention Interaméricaine pour Prévenir, Sanctionner et Eradiquer la violence contre la Femme, engage l'Etat à accomplir ce propos* »⁴⁵³.

La Bolivie est parmi les pays les plus pauvres d'Amérique Latine avec Haïti, le Honduras et le Nicaragua. Selon l'Unité d'Analyse de Politiques Sociales et Economiques (UDAPE, 1998), la pauvreté est pour la Bolivie une sévère limite de bien être et de développement économique et social, et compromet sa stabilité sociale, économique et politique. Elle revêt des origines et causes multiples, de caractère historique, économique, social et culturel, ce qui lui confère un cadre complexe, difficile à analyser. Selon Ivonne Farah, la pauvreté est une expérience de genre mais les problèmes de genre ne sont pas générés par la pauvreté. Il existe une dimension structurelle de la pauvreté des femmes.

Différents événements internationaux célébrés ces dernières années, comme les forums et sommets sous l'auspice des Nations Unies, ceux de la Banque Mondiale, de la Banque Interaméricaine de Développement et autres organismes de développement et de coopération régionale, ont traité le problème depuis différentes sphères et ont généré des recommandations de politiques, propositions et lignes d'action concertées que devraient entreprendre les pays

⁴⁵² “(Considerando) *Que existe en el país un marco jurídico favorable para el desarrollo de políticas públicas con equidad de género, reflejado en las leyes nacionales y compromisos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminaciones contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ratificadas por las leyes 1100 de 15 de septiembre de 1989 y 1599 de 18 de octubre de 1994, respectivamente, y la plataforma de Acción Mundial de Beijing, que conduce inevitablemente a la era de las políticas públicas para lograr la equidad entre los géneros*” (Extrait du PNEG).

⁴⁵³ “*la ratificación de acuerdos internacionales a través de leyes de la república tales como la CEDAW y su Protocolo Facultativo, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, Pacto Internacional de Deberes Civiles y Políticos, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, compromete al estado a cumplir con este objeto*” (Extraits du Programme de Réduction de la Pauvreté Relative à la Femme).

pour baisser la pauvreté. Les pays membres assumèrent le compromis de formuler des stratégies nationales, d'identifier des instruments, de définir des délais et d'engager des ressources financières internes pour la dépasser.

La Stratégie Bolivienne de Réduction de la Pauvreté ('Estrategia Boliviana de Reduccion de la Pobreza', EBRP) comporte trois composantes : la lutte contre la pauvreté relative à la femme, le soulagement de la pauvreté de la femme, l'organisation et le renforcement de la gestion institutionnelle. Elle revêt différentes actions stratégiques par rapport au genre : la promotion et l'action orientées à améliorer les opportunités des femmes, la génération de capacités et d'exercice de la citoyenneté entière des femmes.

Le Plan National de Prévention et d'Eradication de la Violence de Genre

Le Plan National de Prévention et d'Eradication de la Violence de Genre s'applique conjointement au PNEG, et au Programme de Réduction de la Pauvreté Relative à la Femme. Ses antécédents sont liés au travail du mouvement des femmes et de quelques ONG qui ont maintenu dans leur agenda public la problématique de la violence comme l'objectif articulatoire de leurs revendications. Il fut établi à travers des tables de travail, des réunions, des ateliers et entretiens en profondeur avec des membres du gouvernement et des représentants de la société civile organisée. Ce plan répond, entre autres, aux compromis liés à la ratification de la CEDAW, ainsi que la Déclaration de la Conférence Mondiale sur les Droits Humains de 1993, la Déclaration des Nations Unies sur l'Elimination de la Violence contre les Femmes, en 1993, la Convention Do Belem 1994, la Déclaration de la 4^{ème} Conférence Mondiale sur les Femmes, en 1995, et le Consensus de Lima de la 8^{ème} Conférence Régionale sur la Femme d'Amérique Latine et des Caraïbes de la CEPAL, en 2000.

Le PNEG, avec le Plan National de Prévention et d'Eradication de la Violence de Genre et le Programme National de Réduction de la Pauvreté Relative à la Femme constituent les noyaux fondamentaux de la politique publique que la Bolivie établit pour avancer en équité de genre, dans une perspective de concertation entre les distincts secteurs publics et les divers acteurs de la société civile. L'équité de genre suit trois buts stratégiques : la citoyenneté politique, à travers la législation, la justice, la participation politique et la citoyenneté, la citoyenneté économique, à travers le développement économique urbain, rural et l'environnement, et la citoyenneté sociale, à travers l'éducation, la santé, l'habitat, les services de base, de communication, la culture et le sport.

Les politiques publiques de genre reconnaissent également la diversité des peuples indigènes et originaires, et appuient la promotion du développement indigène avec identité, étant donné que les femmes sont les principales transmettrices des valeurs et des pratiques culturelles en faisant en sorte que ces dernières se transforment en relations équitatives et non patriarcales.

En 2004, « *en hommage à la Journée Internationale de la Femme, le président Carlos Mesa présenta (hier) le Plan National des Politiques Publiques pour l'entier exercice des droits des*

femmes 2004-2007 (...) »⁴⁵⁴. Un Plan cependant resté vain avec le changement de gouvernement.

De par ses réformes et ses nouvelles institutions, la Bolivie a institutionnalisé ses politiques publiques de genre. Depuis la ratification de la Convention de la Femme, l'Etat Bolivien a montré d'importants efforts pour créer des mécanismes, en inhibant la discrimination basée sur le genre, en proposant des politiques sectorielles pour la population féminine, pour assurer le passage à une perspective de genre. « *Les engagements internationaux pour que les Etats développent des politiques publiques avec équité de genre ont impulsé dans le pays la création et l'institutionnalisation d'un mécanisme national pour l'avancement de la femme (SAG, VMM), et l'adoption de politiques gouvernementales destinées à satisfaire les nécessités et les intérêts spécifiques des femmes* »⁴⁵⁵.

Ainsi, la Bolivie apparaît comme un pays avancé en matière d'énoncés politiques et de cadres juridiques pour le progrès des femmes. Au-delà des lois, le gouvernement bolivien a adopté des programmes à court terme, et développé des plans dans le cadre des conventions internationales. La majorité des plans établis par l'Etat a comme cadre et référence les accords ratifiés, en particulier la CEDAW. La CEDAW stimule et légitime les mesures gouvernementales, qui répondent ainsi aux devoirs de l'Etat engagé.

Le CEDEF, lors de l'examen des rapports boliviens, note des aspects positifs, tels que l'introduction et l'institutionnalisation de politiques publiques centrées sur une perspective de genre, avec l'établissement d'une agence gouvernementale, le Secrétariat National pour les Affaires Ethniques, de Genre et Générationnelles, et la Loi sur la Participation Populaire, importante selon lui, car elle décentralise le pouvoir et les ressources des municipalités, donnant plus de poids aux organisations dont les organisations féminines⁴⁵⁶.

Le Comité s'interroge cependant sur le budget réservé à l'institutionnalisation du thème de la femme en Bolivie car celle-ci est essentiellement financée et dépendante des subventions internationales⁴⁵⁷, une préoccupation toujours en vigueur d'après les entretiens menés et les documents consultés. Il s'interroge également sur l'impact des programmes d'ajustement structurel sur les femmes, la féminisation de la pauvreté, et les désavantages des femmes rurales.

⁴⁵⁴ “En Homenaje al Día Internacional de la Mujer, el presidente Carlos Mesa presentó ayer el Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004-2007 (...)” (El Diario, Bolivia, « Presidente Mesa presentó plan a favor de las mujeres », Mardi 9 mars 2004).

⁴⁵⁵ “Los compromisos internacionales para que los Estados desarrollan políticas públicas con equidad de género han impulsado en el país la creación e institucionalización de un mecanismo nacional para el adelanto de la mujer (SAG / VMM), y la adopción de políticas gubernamentales dirigidas a satisfacer las necesidades e interés específicos de las mujeres” (Bolivia 5 años después de Beijing. Poder, Oportunidades y Autodeterminación para las mujeres en el Nuevo Siglo. Informe 2000, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, page 115).

⁴⁵⁶ Office of the high Commissioner for human rights, “Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia. 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104, (Concluding Observations/Comments)”.

⁴⁵⁷ Concluding Observation of the Committee Bolivia 31/05/95, in G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 154.

Il recommande d'apporter une attention particulière aux problèmes de violence domestique et aux divers aspects de la prostitution, d'établir des quotas pour la représentation des femmes au haut niveau de l'administration publique, et demande un rapport plus conséquent en statistiques, plus de visibilité pour les femmes rurales⁴⁵⁸, ce que l'Etat accomplit en partie, peu de temps après, en votant la Loi des Quotas et la Loi sur la violence domestique.

Par rapport à l'article 4 de la Convention sur les mesures spéciales à caractère temporaire, lors du rapport initial, la Bolivie n'avait mis en place aucune mesure liée à la Convention pour accélérer l'égalité, aucune commission gouvernementale destinée à l'analyse des lois, politiques et pratiques concernant la femme dans différents domaines. Depuis, le gouvernement a adopté des programmes et des plans, tels que le PNEG, ou le Programme de Réduction de la Pauvreté Relative à la Femme.

Selon Teresa Canaviri Sirpa, la situation de la femme bolivienne a progressé, à travers les normes, la Participation Populaire, la Réforme Educative, la Loi INRA, La Loi des Partis Politiques, la Loi contre la violence domestique, qui constituent d'importantes avancées. Les normes n'ont certes pas toutes adopté une approche de genre, mais elles comportent généralement des articles où est fait référence aux normes spécifiques qui défendent les droits des femmes. « *Nous pouvons donc dire que les avancées, d'un côté, sont positives, puisque les femmes sont là, participant dans différentes instances...* » (Voir Annexe IV: Entretien avec Teresa Canaviri Sirpa). Les multiples mesures ont eu un certain impact dans le monde social, comme le montre l'amélioration des indicateurs socioéconomiques qui reflètent la condition de la femme. La participation des femmes progresse dans différentes sphères (éducation, justice...) et leur participation aux activités politiques se renforce. Cependant, ces progrès sont lents et incertains. L'application des droits reste discriminée, et illustrée par une brèche significative entre l'égalité formelle et celle de fait.

ENTRE NORMES ET REALITE SOCIALE

La citoyenneté et le statut des femmes boliviennes

L'égalité homme–femme devant la loi

En 1976, le Code Civil Bolivien reconnaît les droits légaux et civils de la femme. Par rapport aux articles 1 et 2 de la CEDAW, relatifs aux politiques et moyens visant à éliminer la discrimination, l'article 6 de la Constitution Politique de l'Etat stipule que « *tout être humain*

⁴⁵⁸ Office of the high Commissioner for human rights, "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia. 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104, (Concluding Observations/Comments)".

a personnalité et capacité juridique (...) et jouit de toutes les libertés et garanties reconnues par la Constitution sans distinction de race, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou d'autre caractère, d'origine, de condition économique ou sociale, de quelque nature que se soit. La dignité et la liberté de la personne sont inviolables. L'Etat a pour devoir primordial de les respecter et de les protéger ». Selon la loi, la capacité juridique de la femme est entière, et basée sur le principe d'égalité homme-femme. Un décret établit l'égalité des droits entre les hommes et les femmes dans les domaines politiques, économiques, sociaux et culturels. Ce principe d'égalité est reconnu dans le travail, la famille, pour la sécurité sociale, pour les rémunérations, dans l'éducation, la formation, et au niveau des droits culturels.

La nationalité et la citoyenneté

La Bolivie applique l'article 9 de la CEDAW, en reconnaissant l'égalité de droit entre les hommes et les femmes concernant la nationalité. « *Une femme étrangère qui se marie avec un bolivien acquiert sa nationalité. Une bolivienne mariée à un étranger ne perd pas sa nationalité* »⁴⁵⁹. La femme peut légalement, au même titre que l'homme, transmettre la nationalité bolivienne à ses enfants.

Le droit matrimonial et familial

En matière de droit matrimonial et du droit de la famille, abordés par l'article 16 de la Convention, la Constitution Politique de l'Etat stipule que « *le mariage, la famille et la maternité sont sous la protection de l'Etat* » (Constitution Politique de l'Etat, article 193).

La femme mariée conserve son nom de famille ; elle peut ajouter celui du mari, et le garder après la mort de ce dernier ou le divorce. En cas de divorce, le conjoint fautif doit verser une pension alimentaire au conjoint non fautif ; il n'existe aucune obligation de pension si les deux conjoints sont fautifs. L'abandon de la femme enceinte sans lui accorder l'assistance nécessaire est sanctionné d'une peine de réclusion de 6 mois à 3 ans.

Malgré l'adoption de l'article 16, par rapport au mariage et à la famille, des inégalités et des discriminations persistent, faisant de l'égalité au sein du mariage et de la famille un précepte relatif. L'article 44 du Code de la Famille octroie le droit de contracter mariage à partir de 14 ans chez les filles et 16 ans chez les garçons (détermination fondée sur la maturité physiologique). Selon l'article 52 du Code de la Famille, « *la femme veuve ou divorcée ne*

⁴⁵⁹ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

peut pas se remarier avant l'expiration de 300 jours à partir du décès du mari ou du jugement de séparation »⁴⁶⁰.

Jusqu'en juin 2003, l'article 99 du Code de la famille établissait que les deux conjoints pouvaient exercer librement une profession ou occupation, mais « *le mari (pouvait) faire interdire à sa femme l'exercice de certaines professions ou occupations pour des raisons de moralité, ou lorsqu'il en résulterait un grave préjudice pour la fonction familiale* »⁴⁶¹. Le Défenseur du Peuple a présenté devant le Tribunal Constitutionnel un recours d'inconstitutionnalité sur cet article. Le Tribunal a alors dicté une sentence constitutionnelle abrogeant cet article, ce qui signifiait un important progrès dans le cadre de l'équité de genre dans la normative nationale.

Malgré l'égalité juridique des conjoints, le précepte selon lequel 'la femme doit obéissance à son mari' demeure dans la pratique sociale. A ce propos, une patiente rencontrée déclarait : « *pourquoi se marier ?! Pour être enchaînée ?... Non !!!* ».

« *Ici, ce sont les hommes qui commandent. Les femmes doivent toujours demander à l'homme, doivent demander la permission. Les hommes aussi doivent parler avec leur femme pour aller à un quelconque endroit. Mais au travail, l'homme en sait plus. Ça coûte de se marier, parfois il y a des disputes, on ne peut plus sortir comme une célibataire. La femme mariée doit se dépêcher, doit se lever plus tôt pour préparer à manger, elle doit filer et tisser, et elle ne peut aller n'importe où. En revanche, nous, les célibataires, personne ne nous donne d'ordre, ni un mari, ni même un papa » ("Aquí, mandan los hombres. Las mujeres siempre tienen que preguntar al hombre, tienen que pedir permiso. Los hombres también tienen que hablar con sus esposas para ir donde sea. Pero, en el trabajo, el hombre sabe más. Es costoso casarse, a veces hay peleas, ya no se puede andar como soltera. La mujer casada tiene que apurarse, tiene que levantarse más temprano para hacer la comida, tiene que hilar y tejer, y no puede ir a donde sea. En cambio, a nosotras las solteras no nos ordena nadie como un marido, ni siquiera el papá", Luisa Avendaño Flores, 17 años, Aguada, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).*

En Bolivie, une femme est considérée comme un sujet de droit lorsqu'elle devient 'Madresposa', ce qui engendre certaines discriminations des femmes seules et non mariées. « *Les femmes célibataires ne peuvent exercer le droit d'arrogation ni le droit d'adoption, tel qu'il est stipulé à l'article 235 du Code de la famille* »⁴⁶². De même, malgré la loi, les femmes célibataires ou divorcées rencontrent des difficultés pour obtenir des crédits, car, par exemple, elles sont considérées comme moins solvables.

D'autre part, l'égalité des capacités juridiques devant la loi est loin d'être évidente. En effet, la loi doit appliquer les coutumes des peuples indigènes, dans la mesure où celles-ci restent compatibles avec le système juridique national. Ainsi, par exemple, chez les Quechuas et les Aymaras, la femme hérite si et seulement si l'héritage ne présente aucun héritier masculin.

⁴⁶⁰ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 51.

⁴⁶¹ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, *op. cit.*, page 57.

⁴⁶² Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, *op. cit.*, page 56.

L'éducation

La Bolivie occupe la 57^{ème} place dans l'éducation au niveau mondial. En considérant que la place la plus élevée est la 175^{ème}, où se trouvent les pays européens, la position de la Bolivie dans le contexte mondial est très faible, d'autant plus faible que les pays voisins comme le Chili, l'Argentine, l'Uruguay ou le Pérou se trouvent respectivement aux places 148, 126, 137 et 73⁴⁶³.

Il existe de la part du gouvernement des actions destinées à améliorer la situation de la femme dans le domaine de l'éducation, avec la promulgation de lois telles que la loi de la Réforme Educative et la loi de Participation Populaire. La Loi assure l'égalité d'accès à l'éducation. La Loi de Réforme Educative et la Constitution dans son article 7^e assurent une éducation de premier cycle universelle, gratuite et obligatoire, interculturelle et bilingue, décentralisée et une égalité d'accès, d'opportunités et de réussites scolaires. Cette loi revalorise ainsi les diverses cultures et langues et introduit au sein de l'éducation une perspective de genre. Mais elle est en cours d'application et ne s'applique pas dans tous les centres éducatifs. La situation des filles dans le domaine éducatif, reste proportionnellement plus dramatique. La discrimination évidente de l'éducation des femmes reste liée à la sous-évaluation du rôle éventuel des femmes dans la société.

Niveau d'instruction de la population féminine de plus de 6 ans (en pourcentage)

Niveau d'instruction	Sans Instruction	basique	intermédiaire	moyen et plus
Au niveau national	17,2	35,8	15,6	30,9
Dans le département de La Paz	15,8	35,9	15,9	31,9

Source: ENDSA 98

Selon ENDSA 98, 17,2% des femmes de plus de 6 ans n'ont aucun niveau d'instruction ; 35,8% de ces femmes ont un niveau basique ; 15,6% ont un niveau intermédiaire et 31,9%, un niveau moyen et plus. Dans le département de La Paz, département étudié, les proportions sont relativement représentatives du niveau national. Toujours d'après ENDSA 98, les femmes boliviennes étudieraient en moyenne 3,9 ans (4 ans dans le département de La Paz).

⁴⁶³ Selon la Coordinadora de la Mujer, Documento de Trabajo. *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de la Mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, page 57.

L'analphabétisme

Au niveau de l'éducation, persistent d'importantes inégalités de genre. Le taux d'analphabétisme féminin est plus élevé que celui de l'analphabétisme masculin, et cette brèche est plus accentuée en milieu rural. Si dans son ensemble le taux d'analphabétisme général diminue remarquablement (de 45,7 % par rapport à 1976), il reste tout de même élevé en Bolivie. Selon le rapport initial de 1991 (Rapport des Nations Unies CEDAW/C/BOL/1), le taux d'analphabétisme des femmes était 2,5 fois plus élevé que celui des hommes. Deux femmes sur dix n'avaient aucun niveau d'instruction, alors que un homme sur dix était dans cette situation. Selon des données du Ministère de la Santé et de l'OPS (en 2002), il atteint 18,87% de femmes, et 6,76% d'hommes⁴⁶⁴, soit pour chaque homme analphabète, il existe 3 femmes dans la même situation.

Les changements de ce taux cette dernière décennie indiquent que l'analphabétisme masculin diminue plus rapidement que le féminin. Sur la période 1992-2001, l'analphabétisme chez les hommes a baissé de 43%, alors que chez les femmes, il a baissé de seulement 32%⁴⁶⁵.

Les taux d'analphabétisme masculin et féminin montrent des différences tant au niveau urbain que rural. La majeure brèche se trouve entre les femmes rurales et les hommes urbains : pour chaque homme analphabète qui vit en ville, il y a 15,5 femmes analphabètes en zone rurale.

La période 1992-2001 est caractérisée par une croissance générale de l'alphabétisation de la population nationale, une croissance plus favorable chez les hommes. Selon l'Annuaire Statistique de 2002 (INE), 79% des femmes contre 92% des hommes sont alphabétisés.

« Si nous nous en tenons au fait que l'éducation est la base structurelle pour un décollage vers le développement, la croissance et l'autonomie économique et émotionnelle, les possibilités d'un important pourcentage de femmes, et plus encore, de femmes paysannes, se voient totalement diminuées »⁴⁶⁶.

La couverture scolaire

Le phénomène de l'analphabétisme s'explique en partie par une importante désertion scolaire des filles, due à une certaine discrimination scolaire. En effet, le faible taux d'assistance scolaire est une des causes de l'analphabétisme. Selon le rapport de 1991, dès le primaire, la désertion est très importante chez les filles, plus importante que celle des garçons. Ainsi, 75 % de la population féminine allait à l'école contre 83 % de la population masculine en âge scolaire.

⁴⁶⁴ Selon "2002, Las mujeres de Bolivia", MSPS, OPS / OMS, mai 2003.

⁴⁶⁵ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, selon les données de l'INE.

⁴⁶⁶ "Si nos ratificamos en que la educación es la base estructural para el despegue hacia el desarrollo, el crecimiento y la autonomía económica y emocional, las posibilidades de un alto porcentaje de mujeres, y más aun, de mujeres campesinas, se ven totalmente disminuidas" (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los derechos humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, page 59).

« J'ai été à l'école jusqu'à mes 10 ans. Nous y allions après avoir fait à manger et chercher l'eau au petit matin. (...) Je suis sortie au cinquième cours. Ma maman m'a sortie [de l'école] car il n'y avait personne pour surveiller les chevrettes » (« He ido a la escuela hasta mis diez años. Ibamos después de hacer la comida y traer agua en la mañanita. (...) Yo me salí del quinto curso. Mi mamá me sacó porque no había quien vea a las chivas », Luisa Avendaño Flores, 17 años, Aguada, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

Depuis, la Bolivie observe une croissante féminisation de l'école. Mais la désertion scolaire des filles n'a pas pour autant disparu. Dans le primaire, l'assistance scolaire est quasi paritaire. La couverture atteinte cette dernière décennie a augmenté modestement de 74,5% à 79,41%, selon les données enregistrées par les recensements officiels de 1992 et 2001⁴⁶⁷. Selon l'INE (Annuaire Statistique 2002), 34% des femmes en âge scolaire (6 à 19 ans) étaient inscrites dans le secondaire entre 1993 et 1997, contre 40% des hommes du même âge.

Malgré l'augmentation de l'inscription féminine, la désertion du système éducatif affecte plus les filles que les garçons. Sur 100 filles en âge scolaire, 27 n'ont pas accès à l'éducation formelle⁴⁶⁸.

« Dans de nombreux cas, les filles sans scolarisation sont 'invisibles' : ou bien on ne s'informe pas sur leur présence, ou on n'apporte pas d'information suffisante. C'est le cas du pays qui manie, dans ses rapports, des chiffres basés sur une moyenne et ainsi occulte souvent les inégalités de genre très graves parmi diverses régions, et parmi des groupes ethniques ou à caractère économique »⁴⁶⁹.

Selon des normes et valeurs socioculturelles, il est moins important que les filles aillent à l'école. Influent les activités du travail domestique que doivent accomplir les filles, en générant des revenus complémentaires pour le foyer. Dans les familles et notamment dans celles des milieux ruraux, il existe une préférence pour envoyer les garçons à l'école plutôt que les filles car ces dernières peuvent très tôt aider aux travaux domestiques et l'incorporation des filles dans le travail est précoce. En 1995, le Représentant signalait ici qu'une discussion était en cours au sein du gouvernement sur l'adoption de mesures pour promouvoir une meilleure tendance scolaire des filles. Mais jusqu'à aujourd'hui, aucune mesure concrète n'a été observée. Dans sa campagne électorale pour les présidentielles de décembre 2005, Jorge Quiroga, de Podemos, propose une allocation scolaire annuelle, plus élevée pour les filles, afin de motiver leur présence au sein du système scolaire.

⁴⁶⁷ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003.

⁴⁶⁸ D'après Gobierno de Responsabilidad Nacional, Ministerio de Salud y Deportes, El derecho a la salud de las mujeres: un desafío de las políticas de salud en Bolivia. Acciones para el período 2003-2007, Julio de 2003.

⁴⁶⁹ « En muchos casos, las niñas sin escolarizar son 'invisibles' : o bien no se informa sobre su presencia o no se proporciona información suficiente. Es el caso del país que maneja cifras promedio en sus informes y así oculta con frecuencia desigualdades de género muy graves entre varias regiones y entre grupos étnicos o de carácter económico » (Tendencias, « Las niñas de Bolivia todavía son discriminadas por la educación », La Razón, Domingo 7 de marzo de 2004, page 2).

La scolarité

Selon l'information du Ministère de l'Education et de l'INE, du total des femmes qui intègrent le système scolaire, 65,69% atteignent le baccalauréat, contre seulement 61,67% des hommes. Cette donnée montre que si les femmes urbaines et rurales entrent en moindre pourcentage à l'école, une fois qu'elles ont intégré les cours supérieurs, elles y restent. Articulant l'information sur la non assistance scolaire, l'inscription, la permanence, l'abandon et la conclusion, la moyenne scolaire féminine et masculine varie de façon substantielle. Globalement, les femmes atteignent 6,65 années d'étude, alors que les hommes 8,24 années⁴⁷⁰.

Ces dernières années, l'accès féminin à l'université a augmenté significativement. Les données de la gestion 2001 montrent que 45,65% du total des inscriptions sont féminins, c'est-à-dire le double que depuis une décennie. Cela montre une tendance permanente de l'incorporation des femmes à l'éducation supérieure⁴⁷¹.

« Bien qu'on observe de grandes avancées d'équité de genre dans l'accès à l'éducation supérieure, cette réussite se voit diminuée lorsque l'on observe les carrières dans lesquelles la présence féminine est supérieure »⁴⁷². Les carrières scolaires restent féminisées (sciences sociales et médicales) et masculinisées (sciences exactes et techniques). Se maintient une différence de genre dans le choix professionnel. L'inclination féminine tend vers les carrières de moindre prestige sur le marché du travail, et moins rémunérées. En médecine, 70% des étudiants sont des hommes et seulement 30% de femmes. Dans les carrières d'infirmier, de physiothérapie, de biochimie, le pourcentage s'inverse : 22% d'hommes et 78% de femmes⁴⁷³.

Cette discrimination des femmes dans les carrières non traditionnelles a des répercussions sur le marché du travail, conditionné par des stéréotypes sexistes. Cependant, le nombre de femmes professionnelles a augmenté dans le pays probablement dû à une meilleure conscience de genre, et une importance égale accordée aux études supérieures pour les hommes et les femmes⁴⁷⁴.

Le droit à l'éducation en Bolivie se confronte encore à de grandes limitations et restrictions. Les chiffres présentés permettent d'observer des asymétries significatives d'accès entre les hommes et les femmes, entre citadins et paysans. Atteindre tous les niveaux de l'éducation reste un privilège d'un faible pourcentage des boliviens et boliviennes. L'Etat est loin d'accomplir un des principaux engagements de la Communauté Internationale tels que la CEDAW.

En 2000, l'Etat bolivien s'engage à accomplir les 8 objectifs du développement du Millénaire. Un de ces objectifs pour l'année 2015 est que tous les enfants aient la possibilité de terminer le cycle complet de l'éducation primaire, se fiant sur l'équité de genre, c'est-à-dire sur

⁴⁷⁰ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septiembres de 2003, selon les données de l'INE.

⁴⁷¹ Coordinadora de la Mujer, *op. cit.*, selon les données du Vice Ministère de la Femme en 2003.

⁴⁷² « Si bien se observan grandes avances de equidad de género en el acceso a la educación superior, este logro se ve disminuido cuando se observa las carreras en las que la presencia femenina es mayor » (Coordinadora de la Mujer, *op. cit.*, page 64).

⁴⁷³ Coordinadora de la Mujer, *op. cit.*, selon les données du VMM en 2003.

⁴⁷⁴ Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la mujer, *Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing*, 2004.

l'élimination de la disparité entre hommes et femmes dans l'éducation primaire et secondaire, et dans tous les autres niveaux de l'éducation. Si jusqu'en 2001, 73% des enfants en âge scolaire ont conclu le 8^{ème} du primaire, accomplir la mesure sera difficile. « *Cela requerrait une réelle volonté politique des différents gouvernements jusqu'en 2015 et de l'Etat bolivien lui-même, traduite en ressources financières destinées non seulement à l'éducation, mais aussi à restituer les facteurs structurels qui la limitent, parmi lesquels la pauvreté* »⁴⁷⁵.

Selon un sondage d'opinion "Femme et Participation Citoyenne" mené par AMUPEI en 2001 (sondage fondé sur 1590 entretiens menés dans les villes de La Paz, Cochabamba et Santa Cruz), la majorité des personnes entretenues (63%) propose que le prochain gouvernement introduise le thème de l'égalité et de l'équité dans les collèges et universités. 25% pensent que le gouvernement doit accomplir les postulats d'équité de la Loi de Réforme Educative.

L'éducation dans la famille

Conformément à l'article 5 de la Convention, le représentant a expliqué qu'une modification sur les livres scolaires serait en cours pour éliminer les stéréotypes sexuels et le discours androcentrique ; et sur la formation des enseignants à une perspective de genre. Cette modification est restée vaine et l'éducation reste marquée par une différenciation des rôles et des genres. Les jeux enfantins, notamment, suivent des images traditionnelles de la femme et de l'homme.

Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz ont présenté de nombreux exemples d'une éducation différenciée en vigueur. Certaines racontaient qu'elles n'avaient pas connu cette différence inculquée des rôles, et que tous les frères et sœurs avaient été élevés de la même manière. Mais d'autres ont raconté qu'elles n'ont pas reçu la même éducation que leurs frères : elles devaient ranger la maison, repasser, cuisiner, laver le linge, alors que leurs frères laissaient leur chambre désordonnée, étudiaient, ou 'profitaient' tout simplement de la vie. Celles qui avaient des enfants expliquaient qu'elles essayaient de les éduquer sans marquer de différences pour qu'il y ait plus tard une réelle division des tâches : « *si moi je cuisine, toi tu laves* ». Elles le percevaient également comme une mesure de prévention, au cas où le fils se retrouverait à vivre seul. Une participante ajouta que cependant, aucun extrême n'était bon. Elle raconta l'expérience de son fils qui s'occupait de tout chez lui, alors que sa femme ne s'occupait que d'elle-même. « *Il est ce que j'étais, mais en homme* », a-t-elle déclaré.

Denise Arnold et Juan de Dios Yapita, dans « *Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes* »⁴⁷⁶, explique que le genre est un critère secondaire dans l'organisation de la vie dans les andes. Cependant, dans cet essai, les auteurs défient ce point de vue en montrant que les idées par rapport à la construction sociale du genre restent dans le fond de la vie andine, en organisant à la fois les différentes pratiques quotidiennes du pâturage et de l'agriculture, et celles de la santé maternelle et de l'éducation.

⁴⁷⁵ « *Requerirá de una verdadera voluntad política de los diferentes gobiernos hasta el año 2015 y del propio Estado boliviano, traducida en recursos financieros dirigidos no sólo a la educación, sino a revertir factores estructurales que la limitan, entre ellos la pobreza* » (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, page 65).

⁴⁷⁶ in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.

Le garçon apprend de son père le monde de l'homme ; la fillette apprend de sa mère le monde de la femme. Les femmes se chargent de leurs filles, les hommes de leurs fils.

Comme la femme, l'homme est enfermé dans un rôle. Depuis sa naissance, on lui enseigne comment se comporte un homme, à travers des activités masculines, des jeux masculins, et par exemple, lorsqu'un petit garçon pleure, on entend souvent de la part des parents « *un homme ne pleure pas* ». Il s'agit là de modèles éducatifs fortement différenciés qui sont difficiles d'ébranler plus tard. De la même manière qu'une femme ne reconnaît pas toujours la violence qu'elle subit comme un délit, l'homme peut ne pas se rendre compte de la pression sociale qui l'opprime, pour agir ainsi.

Les ateliers (l'éducation parallèle)

*« Ici, certaines d'entre nous sommes tranquilles, et d'autres souffrent. Moi, j'aimerais que nous nous améliorions. Depuis cinq ans, je suis la présidente d'un groupe de femmes, nous nous réunissons pour apprendre à tisser des mantilles, des chulitos et d'autres choses. Quand nous faisons nos réunions, nous nous asseyons à un endroit en rond et là nous tissons. Nous nous aidons entre nous et aussi nous parlons. Nous rions bien. Nous sommes toujours en train de nous raconter des choses, et nous parlons de tout » (« Aquí, algunas de las mujeres estamos tranquilas no más y otras sufren pues. Yo quisiera que mejoremos. Desde hace cinco años soy la predidenta de un grupo de mujeres, nos reunimos para aprender a tejer mantillas, chulitos y otras cosas. Cuando hacemos nuestras reuniones, nos sentamos en un lugar en ronda y ahí tejemos. Nos ayudamos entre nosotras y también hablamos. Bien reímos. Siempre nos estamos contando cualquier cosa, y de todo hablamos », Victoria Calisaya Acuña, 25 años, Jhapo, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).*

Marta Villa, directrice du CDIMA expliquait qu'il était difficile de travailler avec les femmes, car les ateliers sont traditionnellement pour les hommes. Les ateliers organisés par les différentes organisations de la société civile sont généralement basés sur le rôle traditionnel des femmes, tels que les ateliers d'artisanat, de couture, ce qui permet de légitimer l'activité proposée, et implicitement de tendre à une formation de leadership. Ces organisations travaillent également avec les communautés, pour atteindre les femmes. L'étude de terrain, à travers les ateliers, montre cependant qu'il existe une importante demande de formation, de capacitation. Les femmes de San Luis Taza expliquaient qu'elles étaient Manzaneras pour apprendre car la plupart n'avaient pas étudié. Les Manzaneras de Senkata déclaraient que la capacitation qu'elles recevaient les aidait beaucoup pour l'éducation de leurs enfants et pour aider les autres, sans pour autant avoir conscience que les ateliers pouvaient conduire à un certain 'empowerment'.

Le travail

L'égalité dans le travail

La loi générale du travail présente des dispositions claires et précises concernant les femmes. Le domaine de l'emploi suit le principe de l'égalité juridique. Conformément à l'article 11 de la CEDAW, l'article 156 de la Constitution Politique établit que « *le travail est un devoir, un droit et constitue la base de l'ordre social et économique* ». Le Code n'éradique cependant pas la discrimination et l'inégalité des femmes dans ce domaine. Aucune véritable sanction n'est prévue par la loi en cas de discrimination des femmes au travail. De plus, il manque un mécanisme d'application et notamment de contrôle de la loi. Ainsi, le travail des femmes est souvent limité.

Les restrictions légales

Le code protège particulièrement les femmes. Au niveau légal en effet, les articles 59 et 60 du Code du travail interdisent aux femmes et aux enfants de travailler de nuit, « *de travailler dans des conditions qui sont dangereuses, malsaines ou d'exercer des métiers contraires à la moralité et aux bonnes mœurs* »⁴⁷⁷. De plus, comme cela fut déjà mentionné, l'article 99 du Code de la famille permet au mari d'interdire le travail de l'épouse en dehors du foyer « *pour des raisons de moralité, ou lorsqu'il en résulterait un grave préjudice pour la fonction familiale* »⁴⁷⁸.

Le travail des femmes

Il existe des modèles stéréotypés de valorisation du travail et des attributions traditionnelles, et différentes formes d'insertion des hommes et des femmes sur le marché du travail. De plus, l'implantation des réformes d'ajustements structurels a provoqué des effets négatifs sur les travailleurs, et en particulier sur les travailleuses, en rendant propice la violation des droits économiques.

Un des indicateurs d'emploi est le Taux Global de Participation Economique (TGPE). Entre 1992 et 2002, ce taux a baissé de 54,7 à 52,2 dans le pays. Ce qui montre que de façon générale, le chômage a augmenté. Le TGPE masculin et féminin indique que les femmes ont participé en moindre proportion que les hommes au marché du travail rémunéré : 63,4% des hommes, contre 41,1% des femmes, situation qui répond à une série de facteurs

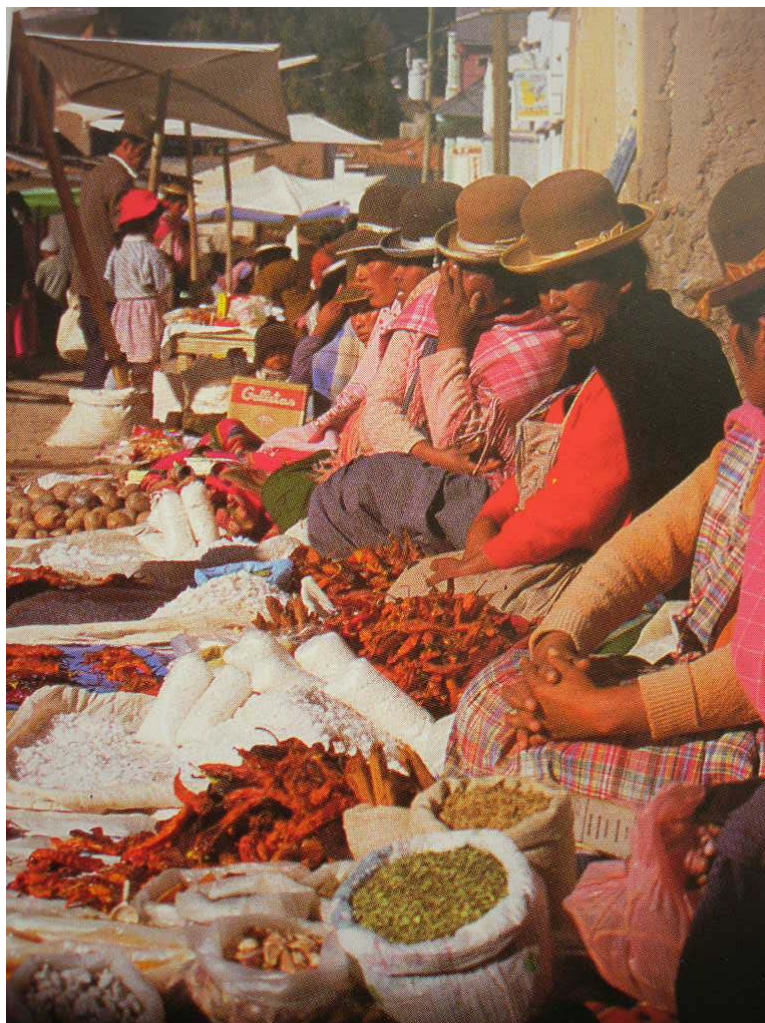
⁴⁷⁷ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 11.

⁴⁷⁸ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, *op. cit.*, page 37.

socioéconomiques qui caractérisent le rôle masculin et le rôle féminin dans la société. En 2000, selon l'Annuaire Statistique 2002, 49% des femmes faisaient partie de la population active contre 84% des hommes.

Le TGPE, entre 1992 et 2002, a fortement diminué chez les hommes, alors qu'il s'agit d'une diminution minime chez les femmes. Cela signifie que ces dix dernières années, l'incorporation des femmes sur le marché du travail est plus significative que celle des hommes. Cette augmentation peut être liée aux politiques du travail qui permettent aux employeurs de contracter une force de travail moins chère, dans des conditions que les femmes sont prêtes à accepter. Elisabeth Peredo Beltrán, de la Fundación Solon, expliquait qu'après 1985, les politiques économiques ont engendré un processus de flexibilisation des droits du travail, avec notamment le phénomène des sous emplois.

Une meilleure participation sur le marché du travail ne signifie donc pas nécessairement une amélioration de la condition sociale de la femme en ce qui concerne sa qualité de vie, le changement ou la démocratisation des tâches domestiques. De même, à un meilleur niveau scolaire des femmes ne correspond pas une meilleure insertion de celles-ci sur le marché du travail.



Vendeuses de La Paz (Photographie de Carlos Terrazas Orellana)

Le chômage affecte plus les femmes. En effet, le taux global est de 4,70, duquel 5,86 correspondent à des femmes et 3,94 à des hommes⁴⁷⁹. D'autre part, les emplois féminins restent subalternes, peu valorisés, et essentiellement marqués génériquement.

Selon l'INE, en 2000, 9,9% des femmes en âge de travailler étaient femmes au foyer (10,62 en 1997)⁴⁸⁰. Le secteur économique où participent le plus les femmes est le secteur tertiaire, et notamment le commerce mineur (vendeuse de nourriture et de boissons, commercialisation de produits de contrebande, de vêtements usés). La participation des femmes dans le secteur commercial a fortement augmenté ces dernières années. Le secteur informel représente également un important pourcentage de l'activité économique féminine, synonyme de stratégie de survie, et surtout d'emplois subalternes, non structurés, non protégés, dévalorisés et précaires. Le fait que les femmes aient transféré leurs activités dans le secteur informel de l'économie prouve la croissance du taux de chômage chez les femmes.

Les emplois féminins sont généralement des emplois subalternes. Le pourcentage des femmes chefs de foyer a augmenté (estimé à 12%), ce qui montre que il y a plus de femmes qui cherchent à générer des revenus pour le soutien familial⁴⁸¹. Ces femmes entrent alors dans le secteur informel qui n'offre aucune protection, ou acceptent un travail peu rémunéré, aux conditions précaires. Les femmes restent cantonnées aux niveaux les plus bas des secteurs d'activités, et donc les plus mal rémunérés. Elles occupent des postes qui demandent peu de qualifications et de responsabilités. Seuls 2,6% de femmes sont patrons ou entrepreneurs en Bolivie. Selon le CEDEF, le faible nombre de femmes aux postes de décision devait être pris en compte de façon critique. Le Sous-secrétariat pour les Affaires de Genre envisageait alors des mesures temporaires pour remédier à la situation. Les membres du comité espéraient également que des mesures soient prises pour corriger la discrimination de fait souvent pratiquée par les employeurs⁴⁸².

La ségrégation de genre dans le travail se manifeste de différentes façons, et notamment par la discrimination des salaires. La Constitution Politique, et la Loi Générale du Travail assurent l'égalité de rémunération, conformément à l'article 11 de la CEDAW. L'article 52 de la Loi Générale du Travail établit que « *le salaire est proportionnel au travail accompli, et aucune distinction ne peut être faite sur la base du sexe ou de la nationalité* ». Pourtant, les revenus entre hommes et femmes restent très inégaux, et marqués par une importante différence. La rémunération des femmes est moindre pour un travail équivalent égal : la femme peut gagner seulement 70% du revenu d'un homme pour le même travail et dans les mêmes temps⁴⁸³. Selon d'autres sources officielles plus récentes, les revenus reçus par les femmes représentent 53,6% des revenus perçus par les hommes⁴⁸⁴. « *Leurs niveaux de rémunération inférieurs à ceux des hommes se reflètent également dans les résultats de l'INE. Le revenu des femmes*

⁴⁷⁹ Selon UDAPE, 2002, in Gobierno de Responsabilidad Nacional, Ministerio de Salud y Deportes, El derecho a la salud de las mujeres: un desafío de las políticas de salud en Bolivia. Acciones para el período 2003-2007, Julio de 2003.

⁴⁸⁰ Encuesta Nacional de Empleo 1997, ECH MECOVI 1999 et 2000.

⁴⁸¹ Gobierno de Responsabilidad Nacional, Ministerio de Salud y Deportes, *op. cit.* .

⁴⁸² Office of the high Commissioner for human rights, "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia. 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104, (Concluding Observations/Comments)".

⁴⁸³ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

⁴⁸⁴ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, selon les données de l'INE en 2001.

dans l'industrie représente 40,8% de celui des hommes »⁴⁸⁵. Selon l'INE, en 2000, le revenu monétaire régulier de l'occupation principale des femmes est de 88,71% de celui des hommes (à comparaison de 65,80% en 1997)⁴⁸⁶.

Le document de travail de la Coordinadora de la Mujer présente divers facteurs qui permettraient d'expliquer ce phénomène : la qualification de la main d'œuvre ouvrière ou professionnelle de la femme qui est moindre ; les employeurs qui déduisent de leur salaire les charges sociales qu'elles représentent dans le travail (moins d'heures de travail, coûts de la maternité et les bénéfices post accouchement).

La Razón, en avril 2004, publie un article intitulé « la femme de l'industrie vit dans une autre époque », qui déclare, entre autre, que « *en plein 21ème siècle, l'ouvrière industrielle féminine non seulement coûte peu et est considérée comme moins qualifiée. Certaines entreprises l'obligent à porter un stérilet et lui font un test de grossesse* »⁴⁸⁷. Des tests de grossesses sont en effet parfois exigés par les patrons. Aux mauvaises rémunérations, aux emplois précaires des femmes, s'ajoutent des conditions dénoncées par les organisations de la société civile, de travail d'esclavage dont le 'droit de cuissage' que de nombreux patrons croient avoir sur elles.

« Ici, je me suis beaucoup battue, en travaillant 20 ans dans la maison des propriétaires. Il y avait d'autres personnes qui travaillaient là. Nous commençons à trois ou quatre heures du matin et nous travaillions jusqu'à sept ou huit heures du soir. Egalement le week end, tous les jours sans repos » («Aquí, he peleado harto, trabajando 20 años en la casa de los dueños. Había también otras personas trabajando allí. Empezábamos a las tres o cuatro de mañana y trabajábamos hasta las siete u ocho de la noche. También, los fines de semana -todos los días sin descanso», Irma Cortés, 32 años, Orocoté, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

Les employées domestiques connaissent une importante discrimination. Dans de nombreux cas, on ne permet pas aux employées, parfois mineures, d'aller à l'école alors que les mineurs ont le droit légal à l'éducation. Les employeurs ne respectent pas la loi qui limite le travail infantile (donc légalement autorisé) à 6 h par jour. Le travail domestique est marqué par une importante exploitation, essentiellement celle des enfants qui viennent de la campagne. Le Code du Mineur n'est pas respecté. Les employées domestiques travaillent en moyenne 49 heures par semaine. La situation de la travailleuse domestique est totalement réduite à la dépendance de son employeur. Cette dépendance et ignorance des droits des jeunes et des migrantes en font des proies faciles pour l'exploitation. De plus, elles reçoivent souvent un traitement humiliant et sont parfois abusées sexuellement.

⁴⁸⁵ «Sus niveles de remuneración inferiores a los de los hombres han sido reflejados también por el INE. El ingreso de las mujeres en la industria significa el 40,8 por ciento del de los varones» (Tendencias, « La mujer de la industria vive en otra época », La Razón, Domingo 4 de abril de 2004, page 8).

⁴⁸⁶ INE, ECH MECOVI 1999 et 2000.

⁴⁸⁷ «En pleno siglo XXI la obrera industrial femenina no sólo cobra poco y es considerada menos cualificada. Algunas empresas la obligan a llevar una T de cobre y le hacen test de embarazo» (Tendencias, « La mujer de la industria vive en otra época », La Razón, Domingo 4 de abril de 2004, page 8).

La Fédération Nationale des Employées Domestiques ('Federación Nacional de Trabajadoras del Hogar', FENATRAHOB) a lutté pour mettre en place une loi spécifique, évoquant des droits et des bénéfices comparables à d'autres emplois. Cette loi limiterait le travail à 10 heures par jour (au lieu de 16 heures actuellement) ; elle exigerait que le travailleur ait un contrat et un salaire minimum. Mais le Parlement a révélé des résistances de certains législateurs, de femmes parlementaires notamment qui ont elles-mêmes des employées domestiques. Conformément à l'article 11, le représentant bolivien expliquait qu'une loi sur les travailleurs domestiques était prise en compte au Parlement. Cette loi est approuvée en 1997, après avoir dormi 12 ans au parlement. Mais son application reste très arbitraire.

La Federación Nacional de Trabajadoras del Hogar propose un petit journal de l'organisation syndicale présentant des témoignages d'employées domestiques, et les avancées de la Loi de Régulation du Travail salarié du Foyer ('Ley de Regulación del Trabajo asalariado del Hogar'), un journal qui montre la non application de la loi et les conditions restées précaires des employées domestiques. Désormais, le syndicat lutte pour une sécurité sociale des employées domestiques (application de la loi). Claudia Choque, Secrétaire Exécutive de FENATRAHOB expliquait que le travail domestique est invisible et non reconnu, notamment par la famille elle-même. Et pourtant, il constitue un apport important, puisqu'il permet aux femmes employeuses de devenir plus professionnelles.

La non reconnaissance du travail féminin

L'apport réel des femmes dans l'activité productive n'est pas reconnu, en particulier celui des femmes rurales : *« Ce qui contribue à perpétuer cette situation, ce sont les traditions et coutumes discriminatoires qui relèguent les femmes rurales à un plan secondaire dans la société. La société bolivienne a non seulement créé des valeurs et des préjugés qui laissent entendre dans des termes idéologiques et culturels que les femmes sont inférieures, mais qui plus est, elle refuse de leur donner l'occasion de tester leurs capacités dans le domaine du travail »*⁴⁸⁸.

Teresa Canaviri Sirpa, Vice Ministre de la Femme, d'origine indigène et paysanne, expliquait à propos du travail des femmes, et notamment celles de la campagne, que les femmes sont à plus de 50% des travailleuses, depuis le domestique, qui n'est pas reconnu, jusqu'à la communauté. Une femme paysanne, une femme corporative, travaille depuis 4 heures du matin, jusqu'à 8 heures du soir ; elle génère une ressource, mais le commerce n'est pas à son nom, elle n'a pas de document légal représentant la micro entreprise, et ne peut donc avoir accès aux crédits. La travailleuse exploitée ne dispose pas d'instruments légaux pour pouvoir se défendre. Les femmes organisées en micro entreprise, telles que celles rencontrées aux 'Ferias a la inversa y Mesa de Negociación', ne sont pas légalement constituées, ne peuvent accéder aux prêts, et participer au 'compro boliviano', système de petites entreprises qui offrent leurs services à l'Etat. Les femmes génèrent donc des revenus, mais sans la légalité et la reconnaissance de leurs activités, le progrès est, selon Teresa, difficile. Elle considère donc qu'une des priorités concerne l'économie.

⁴⁸⁸ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 44.

En Bolivie, il n'existe pas d'information officielle sur le marché du travail avec une perspective de genre. L'analyse de la situation des femmes dans ce domaine est donc limitée. L'information officielle rend compte que l'apport des femmes paysannes dans l'économie nationale n'est pas reconnu. La force de travail féminine continue d'être une réalité occultée, elle est sous-estimée.

La femme participe à 3 types d'activités : productive, reproductive et communautaire. La femme bolivienne, comme de nombreuses femmes latino-américaines, accomplit donc une double voire une triple journée de travail. Mais le travail au foyer n'est pas reconnu. Selon le sondage de AMUPEI, en 2001, sur les attentes des personnes interviewées sur les devoirs du nouveau gouvernement et partis politiques par rapport aux bénéfices sociaux et économiques de la maternité, les réponses des femmes comme celles des hommes montrent en premier lieu que le gouvernement et les partis devraient promouvoir le travail domestique divisé, partagé.

« Ici, le travail entre les hommes et les femmes n'est pas égal. La femme a plus de travail. D'abord, elle se lève, fait le nettoyage, allume le feu pour faire le petit déjeuner et préparer à manger pour ceux qui vont travailler. Puis, nous sortons les animaux et donnons à manger aux poules et aux cochons. Parfois, quand il faut tresser un lit, nous nous asseyons pour tresser et aussitôt, il faut se lever pour faire le déjeuner. D'autre part, il faut laver, parfois il faut aller chercher du bois, après il faut faire le déjeuner et plus tard préparer le dîner. A la campagne, nous mangeons trois fois. C'est pas comme en ville » ("Aquí, el trabajo entre hombres y mujeres no es igual. La mujer tiene más trabajo. Primero se levanta, hace la limpieza, prende el fuego para hacer desayuno y prepara la comida para los que vayan a trabajar. Después, despachamos a los animales y damos de comer a las gallinas y los chanchos. A veces, cuando hay que tejer una cama, nos sentamos a tejer y vuelta hay que levantarse a hacer el almuerzo. A parte, hay que lavar, a veces hay que ir a traer leña, después hay que hacer el almuerzo y más tarde de preparar la cena. En el campo, tres veces comemos. No es como en la ciudad", Eugenia Rivera Cruz, 53 años, Tota, in Peter Lowe, Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis, PASACH, 2003).

« La femme est totalement intégrée dans l'économie et le processus de développement contribuant à la formation de la société bolivienne. Cependant sa position subalterne résulte de la faiblesse de l'économie, de la distorsion de la structure du marché du travail et des tensions résultant de son double rôle et des préjugés sociaux auxquels elle est confrontée. Pourtant, sa participation active subventionne l'économie par le biais des tâches non rémunérées qu'elle accomplit, essentiellement en fournissant du travail dans de mauvaises conditions »⁴⁸⁹.

« Leurs conditions de travail sont caractérisées par des salaires bas, de longues heures de travail, des rémunérations instables, l'absence de prestations sociales, et le fait qu'elles n'ont pas accès à la technologie, à la fiscalité, à la formation professionnelle, aux ressources de

⁴⁸⁹ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 3.

capital... »⁴⁹⁰. « *La ségrégation occupationnelle, l'inégalité des salaires, la double journée et le harcèlement sexuel sont à l'ordre du jour dans tous les types de travail, spécialement dans l'industrie (...)* »⁴⁹¹. Le CEDEF considérait que la législation du travail ne protégeait pas suffisamment les droits des femmes, en particulier, pour le travail domestique. Ces contradictions et ambiguïtés entre la législation et la réalité du travail des femmes, ces conditions précaires de travail se reflètent particulièrement en zone rurale et chez les employées domestiques.

Une brochure informative du Ministère du Développement Durable, du VMM et du Gouvernement Municipal d'El Alto sur les politiques de renforcement économique des femmes, décrit la situation des femmes boliviennes dans le domaine du travail : « *Incorporation massive de la femme sur le marché du travail ; expansion du secteur informel ; emploi surtout dans les services et le commerce ; les femmes travaillent dans des unités familiales et semi patronales ; les femmes travaillent dans de mauvaises conditions et reçoivent de moindres salaires pour le même travail réalisé par les hommes ; les conditions de travail, les bas revenus, le manque de formation et d'autres aspects provoquent une faible productivité et compétitivité ; il existe une surexploitation et des heures de travail supplémentaires non rémunérées ; des salaires dévalués* »⁴⁹².

La protection de la maternité

L'article 11 de la CEDAW préconise la conciliation entre le droit de procréer et le travail, et notamment l'interdiction de licencier pour raison de grossesse, et l'obligation d'octroyer des congés maternité. Les femmes enceintes sont protégées par la Constitution Politique (Article 193), le Code Pénal et la Loi Générale du Travail. Mais, malgré les lois, la situation reste discriminante pour les femmes.

La loi du travail de 1943 garantit aux femmes 45 jours de repos avant et après l'accouchement avec 100% du salaire, puis le droit de prendre de petites pauses pendant la journée pour allaiter. L'article 61 de la Loi Générale du Travail stipule que « *les femmes enceintes ont le droit de s'absenter 45 jours avant et 45 jours après l'accouchement, ou pour une période même plus longue si la grossesse doit entraîner des complications. Elles gardent leur droit au*

⁴⁹⁰ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 39.

⁴⁹¹ « *La segregación ocupacional, la inequidad de sueldos, la doble jornada y el acoso sexual están a la orden del día en todos los tipos de trabajo, especialmente en la industria (...)* » (Tendencias, « La mujer de la industria vive en otra época », La Razón, Domingo 4 de abril de 2004, page 8).

⁴⁹² « *Incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo. Expansión del sector informal. Empleo sobre todo en servicios y comercio. Las mujeres trabajan en unidades familiares y semi empresariales. Las mujeres trabajan en malas condiciones y reciben menores salarios por el mismo trabajo realizado por hombres. Las condiciones de trabajo, los bajos salarios, la falta de capacitación y otros aspectos causan baja productividad y competitividad. Existe sobreexplotación y horas extras de trabajo no remunerado. Salarios devaluados* » (Lizbeth Vega Gutierrez, « Política de potenciamiento económico de las mujeres, Ferias a la Inversa y Mesas de negociación », Cartilla informativa, Ministerio de Desarrollo Sostenible, VMM, Gobierno Municipal de El Alto, PROCAL, page 2).

travail, et reçoivent 100 % de leur traitement ou salaire. Pendant qu'elles allaitent leurs enfants, les jeunes mères ont droit à de courtes périodes de repos au cours de la journée qui ne doivent pas dépasser une heure [Loi de 1949] »⁴⁹³. La Loi Générale du Travail détermine également dans son article 62 que les entreprises de plus de 50 employés doivent mettre en place des crèches ('salas de cuna').

Selon le Code de Sécurité de 1956 (article 57), les femmes enceintes ont le droit de rester en période d'incapacité pour une période de 6 semaines après l'accouchement. Le Code de la Sécurité Sociale, du 14 décembre 1956, inclut la sécurité de la maternité, obligatoire pour les femmes qui travaillent et les épouses des travailleurs (article 23).

L'article 2 de la Loi du 2 mars 1988 stipule que « *les femmes enceintes sur un lieu de travail où les tâches requises sont telles qu'elles peuvent affecter leur santé ont droit à un traitement spécial qui leur permette d'effectuer leurs activités dans des conditions appropriées, sans réduction de leur traitement ou salaire, et sans faire l'objet d'une réaffectation* »⁴⁹⁴.

Il demeure interdit de renvoyer une femme jusqu'à un an après la naissance de l'enfant. Selon l'article 1^{er} de la loi du 2 mars 1988 (Loi n°975), « *pendant leur grossesse et pour une période ne dépassant pas un an après la naissance de leur enfant, aucune femme ne peut être renvoyée de son poste de travail dans une institution publique ou privée* ». La Résolution Ministérielle n°457 du 8 juin 1995 interdit le refus ou l'expulsion des étudiantes enceintes quel que soit leur statut civil, et qui veulent continuer leurs études. Mais la pratique persiste.

Ces différentes lois n'engendrent pas l'éradication de la discrimination envers les femmes enceintes. Certes, il n'existe pas de cas manifestes de discrimination. Mais la discrimination dont la femme fait l'objet sur le lieu du travail est pratiquée de façon masquée et subtile par les chefs ou les employeurs ; les femmes enceintes, par exemple, ne sont pas embauchées dans les entreprises commerciales ou industrielles. Selon le sondage « Femme et Participation Citoyenne », une proportion importante des personnes consultées indique que le gouvernement et les partis politiques devraient faire respecter les bénéfices sociaux pour la maternité des femmes travailleuses.

La titularité de la terre

Les femmes rurales souffrent d'isolement, du manque d'instruction, d'éducation, d'emploi ; mais elles souffrent également de limitation et restriction quant à l'appartenance des terres.

En Amérique Latine, environ 60 millions de femmes rurales travaillent quotidiennement plus de 12 heures pour assurer la survivance de leur famille. Des statistiques indiquent qu'elles contribuent à générer environ 48% du revenu familial. Mais des barrières d'ordre juridique,

⁴⁹³ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 35.

⁴⁹⁴ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, *op. cit.*, page 35.

socioculturel et institutionnel limitent l'accès des agricultrices à la terre et le contrôle sur elle⁴⁹⁵.

L'accès au contrôle de la terre par les femmes reste en Bolivie relativement faible. La formulation de cadres juridiques avec perspective de genre et l'élimination des facteurs culturels et institutionnels qui empêchent la reconnaissance des femmes comme productrices sont essentielles pour garantir l'accès de la femme rurale à la terre. La Loi INRA ('Instituto Nacional de la Reforma Agraria') et la Loi Forestale (LF) établissent des normes pour le renforcement du droit propriétaire des terres, les deux lois étant destinées à améliorer les conditions productives pour le développement rural. L'article 3 de la Loi INRA établit l'égalité de droits entre les hommes et les femmes dans la distribution, l'administration, l'usage, l'exploitation et l'appartenance de la terre, sans importance du statut civil.

La terre constitue un facteur productif indispensable pour le développement de certaines activités économiques. En Bolivie, une importante partie de la population, notamment en aire rurale, vit de l'exploitation de la terre. L'accès à ce recours constitue un droit économique, mais la distribution des terres reste inéquitable : 80% des agriculteurs se partagent 3% des terres cultivables. Cette distribution est d'autant plus inégale pour les femmes. Seuls 10% de la population avec un titre de terre sont des femmes.

« Les possibilités des femmes d'assainir et d'être titulaire des terres se voient restreintes par des facteurs d'ordre culturel, qui souvent provoquent que ces dernières les perdent (au moment de se marier, par exemple). Le manque de papier d'identité les empêche également de réaliser les formalités, à quoi s'ajoute une réglementation de procédure de titularisation des terres pénible et bureaucratique »⁴⁹⁶.

Teresa Canaviri expliquait que de nombreuses femmes aujourd'hui gèrent les terres, les entretiennent, les hypothèquent, etc. Cependant les hommes en restent les propriétaires légaux. En cas d'absence du mari, qui migre par exemple en ville, la femme n'a aucun droit sur les terres, puisqu'elle n'est pas tuteur légal de la propriété. Le VMM travaille donc sur le partage des titres et des droits sur les terres des couples en union, et pour que les femmes seules, chefs de famille, puissent accéder à la propriété foncière, et avoir légalement des terres à leur nom.

Un des objectifs du VMM est également la protection de la sécurité juridique de la terre et du territoire, pour garantir le droit des femmes à la propriété et à l'administration agraire, avec des actions ponctuelles qui aident à la diffusion de la Loi INRA, telles que la formation des équipes techniques de INRA⁴⁹⁷.

⁴⁹⁵ Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la Mujer, *Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing*, 2004.

⁴⁹⁶ "Las posibilidades de sanear y titular las tierras de propiedad de las mujeres se ve restringida por factores de orden cultural, que en muchos casos provocan que éstas las pierdan (al momento de casarse, por ejemplo). También la falta de documento de identificación las limita para realizar este trámite, a lo que se suma una normativa procedimental de titulación de tierras engorrosa y burocrática" (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los derechos humanos de las mujeres en Bolivia*, septiembre de 2003, page 54).

⁴⁹⁷ Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la Mujer, *op. cit.* .

La participation et la représentation sociales et politiques

La mobilisation sociale

La Bolivie, à travers son histoire et son contexte politique, a connu et connaît toujours aujourd'hui une expérience politique organisée, une importante mobilisation des femmes. « *Il serait très long de citer tous les cas dans lesquels les femmes ont été associées à des moments critiques ou historiques de la vie de la nation, mais leur participation a toujours été un élément positif des divers mouvements de mobilisation sociale et politique* »⁴⁹⁸.

En 1927, est formée la 'Federación Obrera Feminina' (Fédération Ouvrière Féminine, FOF) qui maintiendra un rôle relativement important au sein de la société civile, de la nation bolivienne. En 1961, un mouvement de masse des femmes est créé à l'intérieur de la 'Federacion de Sindicatos de Trabajadoras Mineras de Bolivia' (Fédération des Syndicats de Travailleuses Mineures de Bolivie, FSTMB). Il s'agit de comités de femmes au foyer dans les villes minières. Ce mouvement de femmes des mines devient vite un modèle et un exemple pour l'organisation d'autres secteurs de la population féminine de Bolivie. En 1970, se réunit le premier Congrès des femmes paysannes de la province de Aroma, département de La Paz. En juin 1979, la 'Federacion Sindical Unica de Trabajadores Campesinos' (Fédération Syndicale Unique de Travailleurs Paysans) de Bolivie est fondée et se joint à la 'Central Obrera Boliviana' (Centrale Ouvrière Bolivienne, COB). En janvier 1980 apparaît la 'Federacion Nacional de Mujeres Campesinas 'Bartolina Sisa'' (Fédération Nationale de Femme Paysannes 'Bartolina Sisa') dont les objectifs principaux sont : la « *libération de toute classe d'oppression dont souffre (notre) peuple. Etre reconnues comme travailleuses paysannes. Renforcer (nos) organisations de base et (notre) organisation matrice. Revendication historique de la lutte des campagnes leaders révolutionnaires Bartolina Sisa, Micaela Bastida et d'autres. Egalité dans la lutte, reconnaissance de la participation réelle des campagnes dans la vie politique et économique du pays* ». En avril 1982, certaines femmes boliviennes mettent en place la 'Federacion de Amas de Casa de Barrios Populares' (Fédération des femmes au Foyer des Quartiers Populaires, FACBAPO) à la Paz, qui s'occupe de l'organisation, par les femmes, de l'éducation, de postes sanitaires, de centres pour les enfants, de la distribution du ravitaillement, etc. dans les zones populaires de la Paz. Plus tard, cette organisation adhère à la COB⁴⁹⁹.

M. Lourdes Zabala, dans *Nosotras en democracia: Mineras, cholas y feministas: 1976 – 1994*⁵⁰⁰ présente 3 dimensions et identités, 3 courants du mouvement des femmes boliviennes à travers le Comités de Amas de Casa Mineras, les Cholas et Femmes Aymaras, et le Mouvement Féministe : le courant féministe qui questionne l'existence du système de genre dans la société ; le courant populaire qui tend à résoudre les intérêts et problèmes à leurs rôles naturels ; et le courant politique qui cherche à changer les structures pour accéder à une

⁴⁹⁸ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 4.

⁴⁹⁹ Voir V. Rozée, « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. La Bot, 2001, page 113.

⁵⁰⁰ Ma. Lourdes Zabala, *Nosotras en democracia: Mineras, cholas y feministas: 1976 – 1994*, ILDIS, 1995.

meilleure participation au niveau des pouvoirs locaux et nationaux (selon Maria Isabel Caero de IFFI).

Les femmes du peuple de Bolivie ont toujours tenu un rôle significatif dans les luttes de libération et dans les mouvements sociaux. Les Assemblées de Voisinage constituent un domaine d'organisation qui a pris de l'importance dans la société bolivienne, ces dernières années. Les femmes, qui connaissent les nécessités du quartier et qui souffrent plus directement de l'impact négatif des carences de services de base, s'organisent et participent aux assemblées de voisinage. Cependant, cette participation n'est pas corollaire d'une participation aux niveaux directifs. Les clubs et les centres de mère constituent une autre forme d'organisation des femmes, qui tend à résoudre les problèmes immédiats de santé, d'éducation, d'alimentation, de services basiques. Aucune priorité aux aspects de genre.

Le rapport bolivien de 1991 pour le CEDEF déclarait : « *on peut dire qu'il s'est produit ces dernières années un renforcement de la conscience de la Bolivienne qui se manifeste par sa participation croissante à la lutte pour le respect de ses droits, la libération des peuples, la défense de la souveraineté nationale, la paix, les revendications sociales dans une perspective de conservation de son identité socio culturelle* »⁵⁰¹.

Silvia Salinas Mulder définit le mouvement des femmes en Bolivie, comme un mouvement social en construction qui regroupe des femmes de divers secteurs de la société, exprimant la multiplicité ethnique, sociale, régionale, et culturelle qui caractérise le pays⁵⁰².



Un mouvement de femmes à La Paz (Photographie de Christian Lombardi)

⁵⁰¹ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 16.

⁵⁰² S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

Le mouvement des femmes en Amérique Latine, comme en Bolivie, repose sur la découverte commune des femmes des secteurs populaires, la légitimation de leur action en tant que mères, la valorisation d'elles-mêmes en tant que femmes, et l'illégitimité du pouvoir des hommes. « *Les femmes qui s'engagent avec les hommes de leur groupe dans des actions et des discours qui construisent et manifestent leur spécificité par une séparation radicale d'avec les Autres, ne peuvent qu'être dans un rapport antagonique avec les autres femmes* »⁵⁰³. Les divisions entre les femmes correspondent aux divisions sociales et ne sont pas équivalentes. Pour reprendre la définition d'E. Jelin, les femmes sont une catégorie sociale transversale aux classes, aux groupes ethniques, aux communautés et aux nations et non un groupe social en soi.

Bien que les femmes aient atteint des niveaux importants d'organisation dans différents secteurs de la vie sociale, on ne peut pas affirmer pour autant l'existence d'un mouvement de femme solide et consolidé, capable de lutter collectivement pour leurs droits. Il existe des difficultés d'articulation des demandes collectives pour entreprendre des actions communes. Les femmes se mobilisent généralement pour des revendications ethniques, sociales, économiques, auprès de leur mari, de leur communauté. Certains parlent d'une crise du mouvement des femmes. « *Les femmes aymaras urbaines ne se préoccupèrent pas d'implanter un autre type de 'féminisme', et concentrèrent plutôt leur attention sur des demandes depuis leur position ethnique et de classe qu'elles partageaient avec les hommes. Dans un moment plus récent, nous voyons à la guerre du gaz, qui éclata en octobre 2003, que les femmes alténiennes se sont battues aux côtés de leur mari et de la société dans son ensemble pour des demandes communes. A côté d'une organisation communautaire, les femmes organisèrent des 'marmites' communes, mais elles manifestèrent en avant avec leur mari, elles sont encore une fois actrices de mouvements sociaux collectifs en faveur de la 'communauté', et non de 'l'individualité', en luttant pour une identité collective, la marginalisation, la pauvreté toujours liée à la question ethnique de notre pays* »⁵⁰⁴.

En Bolivie, il n'existe donc pas un mouvement de femmes puisqu'il n'y a pas d'articulation, excepté de façon conjoncturelle, mais rien de durable. En revanche, il existe divers mouvements de femmes et chacun d'eux est marqué par sa propre identité et ses propres revendications. « *Certaines femmes pensent qu'il y a eu un divorce entre les femmes de distinctes classes sociales et d'extractions ethniques et culturels dû au fait que certaines regardent les autres comme celles qui ne savent pas, comme celles qui 'se sont seulement battues pour le revêtement', non pour les droits des femmes. Avec cette forme de penser, s'est perdue la possibilité de regrouper les femmes autour d'un mouvement fort. D'autres pensent que les difficultés pour établir des agendas simultanés, ont à voir avec les différences de classe, culturelles et ethniques qui séparent les femmes dans ce pays. D'autres, en revanche,*

⁵⁰³ Hélène Le Doare, « Les femmes sont-elles différentes ou divisées ? Une question posée aux mouvements sociaux », in Descarries, Francine et Elsa Garlerand (dirs), Actes du colloque « Le féminisme, comme lieu pour penser et vivre diversité et solidarité », Montréal, Alliance de recherche IREF/Relais-femmes, page 11.

⁵⁰⁴ « *Las mujeres aymaras urbanas no se preocuparon por plantear otro tipo de 'feminismo' sino más bien concentraron su atención en demandas desde su posición étnica y de clase que eran compartidos por sus compañeros varones. En un momento más contemporáneo encontramos que en la guerra del gas que se desato en Octubre del 2003 las mujeres alteñas pelearon junto a sus esposos y la sociedad en su conjunto por demandas comunes. Junto a una organización comunitaria las mujeres organizaron ollas comunes pero también marcharon adelante en las protestas junto a sus esposos, una vez mas son actoras de movimientos sociales colectivos a favor de la 'comunidad' y no de la 'individualidad', luchando por una identidad colectiva, la marginalización, pobreza además siempre ligada a la cuestión étnica en nuestro país* » (Maria Angela Riveros Pinto, anthropologue aymara de la UMSA, « Reflexiones sobre género y etnicidad entre los aymaras : una mirada desde adentro », in RED ADA, *Género y Etnicidad*, Memoria Seminario Nacional, Cochabamba, 5 y 6 de Diciembre 2003, page 16).

soutiennent que le mouvement des femmes est sans issue autour de positions qui, en étant intransigeantes, excluent la majorité »⁵⁰⁵.

Selon Teresa Canaviri Sirpa, impulser des instances organisationnelles est l'unique façon d'affronter les différentes formes d'exclusions, que connaissent les femmes, les jeunes, les migrants, les homosexuels. Les groupes exclus, qui souffrent des mêmes exclusions, doivent s'organiser. Selon Martha Lopez, le seul moyen pour changer les choses reste le radicalisme, tel qu'il est mené par Mujeres Creando.

La représentation et la participation dans le milieu politique



Le Référendum de 2004, La Paz (Photographie de Christian Lombardi)

⁵⁰⁵ “Unas mujeres piensan que se ha dado un divorcio entre mujeres de distintas clases sociales y extracciones étnicas y culturales debido a que unas miran a otras como las que no saben, como las que ‘solamente pelean por pavimento’, no por los derechos de las mujeres. Con esta forma de pensar se ha perdido la posibilidad de aglutinar a las mujeres en torno a un movimiento fuerte. Otras piensan que las dificultades de establecer agendas conjuntas tiene que ver con las diferencias de clase y culturales y étnicas que separan a las mujeres en este país. Otras en cambio, sostienen que el movimiento de mujeres se ha ‘maniatado’ en torno a posiciones que al ser intransigentes excluyen a la mayoría” (“El movimiento de mujeres en Bolivia: Reflexiones a partir de una experiencia de intervención sociológica”, PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003, page 32).

La loi

« *La Participation politique des femmes est soutenue par la dite ‘Loi des Quotas’ 30% contemplée par la Loi 1704, des Réformes et Complémentation au Régime Electoral, et plus tard incorporée en 1999, au Code Electoral* »⁵⁰⁶.

Conformément à l’article 7 de la Convention, l’Etat a travaillé sur des mesures pour promouvoir la participation et la représentation des femmes dans la vie politique. En 1994, la Loi de Participation Populaire reconnaît et promeut de manière spécifique le droit de la femme à intégrer et être partie active du processus de participation populaire. En 1997, le gouvernement bolivien introduit une discrimination positive, à travers la Loi 1704 de Reformas y Complementación al Regimen Electoral, plus connue sous le nom de Ley de Cuotas. Cette loi incorpore l’obligation des partis politiques à promouvoir l’égalité d’opportunités de ses militants, hommes et femmes, et l’effective participation de la femme aux organes de direction des partis et à la nomination de candidatures pour les charges de représentation populaire. Elle fixe des quotas de participation obligatoire pour les femmes dans les listes de candidats des partis politiques pour les élections de sénateurs et de députés : 30% de femmes sur les listes de candidats pour les députés pluri nominaux ; une simple déclaration de bonnes intentions pour les candidatures uninominales ; et 25% de femmes pour candidats aux postes de sénateurs. Elle introduit également le critère d’alternabilité.

La Loi de Quotas est incorporée au Code Electoral en 1999 qui normalise avec plus de précision la participation féminine aux candidatures pour les conseillers municipaux, les députés et sénateurs. L’article 112.1 du Nouveau Code Electoral établit que dans les listes de candidats au Sénat, titulaires et suppléants, au moins un candidat sur quatre doit être une femme, et que par rapport aux candidats plurinominaux, les listes doivent être formulées de façon à ce que un candidat sur trois soit une femme. A travers l’article 112.2, relatif aux candidats aux Conseils Municipaux et Agences Cantonales, les listes doivent être présentées de façon à ce que pour chaque conseiller homme-femme corresponde un suppléant femme-homme ; les deuxième et troisième sièges titulaires de conseiller municipal sont assignés de façon alternative homme-femme, femme-homme ; dans l’ensemble, les listes doivent incorporer au moins 30% de femmes.

La Loi des Partis Politiques octroie de façon générale les mêmes chances aux militants hommes et femmes pour accéder à la représentation politique tant au sein des partis que dans le domaine de la représentation nationale. Son article 19 établit l’obligation d’inclure un minimum de 30% de femmes à tous les niveaux de direction de partis et dans les candidatures pour les postes de représentation citoyenne. L’article 13 détermine, au sein des déclarations des partis politiques, le rejet de toute forme de discrimination de genre, générationnel ou d’ethnie.

⁵⁰⁶ “*La participación política de las mujeres esta sustentada por la denominada ‘Ley de cuotas’ 30% contemplada en la Ley 1704, de Reformas y Complementación al Regimen Electoral y luego incorporada en 1999, al Código Electoral*” (Gobierno de Responsabilidad Nacional, Ministerio de Salud y Deportes, El derecho a la salud de las mujeres: un desafío de las políticas de salud en Bolivia. Acciones para el período 2003-2007, Julio de 2003, page 9).

La participation des femmes aux diverses instances de pouvoir

Selon l'article 8 de la CEDAW sur la représentation internationale et participation à des Organisations Internationales, le représentant de Bolivie expliquait que c'étaient les hommes qui assumaient traditionnellement la représentation diplomatique⁵⁰⁷. La représentation diplomatique bolivienne dans d'autres pays, composée de 36 ambassades, avait, jusqu'en juin 2003, 5 ambassadeurs nommés, dont une femme⁵⁰⁸.

Le Pouvoir Législatif

Femmes députées et sénatrices titulaires entre 1985 et 2007 (nombre et pourcentage)

Législatures / Fonctions Législatives (nombre et pourcentage)	Députées		Sénatrices	
	Nombre	Pourcentage de femmes par rapport aux hommes	Nombre	Pourcentage de femmes par rapport aux hommes
1985-1989	4	3	0	0
1989-1993	11	8,5	2	7,5
1993-1997	12	9,2	1	3,7
1997-2002	13	10	1	3,7
2002-2007	24	18,5	4	14,8

Sources. Coordinadora de la Mujer, 1998; Foro Politico de Mujeres y Defensor del Pueblo, 2002

Si la loi n'a pas atteint totalement son propos, elle a permis une croissance substantielle de la présence féminine au Parlement. Actuellement, 24 femmes sont députées titulaires, soit 18,5% de la Chambre des députés. Lors des législatures de 1989-1993, 1993-1997, et 1997-2002, les femmes ne représentaient respectivement que 8,5%, 9,2% et 10% de l'espace titulaire législatif. La présence des femmes entre les deux dernières périodes législatives a donc augmenté de 200%. Au sénat, les femmes occupent aujourd'hui 4 sièges titulaires (ce qui représente 14,8% du Sénat), à comparaison d'un seul pour les législatures 1993-1997 et 1997-2002 (augmentation de 400% de la présence féminine)⁵⁰⁹. Remedios Loza, de Condepa, parti populiste, est députée depuis 3 législatures. Elle fut la première femme aymara de 'pollera' au Parlement.

⁵⁰⁷ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

⁵⁰⁸ D'après les archives du Ministère des Relations Extérieures.

⁵⁰⁹ Coordinadora de la Mujer, 1998 et Foro Politico de Mujeres y Defensor del Pueblo, 2002, repris par PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003, page 54.

« Dans le cas de la Bolivie, les chiffres ne sont pas très significatifs. La Coordinadora de la Mujer rend compte que des 157 représentants du Pouvoir Législatif, seuls 24% sont des femmes, chiffre qui ne correspond pas au 30% établis par la Loi »⁵¹⁰.

Le Pouvoir Exécutif

De novembre 1979 à juin 1980, une femme était à la tête de la présidence de la Bolivie, Lydia Gueiler Tejada, femme politique qui a marqué l'histoire du pays, mais également celle du mouvement des femmes international. En hommage à la naissance de la poétesse Adela Zamudio, elle instaure notamment le Jour de la Femme en Bolivie. En décembre 2005, une femme est candidate au poste de vice présidente pour les élections présidentielles : Maria Rene Duchen, ex journaliste, avec Jorge Quiroga, de Podemos.

La législature 1989–1993 comportait une femme au Cabinet Ministériel, au poste de Ministre des questions urbaines. En 1998, 8% des fonctions ministérielles sont occupées par des femmes. A la date du rapport de la Coordinadora de la Mujer, juin 2003, seulement 11,19% de femmes sont présentes au sein du pouvoir exécutif.

« Dans l'exécutif, des 15 Ministres, 4 sont des femmes ; des 44 vice ministres, 6 sont des femmes, et seul Potosi compte une femme préfet »⁵¹¹.

Le Pouvoir Judiciaire

Le pouvoir judiciaire, qui regroupe la Cour Suprême, les Cours Supérieures de District, le Tribunal Constitutionnel, le Tribunal Agraire et le Conseil de la Magistrature, est en 2003 composé de 38 femmes, mais cette présence féminine n'a pas les mêmes attributs qualitatifs que celle des hommes⁵¹².

La Cour Suprême est composée de 10 ministres, desquels 7 étaient déjà nommés, dont seulement 1 femme (14%). Les 9 Cours Supérieures comprennent 28% de femmes, et sur la totalité des juges, 31% sont des femmes, en général pour la Famille et le Mineur⁵¹³. Ceci pourrait s'interpréter comme l'extension du rôle maternelle au travail, ici dans le domaine juridique. Au sein des trois pouvoirs de l'Etat, le domaine judiciaire apparaît avec une majeure démocratisation de genre.

Le Pouvoir Municipal

Dans les Conseils municipaux, la participation féminine est minime. En 1993, cette présence représentait seulement 8% : sur 2773 conseillers élus, 232 étaient des femmes. En 1991, à la Mairie de La Paz, sur 3560 fonctionnaires, 826 étaient des femmes (soit 23,20%) qui occupaient cependant des postes subalternes. Si le Code Electoral est plus rigoureux quant à la

⁵¹⁰ “En el caso de Bolivia, las cifras tampoco son muy significativas. La Coordinadora de la Mujer da cuenta de que, de 157 representantes del Poder Legislativo, sólo el 24 por ciento son mujeres, cifra que no corresponde al 30 por ciento establecido por ley” (Redacción central, AP y EFE, Los derechos de las mujeres se difunden, pero aún no se cumplen, La Razón, 08/03/2005).

⁵¹¹ “En el Ejecutivo, de 15 ministros, cuatro son mujeres; de 44 viceministros, seis lo son, y sólo Potosí cuenta con una mujer Prefecta” (Redacción central, AP y EFE, *op. cit.*).

⁵¹² Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septiembere de 2003.

⁵¹³ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *op. cit.*, d'après le Secrétariat du Conseil de la Magistrature consultée en 2003.

composition par sexe des conseils municipaux, les résultats des élections de 2002 offrent aux femmes un pourcentage de seulement 17,85 ; un pourcentage qui montre que la loi ne s'accomplit pas mais qui signale cependant une augmentation significative par rapport à la période 1996-2000, où seuls 8,55% étaient des femmes⁵¹⁴. « Roberto Moscoso, conseiller du Mouvement Nationaliste Révolutionnaire déclara que c'était le résultat de la Loi des Quotas (...). La présence féminine au Conseil Municipal [de La Paz] est, depuis quelques jours, supérieure au 30% du quota exigé dans la législation en vigueur, car d'un total de 11 conseillers, 7 sont de sexe féminin »⁵¹⁵.

« En 1999, 1 432 femmes occupèrent un quelconque poste politique dans les gouvernements municipaux. Le nombre augmenta parmi les conseillères suppléantes. Après les élections municipales de l'année dernière, les femmes occupent moins de postes au pouvoir de décision dans les mairies du pays, en comparaison à l'antérieure gestion municipale, bien que le nombre de suppléantes ait augmenté. Les chiffres précisent que des 20 mairesses en 1999, aujourd'hui seules 14 furent élues ; des 136 présidentes de Conseil, elles ne sont plus que 17, et des 542 conseillères titulaires enregistrées dans la gestion antérieure, le nombre fut réduit à 337. Dans la gestion municipale passée (1999-2004), 1 432 femmes occupèrent un quelconque poste politique dans les gouvernements municipaux, comme mairesses, présidentes du Conseil et conseillères, en tant que titulaires ou suppléantes. Dans la gestion actuelle, le nombre augmenta à 1 621, selon les données fournies par l'agence Enlared pour l'Association des Conseillers de Bolivie (Acobol). Néanmoins, bien que la présence féminine dans les municipalités ait augmenté en quantité, dû à l'augmentation des conseillères suppléantes (de 890 à 1 289), en qualité de leadership et d'exercice réel de pouvoir politique, elle diminua de façon dramatique. De plus, en 1994, des 327 municipalités, il n'y avait aucune femme conseillère. Des 337 femmes conseillères titulaires, dont la tâche dans le Conseil Municipal est de soumettre à un contrôle fiscal le travail des maires, pour la première fois, il y a 75 représentants de groupes citoyens et 28 de peuples indigènes, bien que la majorité (234) appartienne aux partis politiques. Parmi les causes de diminution de la présence féminine dans les gouvernements municipaux, Acobol mentionne la discrimination négative, l'ambiguïté des lois, l'exercice de la violence dans les conseils, la violation des listes dans les urnes et le non accomplissement de la parité et de l'alternance dans les listes partisans. Dans les élections municipales, deux autres femmes mairesses furent élues. Cependant, le harcèlement politique et les pressions partisans les obligèrent à renoncer malgré le fait d'avoir gagné par vote direct. 'On remarqua la manipulation de la volonté des femmes', indiqua la présidente de Acobol, Jacqueline Martínez »⁵¹⁶.

⁵¹⁴ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los derechos humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, d'après les données du VAGGF en 2002.

⁵¹⁵ « Roberto Moscoso, concejal del Movimiento Nacionalista Revolucionario, dijo que es un resultado de la Ley de Cuotas (...). La presencia femenina en el Concejo Municipal [La Paz] es, desde hace un par de días, mayor al 30 por ciento de la cuota exigida en la legislación vigente, pues de un total de once concejales, siete son de sexo femenino » (« Mayoría femenina en el Consejo Municipal », *El Diario*, Jueves 16 de Mayo, page 5).

⁵¹⁶ « En 1999, 1.432 mujeres ocuparon algún cargo político en los gobiernos municipales. El número aumentó por las concejalas suplentes. Luego de las elecciones municipales del año pasado, las mujeres ocupan menos cargos con poder decisivo en las alcaldías del país en comparación a la anterior gestión edil, aunque el número de suplentes aumentó. Las cifras precisan que, de 20 alcaldesas en 1999, ahora únicamente se eligieron 14; de 136 presidentas de Concejo ahora son 17, y de 542 concejalas titulares registradas en la gestión anterior, el número se redujo a 337. En la gestión edil pasada (1999-2004), 1.432 mujeres ocuparon algún cargo político en los gobiernos municipales, ya sea como alcaldesas, presidentas de Concejo y concejalas, tanto titulares como suplentes. Para la gestión actual, el número aumentó a 1.621, según datos proporcionados a la agencia Enlared por la Asociación de Concejales de Bolivia (Acobol). No obstante, aunque la presencia femenina en los municipios aumentó en cantidad debido al incremento de concejalas suplentes (de 890 a 1.289), en calidad de liderazgo y ejercicio real de poder político disminuyó dramáticamente. Además, en 94 de los 327 municipios no

« Eliana Sánchez (MIP) est depuis dimanche la nouvelle mairesse de la Municipalité de Nazacara de Pacajes, et constitue l'unique femme qui occupe une chaise municipale parmi les 80 municipalités pacéniennes. Cela change de la gestion antérieure, où 3 femmes étaient mairesses, à Chulumani, Colquencha et Yanacachi. Nazacara est la municipalité la plus petite de La Paz avec 267 habitants, et dans la gestion antérieure, elle était gouvernée par Donato Plata Ortiz, maire du Mouvement Nationaliste Révolutionnaire (MNR). Eliana Sánchez s'est imposée après avoir surmonté divers obstacles légaux et politiques, avec l'appui de l'Association des Municipalités de La Paz (Amdepaz). Après avoir obtenu 57% des votes aux dernières élections municipales, Sánchez retarda son entrée en fonction pour ne pas avoir eu à temps sa carte de mairesse et pour la non assistance des conseillers de l'opposition »⁵¹⁷.

Les partis politiques

Au sein des partis politiques, selon une étude de Salinas Mulder in *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994*⁵¹⁸, 11 partis sur 14 avaient participé aux dernières élections nationales, desquels seulement 6 avaient un champ spécial pour les femmes.

Les syndicats

Au niveau des syndicats, la présence des femmes reste insignifiante dans les instances de décision et de représentation. A la Central Obrera Boliviana, seuls 2,7% de ces postes sont occupés par des femmes. Marta Villa, directrice de CDIMA, expliquait que les 'Bartolinas', qui appartiennent à la Confédération Syndicale des travailleurs paysans de Bolivie, n'avaient pas de voix propre ; les hommes sont toujours ceux qui prennent des décisions. « Les organisations syndicales –comme la Centrale Ouvrière Bolivienne (COB)- et les corporations présentent des structures directives avec prédominance masculine, remarque la Coordinadora de la Mujer. Les organisations de femmes indigènes et paysannes ont marqué une ascension. Tel est le cas de la Fédération des Femmes Paysannes Bartolina Sisa, qui représente 200 mille paysannes »⁵¹⁹.

existe ninguna mujer concejala. De las 337 mujeres concejalas titulares, cuya tarea en el Concejo Municipal es fiscalizar el trabajo de los alcaldes, por primera vez hay 75 representantes de agrupaciones ciudadanas y 28 de pueblos indígenas, aunque de todas maneras la mayoría (234) pertenece a partidos políticos. Entre las causas de la disminución de la presencia femenina en los gobiernos municipales, Acobol menciona la discriminación negativa, la ambigüedad de las leyes, el ejercicio de la violencia en los concejos, la violación de las listas en las urnas y el no cumplimiento de la paridad y alternancia en las listas partidarias. En los comicios municipales, otras dos mujeres alcaldesas resultaron electas. Sin embargo, el acoso político y las presiones partidarias las obligaron a renunciar a pesar de ganar por voto directo. "Se notó manipulación de la voluntad de las mujeres", señaló la presidenta de Acobol, Jacqueline Martínez" (Enlared, "Hay menos alcaldesas y concejalas que hace 5 años", La Razón, 08/03/2005).

⁵¹⁷ «Eliana Sánchez (MIP) es desde el domingo la nueva Alcaldesa del municipio de Nazacara de Pacajes, y se constituye en la única mujer que ocupa la silla edil en los 80 municipios paceños. En cambio en la gestión anterior, tres mujeres ejercieron como alcaldesas en Chulumani, Colquencha y Yanacachi. Nazacara es el municipio más pequeño de La Paz con 267 habitantes y en la gestión anterior fue gobernado por Donato Plata Ortiz, alcalde por el Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR). Eliana Sánchez se posesionó después de haber superado varios obstáculos legales y políticos, con el apoyo de la Asociación de Municipios de La Paz (Amdepaz). Después de haber logrado el 57 por ciento de votos en las últimas elecciones municipales, Sánchez retrasó su posesión por no contar a tiempo con su credencial de alcaldesa y por la inasistencia de los concejales de la oposición" (Enlared, "La única presencia femenina", La Razón, 08/03/2005).

⁵¹⁸ . S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

⁵¹⁹ «Las organizaciones sindicales -como la Central Obrera Boliviana (COB)- y los gremios presentan estructuras directivas con predominio masculino, advierte la Coordinadora de la Mujer. Las organizaciones de

Dans l'ensemble, la participation des femmes est plus importante dans les différentes instances de pouvoir, notamment depuis la promulgation des lois de participation populaire, des quotas. Au Forum International « les femmes au 21^{ème} siècle », organisé par le CIDEM, en 2003, les participantes observent en général un meilleur accès politique pour les femmes, qui ont cependant des caractéristiques particulières : mariées, en âge reproductif, entre 3 et 5 enfants, et alphabétisées.

Mais, malgré cette présence de nouveaux espaces de participation politique et sociale pour les femmes, il n'y a pas de réelle amélioration quantitative et qualitative de la présence féminine dans le système politique. La participation politique des femmes reste inférieure à celle des hommes. La Loi des Quotas « *a incité une incorporation idéale des femmes dans les instances du pouvoir local, une intéressante participation, mais de toute manière elle reste insuffisante, pour véritablement et significativement écarter la brèche d'inégalité entre les hommes et les femmes* »⁵²⁰. De même, on ne peut conclure à une quelconque corrélation entre l'obtention du droit de vote des femmes (la précocité) et la représentation politique des femmes. Malgré les progrès, les inégalités persistent dans les espaces de représentation politique. Les femmes sont minoritaires à tous les niveaux de prises de décisions, en particulier dans les instances supérieures du gouvernement et des partis politiques. La participation des femmes aux prises de décisions publiques, à la planification des stratégies de développement du pays, où elles sont les principales concernées, ne reflète pas l'équité de genre. Le Comité suggérait déjà en 1995 de mettre en place des quotas au haut niveau de l'administration publique⁵²¹. Pour reprendre les termes de Hélène Le Doare, les femmes sont absentes de l'exercice du pouvoir politique, mais en sont-elles pour autant 'exclues' ?⁵²².

La perversité de la Loi des Quotas

La Loi des Quotas n'est pas toujours respectée, et est parfois détournée. La Cour Nationale Electorale s'est aperçue que la majorité des partis politiques avait présenté des listes avec des noms de candidates fantômes et dans certains, avec le changement d'identité d'homme en femme.

Sarah Arnez expliquait que la participation politique des femmes était désormais régulée par une loi, à travers laquelle les partis doivent présenter à la Cour Electorale, 30% de candidates, sans quoi ils ne peuvent participer aux élections. Mais, cette norme fut violée, avec notamment les candidats 'travestis' : des hommes se présentèrent comme candidats sous des noms de femmes. Selon Sarah, au-delà d'une anecdote, il s'agit d'un manque de conscience

mujeres indígenas y campesinas han ido en ascenso. Tal el caso de la Federación de Mujeres Campesinas Bartolina Sisa, que representa a 200 mil campesinas" (Redacción central, AP y EFE, « Los derechos de las mujeres se difunden, pero aún no se cumplen », La Razón, 08/03/2005).

⁵²⁰ La Loi de Quotas "*ha incidido sino en una ideal incorporación de las mujeres en instancias del poder local, en una interesante participación, pero que de todas maneras sigue siendo insuficiente, en términos de lograr un verdadero y significativo acortamiento de la brecha de desigualdad entre hombres y mujeres*" (Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la mujer, Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing, 2004, page 23).

⁵²¹ Concluding Observation of the Committee Bolivia 31/05/95, in G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 154.

⁵²² H. Le Doare, « Du pouvoir politique et poétique : schéma d'un raisonnement », *Futur Antérieur* n° 25-26, 1994.

de ce parti, le MIR, qu'il est indispensable de travailler pour que ce pays, cette moitié reléguée, rétrograde, analphabète, soumise à la maltraitance, se développe, et puisse dans les mêmes conditions participer aux espaces de pouvoir (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

D'autre part, la considération des femmes dans les listes relève plus d'une mesure démagogique de la part des partis que d'une réelle volonté d'incorporer les femmes à leur politique. Ils attirent ainsi le vote des femmes et restent conformes à la législation lors des élections. En dehors des périodes électorales, la voix des femmes n'est pas entendue. Katia Uriona, de l'Institut Intégral de Participation Féminine « *explicó que dans les listes de candidats aux députés pluri nominaux, a pu être accompli le quota de participation de la femme à 30%, mais 'cela fut seulement pour accomplir la requête' »*⁵²³.

Selon les personnes rencontrées lors du sondage d'opinion mené par AMUPEI en juin 2001, la principale motivation qui poussait les partis à incorporer les femmes était de capter des votes, et en second lieu, d'un requis de la loi. Un nombre important de personnes sondées déclarait que la politique incorporait les femmes, car le discours d'aide aux femmes était à la mode⁵²⁴. « *Les hommes ne voulaient pas accepter qu'une femme ait la capacité de formuler des propositions politiques ; l'unique chose qu'ils voulaient était un appui, une échelle, la seule chose qu'ils voulaient était nous utiliser, mais non nous écouter' »*⁵²⁵.

« *La non exécution du Code Electoral répond fondamentalement aux caractéristiques du système politique bolivien –excluant, élitiste et sexiste- qui reproduit les caractéristiques propres de la société bolivienne, qui rend invisible et limite la possibilité de participation féminine dans d'autres sphères qui ne soient domestiques. Les conditions de développement socioéconomique et culturel des femmes boliviennes sont la cause structurelle qui empêche leur participation active et qualitative dans les sphères de pouvoir (...)* »⁵²⁶.

Les obstacles d'ordre culturel

Les obstacles pour accéder aux hauts niveaux de décisions et aux positions importantes sont d'ordre nettement culturel. « *Le fait d'être un homme dote les parlementaires d'une valeur symbolique qui leur permet d'être crédibles (fiabiles) pour participer à ces 'jeux de pouvoir',*

⁵²³ Katia Uriona (Instituto Integral de Participación Femenina) « *explicó que en las listas de candidatos a diputados plurinominales se pudo cumplir la cuota de participación de la mujer del 30 por ciento, pero 'sólo fue para cumplir el requisito' »* (ANF, « En Bolivia persiste una sociedad patriarcal », El Diario, Viernes 7 de junio de 2002).

⁵²⁴ Sondage de Opinion sobre « Femme et Participation Citoyenne », AMUPEI, 2002.

⁵²⁵ « *Los hombres no querían aceptar que una mujer tenga capacidad de hacer propuestas así tan políticas ; lo único que querían era un apoyo, una escalera lo único que querían era utilizarlos, pero nunca escucharlos* » (« Florentina Alegre, una chispa emancipadora en Mujeres Creando », El Herald, Año 1 n°4, Cochabamba, de Abril 25 a Mayo 8, año 2004, page 9).

⁵²⁶ « *El incumplimiento del Código Electoral responde fundamentalmente a las características del sistema político boliviano – excluyente, elitista y sexista – que reproduce las características propias de la sociedad boliviana, que inviabiliza y limita la posibilidad de participación femenina en otras esferas que no sean las domésticas. Las condiciones de desarrollo socioeconómico y cultural de las mujeres bolivianas es la causa estructural que impide su participación activa y cualitativa en las esferas de poder (...)* » (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia, septiembre de 2003, page 37).

et se doter de l'investiture et l'autorité, sans avoir à passer par les arrangements d'une compétition qui est basée sur la méritocratie, l'efficacité et la qualité, signale le document [Rapport « la participation politique des femmes au Parlement », PARC-USAID-RF/SUNY/Bolivia] »⁵²⁷.

Les structures et la méthodologie de fonctionnement des partis politiques excluent automatiquement la participation des femmes, dans la mesure qu'ils exigent certains requis, tels que l'investissement économique et du temps pratiquement exclusif, or l'argent et le temps sont deux ressources rares pour la plupart des femmes. D'autre part, les femmes qui investissent les espaces de pouvoir, se confrontent à une nouvelle expérience, méconnue et traditionnellement masculine. Teresa Canaviri déclarait que grâce à la loi, les femmes indigènes et paysannes notamment participent désormais aux gouvernements municipaux, au Congrès. Cependant, ces femmes n'ont aucune expérience politique, méconnaissent les lois, et entrent dans des espaces, où elles n'accomplissent que des rôles domestiques. L'apprentissage politique de ces femmes est difficile. Mais, jusqu'à présent, on pensait que la femme ne devait pas être dans ces espaces de pouvoir. Or, ce préjugé fut brisé, synonyme de progrès, selon Teresa.

L'incorporation de la femme au marché du travail n'a pas été accompagnée d'une démocratisation des rôles à l'intérieur du domaine domestique, ce qui, dans la pratique, rend impossible une meilleure participation sociale et politique de la majorité des femmes. Elles sont donc reléguées au domaine domestique alors que les hommes détiennent le pouvoir économique et politique. *« Les femmes dans leur rôle de reproductrice ont l'espace domestique comme domaine d'action, sont responsables du quotidien (...) alors que les hommes évoluent dans l'espace public, de production et de prise de décision, dans le domaine politique à partir duquel s'exerce le pouvoir »⁵²⁸.* De plus, il semblerait régner une certaine tendance morale à considérer incompatibles féminité et pouvoir.

« Avant, les hommes n'admettaient même pas que les femmes participent aux réunions, ici ce sont les hommes qui nous marginalisent. Au final, nous aussi nous sommes capables. Pourquoi ne pas répondre ? » (“Antes, los hombres ni siquiera admitían que las mujeres participemos en las reuniones, ahí no más los hombres nos marginaban. Al final, nosotras también somos capaces. Por qué no responder?”), Marithza Mancilla Avendaño, 27 años, Nazaret, in Peter Lowe, Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis, PASACH, 2003).

Sarah Arnez expliquait qu'en politique elle s'était très tôt rendue compte qu'on exigeait d'une femme qu'elle soit parfaite, jeune, belle, intelligente, qu'elle parle bien, qu'elle soit bien habillée, par le simple fait d'être une femme. Car les collègues n'étaient ni beaux, ni jeunes, ni intelligents, mais c'étaient des hommes. Devant cette constatation, Sarah racontait qu'elle

⁵²⁷ “ *‘El hecho de ser varón dota a los parlamentarios de un valor simbólico que les permite ser creíbles (fiables) para participar en estos ‘juegos de poder’, y dotarse de la investidura y la autoridad, sin tener que pasar por los arreglos de una competencia que está basada en la meritocracia, la eficiencia y la calidad’, señala el documento [Informe « La Participación Política de las mujeres en el Parlamento », PARC-USAID-RF/SUNY/Bolivia] »* (ANF, « Mujeres sienten discriminación en esferas del poder », El Diario, Jueves 19 de septiembre de 2002).

⁵²⁸ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995, page 61.

avait deux chemins possibles : être la meilleure et toujours l'être, ou se convertir en homme, chemin choisi par de nombreuses femmes, qui deviennent des hommes sexistes, et parfois même machistes. Ce chemin était une des options qui lui était offertes, être un allié de plus des hommes, et maltraiter avec eux les femmes⁵²⁹. Mais elle explique qu'elle avait choisi l'autre option, l'autre chemin qui était le plus difficile : avoir du succès en tant que femme, utiliser ses talents, ses connaissances mais en tant qu'être féminin. Il s'agissait d'une expérience difficile mais également de la plus légitime, car ce succès entraînait la reconnaissance, l'obligation d'intégrer une équipe sans sacrifice de soi-même. Sarah ajoutait qu'elle avait toujours tenté de mener un leadership technique, dans les espaces techniques. Ce pourquoi elle travaillait et étudiait beaucoup, et avait créé ainsi une image professionnelle solide, comme en politique (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

Dans *Mi Pasión de Lideranza*, Lydia Gueiler Tejada, la première et unique femme Présidente de la République en Bolivie, raconte différents moments de sa vie intimement liée à l'histoire du pays. Née en 1921 de père suisse allemand et de mère bolivienne, c'est à Cochabamba qu'elle grandit, auprès de sa mère. Elle dévoile son enfance, son mariage avec un paraguayen, son entrée inopportune dans le monde politique puis ses sacrifices personnels par amour de sa patrie et de la politique. Elle témoigne des obstacles du monde privé et public qu'elle a dû surmonter en tant que femme tout au long de sa carrière. Ainsi, elle rappelle la condition, la subordination des femmes boliviennes, exclues du monde politique et public et pourtant fortement mobilisées dans la lutte pour la démocratie⁵³⁰.

Les femmes ne se sentent pas interpellées et motivées pour participer plus activement en politique, dans la mesure où leurs intérêts et leurs préoccupations ne sont pas pris en compte. Le 9 mars 2004, le Président de la République, Carlos Mesa, déclarait : « *un exemple de ce qu'il se passe dans le pays, dans mon propre Cabinet de Ministres. Je n'ai pas de femmes dans le cabinet, et on dira que je suis un Président machiste, mais au moment où nous avons choisi les collaborateurs, d'une façon certainement urgente, nous avons invité des femmes, certes peu, mais aucune n'accepta* », a-t-il soutenu⁵³¹. Il semble exister un code féminin de la politique différent, qui s'exprime notamment par la plus grande importance que donnent les femmes à l'honnêteté et à l'accomplissement des promesses effectuées par les candidats, pour penser que le pouvoir n'est pas un objectif en soi mais l'instrument nécessaire pour faire de réelles transformations qui améliorent la situation des femmes et de la population en général. D'autre part, il existe chez les femmes un certain mécanisme d'auto marginalisation. Elles considèrent souvent que la politique est une affaire d'hommes et elles ne se sentent pas suffisamment préparées pour assumer la charge de responsabilités plus lourde. Une autre limite évidente reste le faible niveau d'instruction des femmes en général.

En tant qu'électrices, de nombreuses femmes ne peuvent exercer ce droit, pour être sans papier. Un des requis pour pouvoir voter est d'avoir un document qui accrédite la personnalité et la capacité juridique. Seules 85% des femmes sont inscrites à la Cour Electoral⁵³². Teresa

⁵²⁹ “*Cuidado el patriarcado ahora se disfraz de mujer angurriente de poder*” est à ce propos un graffiti célèbre de Mujeres Creando.

⁵³⁰ Lydia Gueiler Tejada, *Mi Pasión de Lideranza*, CIDEM, 2000.

⁵³¹ “*Un ejemplo de lo que sucede en el país está en mi propio Gabinete de Ministros. No tengo mujeres en el gabinete y dirán que soy un Presidente machista, pero en el momento que hemos escogido los colaboradores, de una manera ciertamente urgente, hicimos invitaciones a mujeres, aunque muy pocas, pero ninguna aceptó, sostuvo*” (« En el Día Internacional de la Mujer, Presidente reconoce que aún no hay equidad de género en el país », El Diario, Bolivia, Martes 9 de marzo de 2004, page 5).

⁵³² Coordinadora de la Mujer, *Documento de Trabajo – Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, sept. 2003, selon les données de la Cour National Electorale.

Canaviri Sirpa expliquait que le manque de papier, de carnet d'identité, de certificat de naissance ne permet pas une participation plus active des femmes. Le VMM travaille actuellement pour doter les femmes de papiers d'identité. Mais cette campagne de 'carnétisation', en contexte d'élections municipales, était d'avantage une campagne politique, déclara-t-elle.

Selon le sondage d'AMUPEI, parmi les personnes qui pensent que les lois et les normes devraient contenir des articles destinés à renforcer la participation de la femme, la majorité (65%) pense que la société devrait prendre conscience des droits des femmes, 20% pensent que le thème n'est pas établi, et que les femmes ne seront jamais prises en compte, et 15% pensent que si des articles relatifs aux femmes ne sont pas incorporés, les politiques ne leur donneront jamais d'espaces. Parmi les personnes qui pensent que des articles spécifiques ne devraient pas être introduits dans les lois et les normes, 70% pensent que les hommes et femmes ont les mêmes droits et qu'on ne doit donc pas mettre des articles pour la participation des femmes.

Les droits politiques ont 4 manifestations : le droit de voter, le droit d'être élu, le droit d'avoir accès à la fonction publique, le droit de participer aux décisions des affaires publiques, quatre droits cependant ébranlés chez la femme bolivienne, pour des raisons socioculturelles. La place dans la vie publique de la femme bolivienne fut longtemps et est encore aujourd'hui caractérisée par une absence de reconnaissance. Le thème de la femme a été exclu des grands accords politiques et a été réduit à une composante démagogique du discours électoral.

L'accomplissement par l'Etat Bolivien des engagements assumés en souscrivant à la CEDAW par rapport aux droits politiques des femmes a vu des avancées importantes cette dernière décennie, mais elles sont insuffisantes pour atteindre une équité de genre. Même si il y a une certaine volonté dans le cadre juridique, les pratiques sexistes du système politique empêchent sa réalisation.

« Les organisation de femmes du pays ne se contentent pas du 30% de l'espace politique, elles veulent la moitié du gâteau. Un avant-projet de loi sur l'Egalité et l'Alternabilité a été approuvé à la majorité par les institutions féminines et ratifié au Forum National des Femmes, récemment organisé à La Paz »⁵³³. « Nous voulons tout le paradis, et pas seulement les 30% de l'enfer néolibéral », ou « Nous ne voulons pas que 30% de l'enfer néolibéral, nous voulons 100% du paradis terrestre »⁵³⁴ sont des graffitis des 'Mujeres Creando' qui apparaissent dans les rues de La Paz, mais qui ne font pas l'unanimité des positions féminines.

L'Assemblée Constituante constitue une des demandes les plus importantes du pays depuis octobre 2003. Dans tous les processus de la constitution de cette assemblée, sont impulsées la parité et la représentativité des femmes, avec une approche de genre dans les réformes. Les

⁵³³ "Las organizaciones de mujeres del país, ya no se conforman con el 30 por ciento del espacio político, quieren la mitad de toda la torta. Un anteproyecto de ley sobre la Igualdad y Alternabilidad ha sido consensuado por las instituciones femeninas y refrendado en el Foro nacional de Mujeres, llevado a cabo recientemente en la ciudad de La Paz" (« Mujeres quieren el 50% de espacios políticos », El Diario, Viernes 17 de Mayo de 2002).

⁵³⁴ "Queremos todo el paraíso, no el 30% del infierno neoliberal", "No queremos el 30% del infierno neoliberal, queremos el 100% del paraíso terrenal".

organisations de base, indigènes et paysannes, et des ONG tendent à présenter une seule proposition articulée et consensuelle⁵³⁵.

Face aux défaillances de l'Etat, de nombreuses ONG travaillent sur le thème de la participation politique des femmes, pour sensibiliser à la politique. A partir de 2003, elles ont organisé des ateliers, des séminaires pour informer sur les problèmes du gaz, sur le référendum, sur l'assemblée constituante, et ont rédigé et distribué des brochures informatives, telles que les deux fascicules de la Coordinadora de la Mujer et du CIPCA (2004) pour informer et sensibiliser surtout les organisations paysannes et de femmes suite aux événements d'octobre, des fascicules intitulés « Histoire des Hydrocarbures en Bolivie. Des usages ancestraux aux conflits d'octobre », et « Le référendum 2004. Le futur du gaz dans nos mains »⁵³⁶.

La violence envers les femmes

Les gouvernements boliviens ont formulé et implanté des cadres normatifs qui font face à la violence envers les femmes dans ses diverses expressions en Bolivie, et comptent sur un soutien donné par les différents événements mondiaux auxquels a participé la Bolivie, tels que la Déclaration sur l'Élimination de la Violence contre la Femme, la Déclaration de la Conférence Mondiale sur les Droits Humains, la Conférence International sur Population et Développement, la Convention Interaméricaine pour Prévenir, Sanctionner et Eradiquer la Violence contre la Femme.

Lois et ratifications

La Convention Belem do Pará est incorporée à la législation bolivienne et promulguée comme Loi de la République (Loi n°1599, du 18 octobre 1994) en 1994. Cette Convention est un rappel de la CEDAW, et définit les engagements spécifiques des Etats Partie sur le thème de la violence. Le premier chapitre définit la violence envers les femmes (avec spécification). Le chapitre 2 sur les « Droits protégés », énumère les droits à octroyer aux femmes et rappelle que la violence envers la femme annule l'exercice de ces droits (article 5), que la femme doit être libérée des modèles stéréotypés. Le chapitre 3 mentionne le « Devoir de l'Etat », au niveau juridique, les mesures pénales, administratives à mettre en place, et rappelle qu'à tout niveau du processus éducatif, il est nécessaire de cesser les préjugés et les coutumes ; la convention demande ici aux Etats de promouvoir la coopération internationale. Le chapitre 4 présente les mécanismes interaméricains de protection, la Commission Interaméricaine des

⁵³⁵ Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la mujer, *Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing*, 2004.

⁵³⁶ « Historia de los Hidrocarburos en Bolivia. De los usos ancestrales a los conflictos de Octubre » ; « El Referéndum 2004. El futuro del gas en nuestras manos ».

femmes, et le recours possible à la Cour Internationale des Droits Humains. Enfin, le chapitre 5 établit les « Dispositions légales ».

Le 15 décembre 1995, le gouvernement bolivien approuve la Loi contre la Violence dans la Famille ou Domestique ('Ley Contra la Violencia en la Familia o Domestica', Loi n°1674, 15 décembre 1995), loi élaborée par le SAG dans le cadre du Plan National de Prévention et d'Eradication de la Violence contre la Femme. Cette loi définit et sanctionne la violence domestique comme un délit d'ordre public, et constitue un instrument légal avec un accent important sur la prévention. Le Décret Suprême n°25087 (1999) régleme cette loi.

« La Loi 1 674 fut promulguée en 1995, comme faisant partie d'un mouvement mondial contre la violence intrafamiliale, et intègre comme biens protégés l'intégrité physique, psychologique, morale et sexuelle de chaque intégrant de la famille »⁵³⁷. L'apport du mouvement des femmes, des ONG et autres institutions de la société civile a été déterminant pour son élaboration. L'article 44 de cette loi déroge l'article 276 du Code Pénal, relatifs aux causes d'impunité pour les délits contre l'intégrité corporelle et la santé⁵³⁸. Désormais, le Code de la famille, dans le sous alinéa 4 de l'article 130, établit la violence comme une cause de divorce.

Plus tard, en 1999, est promulguée la Loi de protection aux Victimes de Délits contre la Liberté Sexuelle ('Ley de Protección a las Victimas de Delitos contra la Libertad Sexual'), Loi n°2033, du 29 octobre 1999.

Actuellement, le 'Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual' (Comité Impulseur d'Abordage de la Prévention, Détection et Attention aux Victimes et Survivants de la Violence Sexuelle), conformé par le Ministère de la Santé, le VMM, l'Institut de Recherches Légistes du Ministère Public, le FNUAP, l'OPS et IPAS-Bolivie, travaille, à travers des ateliers de concertation, sur l'implantation d'un modèle d'attention intégrale pour les victimes et survivantes de la violence sexuelle, pour la plupart féminine, afin de dessiner des stratégies de politiques publiques effectives⁵³⁹.

Dans le cadre de ces politiques et lois, des instances ont été créées, telles que des départements de genre dans la police, des réseaux de prévention et de lutte contre la violence, des groupes d'auto aide, et notamment des Brigades de Protection à la Famille ('Brigadas de Protección a la Familia') et les Services Légaux Intégraux ('Servicios Legales Integrales', SLI).

Les Brigades de Protection à la Famille sont des unités spécialisées de la Police Nationale qui apportent des services auxiliaires, protection et prévention aux victimes de violence

⁵³⁷ "La Ley 1.674 fue promulgada en 1995, como parte de un movimiento mundial en contra de la violencia intrafamiliar y destaca como bienes protegidos la integridad física, psicológica, moral y sexual de cada uno de los integrantes de la familia" (« Cruz Roja y comuna buscan inmueble para atender a víctimas de maltratos », El Diario, Viernes 28 de junio de 2002).

⁵³⁸ L'article 276 permettait l'impunité en cas de lésions causées par le conjoint, les ascendants et les descendants, ligne directe.

⁵³⁹ La Dirección de Comunicación Social y de Relaciones Públicas, « Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual. Presentación de Resultados de la Experiencia de Ipas-Bolivia en la Construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual », le 27 juin 2003.

intrafamiliale ou domestique. Ces Brigades Policières furent créées pour prêter attention et soutenir immédiatement les victimes de violence ; pour identifier les auteurs, réunir les preuves et remettre les cas aux juges ou au Ministère Public.

L'article 8 de la Loi des Municipalités (1999) stipule l'organisation et l'administration des Services Légaux Intégraux de protection à la famille, la femme et les personnes âgées ; l'article 9 normalise l'organisation du Défenseur du Mineur. Les Services Légaux Intégraux offrent au niveau municipal une attention gratuite d'orientation et d'appui socio légal aux victimes de violence. Les SLI suivent les mécanismes de décentralisation qui rendent opératif la politique d'attention à la violence. Leur organisation est sous la responsabilité des gouvernements municipaux. Les municipalités assument alors 100% des coûts de personnel, d'infrastructure et de fonctionnement.

Avancées et failles du système

Selon Monica Beltran S., Directrice exécutive du Centre de Promotion de la Femme Gregoria Apaza, en matière de violence domestique et intrafamiliale, on peut noter d'importantes avancées politiques. Les différentes lois et mesures montrent que le gouvernement a compris que le manque de respect pour les droits humains est un obstacle au développement et qu'il est concerné par la violence domestique.

Aujourd'hui la Bolivie compte 10 Brigades de Protection à la Famille dans les 9 villes capitales et El Alto, 200 Défenseurs de l'enfance et de l'adolescence, 64 SLI, 5 réseaux départementaux de prévention et de lutte contre la violence ; les forces policières et le secteur santé possèdent désormais des manuels relatifs à la violence domestique.

Au sein du système judiciaire, le personnel hiérarchique, des opérateurs de justice, ont participé à toute une série d'événements de sensibilisation et de formation de genre. De plus en plus d'avocats ont parallèlement recours à la convention dans les affaires de violence à l'égard des femmes. Pour la première fois, en 2002, un auteur de violence domestique est jugé et condamné. « *Huit ans et deux mois de prison reçut ce mercredi Zacarías Wariste Paucara, le premier accusé dans un procès oral pour violence domestique* »⁵⁴⁰.

Au sein du système éducatif, des avancées sont observées à travers les articles qui mentionnent l'équité de genre dans la Loi de Réforme Educative. Au sein du système de santé, le secteur considère désormais la violence intrafamiliale comme un problème de santé publique.

L'application des lois et du code revêt cependant certaines failles. « *Après huit ans d'approbation de la Loi 1674 contre la Violence dans la Famille ou Domestique et son Décret Réglementaire, son évaluation recommande à l'Etat d'affronter les problèmes*

⁵⁴⁰ “Ocho años y dos meses de cárcel recibió este miércoles, Zacarías Wariste Paucara, primer procesado en un juicio oral por violencia domestica” (ANF, « Violencia doméstica : Un hombre sentenciado a 8 años de prisión », El Diario, Jueves 23 de Mayo de 2002).

d'application de la Loi, qui se réfèrent tant aux actions institutionnelles qu'aux aspects socioculturels »⁵⁴¹.

Mónica Beltrán S. explique que les services, de violence notamment, ne sont pas encore implantés dans de nombreuses municipalités. « *Seuls 60 des 316 municipalités du pays réussirent à implanter les Services Légaux Intégraux pour défendre la femme de la violence intrafamiliale, révéla la vice ministre de la femme, [alors] Martha Noya, en clôturant un séminaire avec les maires et conseillers, sur le thème 'vivre sans violence'* »⁵⁴². Au niveau du Gouvernement Central, le thème a perdu de sa priorité, de son importance (baisse du devis du VMM). Elle ajoute cependant qu'il y a une certaine élévation de la conscience qui permet une lutte plus individuelle des femmes dans leur espace.

Si dans la constitution bolivienne, des articles font allusion à la protection étatique de toutes personnes dans tous les domaines, dans le milieu domestique les femmes n'en sont pas plus protégées et n'ont pas plus de droits fondamentaux. L'Etat considère en effet le domaine privé comme inviolable, sous contrôle du chef du foyer. D'autre part, la violence a des conséquences sur la santé féminine. Or, jusqu'en septembre 2003, ENDSA ne considérait pas cet indicateur comme faisant partie de la santé des personnes. Enfin, il n'existe pas de protection pour les victimes de violence psychologique.

Dans la pratique, la pénalisation fait plus référence aux actes de l'agresseur qu'aux effets de ces actes sur les victimes (sur le corps, l'émotion, la santé mentale de la femme). La non-exhibition de preuves de violence physique sur le corps 'endommagé' met en doute la véracité de la dénonciation. Sont également pris en compte lors de la dénonciation et du procès, la non-virginité, la conduite ou activité sexuelle de la victime (utilisé contre la victime). Les agents de police tentent souvent de dissuader la victime de porter plainte. La famille de celle-ci peut également exercer une certaine pression pour qu'elle se désiste au nom de la préservation de l'honneur de la famille. Il y a de plus une certaine tendance à défendre 'l'intégrité de la famille' voire la réconciliation. Pendant longtemps, les articles 308 à 312 de la Constitution faisaient référence à la 'femme honnête' (comme dans d'autres pays d'Amérique Latine). Ce qui ne garantit aucune protection à la prostituée, et l'homme, auteur de violence, pouvait s'en servir pour remettre en doute « l'honnêteté » de sa femme.

Le représentant bolivien, en 1995, accusait les résistances, les préjugés et l'ignorance de nombreux juges, sur les contenus de la convention⁵⁴³.

Selon le sondage de AMUPEI, par rapport à la Loi contre la violence dans la famille ou domestique, la plupart des personnes interviewées pensent que cette loi ne protège pas de façon adéquate les femmes qui souffrent de violence, tout comme la Loi de Protection aux Victimes de Délits Sexuels. Selon ce même sondage, les SLI s'avèrent peu connus chez la

⁵⁴¹ "Después de ocho años de aprobación de la Ley 1674 contra la Violencia en la Familia o Doméstica y su Decreto Reglamentario, su evaluación recomienda al Estado encarar problemas de aplicación de la Ley, referidos tanto a los accionares institucionales como aspectos socioculturales" (Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la mujer, *Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing*, 2004, page 27).

⁵⁴² "Sólo 60 de los 316 municipios del país lograron implementar los Servicios Legales Integrales para defender a la mujer de la violencia intrafamiliar, reveló la viceministra de la Mujer, [entonces] Martha Noya, al clausurar un seminario junto a alcaldes y concejales, bajo el tema 'vivir sin violencia' " (El Diario, Miércoles 18 de diciembre de 2002, ANF, « Sólo el 20% de los municipios defiende a las mujeres »).

⁵⁴³ Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104. (Concluding Observations/Comments).

majorité des personnes sondées. En revanche, la plupart des personnes connaissent les Brigades de Protection à la Famille, et déclarent que ces brigades protègent de façon adéquate les femmes qui souffrent de violence intrafamiliale et sexuelle. Enfin, la majorité des personnes du sondage demande à ce que l'auteur de viol ou de violence soit puni avec plus de sévérité, et en deuxième lieu que les lois s'appliquent.

La violence, un fléau en Bolivie

La violence reste une réalité pour de nombreuses femmes boliviennes. Une des formes les plus communes de cette violence envers les femmes est la violence intrafamiliale ou domestique, engendrée par le conjoint ou un membre masculin de la famille. Sandra Aliaga, dans *Estudio sobre la evolución de la Salud Sexual y Reproductiva en Bolivia* (2000), écrit que la femme court plus de risques à la maison que dans la rue. Pression physique, psychologique, morale et sexuelle caractérisent le quotidien des femmes au sein du noyau familial. La violence physique est presque considérée comme un droit masculin. Pour de nombreuses organisations de femmes, telles que le Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza, la violence intrafamiliale est considérée comme un problème de santé publique. En 1995, le CEDEF suggérait à l'Etat bolivien d'être attentionné aux problèmes de violence domestique.

Comme le soulignait la Doctoresse Soriano, Gynécologue Obstétricienne, la violence domestique ou de genre ne touche pas uniquement la classe défavorisée ; elle est dans toutes les classes mais est plus camouflée dans la classe aisée. « *La violence de genre traverse les barrières économiques, sociales, politiques, juridiques, morales, idéologiques, psychologiques, sexuelles et corporelles* »⁵⁴⁴.

« *C'est une constatation permanente que la violence exercée envers les femmes a des répercussions au niveau de leur auto estime, de leur santé physique et psychologique, ayant des effets sur leur qualité de vie, sur elles, dans leur environnement familial et social* »⁵⁴⁵.

Le phénomène de la violence envers les femmes est marqué par une absence d'information systématisée, actualisée, de statistiques. Il n'existe pas de système d'information auprès des institutions réceptrices, telles que le Ministère Public, la Brigade de Protection de la famille, les SLI, les ONG, etc.

L'étude « 2002, Las mujeres de Bolivia » du Ministère de la Santé et de l'OPS⁵⁴⁶, sur la prévalence de la violence, signale que entre 5 et 6 femmes mariées ou en union sur 10 pensent

⁵⁴⁴ « *la violencia de género atravesó ya las barreras económicas, sociales, políticas, jurídicas, morales, ideológicas, psicológicas, sexuales y corporales* » (« Mujeres de La Paz, El Alto y Cochabamba son las más agredidas de todo el país », El Diario, Domingo 7 de Julio de 2002).

⁵⁴⁵ « *Es una constatación permanente que la violencia que se ejerce hacia las mujeres tiene repercusiones en los niveles de su autoestima, en su salud física y psicológica, con efectos en su calidad de vida, de ella, su entorno familiar y social* » (EL derecho a la salud de las mujeres : un desafío de las políticas de salud en Bolivia. Acciones para el periodo 2003-2007, page 9).

⁵⁴⁶ Ministerio de Salud y Deportes, OPS/OMS, « 2002, Las mujeres de Bolivia », mai 2003.

être victimes de violence dans le foyer, avec une prédominance de l'agression physique. Des dénonciations reçues par les Brigades de Protection à la Famille, 86% sont des femmes.

De 1994, année de mise en place des SLI, jusqu'en 1997, 25 de ces services s'étaient occupés de 25 991 cas de violence intrafamiliale ou domestique⁵⁴⁷.

En 1998, environ 45 000 cas de violence domestique furent enregistrés⁵⁴⁸. Les dénonciations de 8 institutions dans 5 villes du pays (Santa Cruz, Sucre, Cochabamba, La Paz et El Alto) pour l'année 2002 s'élèvent à 13000 cas, qui selon une appréciation globale représenteraient à peine 10% de la violence existante⁵⁴⁹.

Si l'on considère les obstacles culturels et formels que les femmes doivent dépasser et surmonter pour arriver à dénoncer la maltraitance domestique, on peut conclure que les chiffres obtenus ne reflètent pas la réalité⁵⁵⁰.

Lors du Reportage RFI avec Julie Lerat sur les femmes boliviennes, en septembre 2004, de nombreuses femmes ont expliqué avoir été victimes de violence domestique ; mais elles ne s'étaient pas pour autant séparées de leur mari, car elles déclaraient que celui-ci avait changé, n'était plus violent. Les filles ou les femmes ont souvent honte de poursuivre le criminel car leur honneur a été bafoué.

Il existe donc un décalage entre le nombre de plaintes et le nombre réel de cas de violence, dû principalement, pour les cas de violence domestique, à la dépendance économique et psychosociale des femmes. Cette dépendance économique est une des raisons pour lesquelles les femmes tolèrent la violence. La problématique de la violence étant liée à la pauvreté et à la dépendance économique envers le conjoint, il est important de lier le Plan National de Prévention et d'Éradication de la Violence de Genre avec la Plan de Réduction de la Pauvreté Relative aux Femmes. Les projets d'appui aux femmes maltraitées doivent causer plus de mal que de bien car ils ne prennent pas en compte l'importance de la dépendance financière des femmes. La stratégie d'éliminer la violence contre les femmes va beaucoup plus au-delà de la violence comme manifestation visible d'un problème profondément enraciné et d'aspects multiples⁵⁵¹.

De nombreuses participantes de l'atelier mené au sein de la Fundación La Paz déclaraient avoir été totalement soumises à leur mari et avoir supporté longtemps la violence, les menaces. Une d'entre elles expliquait qu'elle était psychologiquement maltraitée par son mari et sa belle-mère⁵⁵². Les autres participantes ont alors réagi en expliquant qu'il ne fallait pas

⁵⁴⁷ D'après la Campaña de las Naciones Unidas por los Derechos Humanos de las mujeres, 1999, repris in PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003, page 51.

⁵⁴⁸ D'après Centre for Reproductive Rights, "Women of the World: Bolivia", in *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, Latin America and the Caribbean, Progress Report 2000*, The Centre for Reproductive Law and Policy (CRLP)/DEMUS, January 2001.

⁵⁴⁹ La Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septiembere de 2003, selon les données du réseau conformé par le SEDES, CARITAS, CEDEMUF, la Fundación La Paz, la Brigada de Protección a la Familia Central y Sud, SLIM, Defensoria de la Niñez y Adolescencia.

⁵⁵⁰ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

⁵⁵¹ Katarina Tomasevski, « Los derechos de las mujeres: de la prohibición a la eliminación de la discriminación », <http://www.unesco.org/issj/rics/rics158/tomasevskispa.html>.

⁵⁵² La belle-mère est apparue lors de l'étude comme un personnage central de la violence domestique.

laisser le mari profiter des faiblesses économiques, sociales de sa femme. Selon elles, la femme ne devait pas prêter attention aux menaces du mari, du compagnon : « *très bien, très bien, je pars* », ou « *la porte est ouverte, je ne te retiens pas, tu peux partir* »... ; et l'homme perdait ainsi le pouvoir sur la femme, sans quoi il la manipulait. Elles soutenaient que comme femme, et surtout comme mère, il était indispensable d'être forte et d'aller de l'avant, essentiellement pour les enfants qui sont les plus affectés par la situation de conflits ; que la femme avait le principal rôle pour agir sur son auto-estime. Selon les participantes, de nombreuses femmes entretenaient le fatalisme, la soumission relative au mari. Elles soulignaient l'importance du travail pour une indépendance économique, et de la thérapie, qui a permis à deux d'entre elles d'élever leur auto-estime, et ainsi de changer la situation. Celles-ci déclaraient que désormais elles n'étaient plus soumises et que le mari ne les avait pas pour autant abandonnées. Le fait de participer aux Centres de Mères les avait également beaucoup aidées.

Les différentes formes de violence envers la femme en Bolivie, sont conditionnées par des facteurs politiques, sociaux, culturels, économiques, psychologiques et de genre. Silvia Salinas Mulder écrit, dans *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, que l'analyse de la violence envers la femme n'est pas complète si dans un pays multiethnique tel que la Bolivie, on ne prend pas en compte les relations de genre dans les divers contextes ethniques et culturels. Malheureusement, peu d'études rendent compte de la vie des femmes dans les ethnies.

Teresa Canaviri accuse la désintégration culturelle. La violence est devenue presque naturelle dans les communautés. Il y a, selon Teresa, moins de contrôle social par les communautés, et une flexibilisation des valeurs ancestrales (Voir Annexe III : Entretien avec Teresa Canaviri Sirpa).

Selon les 'Manzaneras de salud', dont certaines ont connu l'expérience de la violence domestique, il est nécessaire de former les pères ; le changement peut également s'obtenir à travers l'apprentissage aux enfants, l'éducation à l'école et l'auto-estime de la femme.



De nombreuses ONG travaillent sur le thème de la violence, à travers des ateliers, des groupes d'auto aide, des thérapies, et la diffusion et distribution de spots publicitaires et de brochures sur les droits, les procédures en cas de violence, viol. Le CIDEM a notamment diffusé une brochure de sensibilisation sur le viol. : « REGARDE. Le viol est un Délit. ECOUTE. Personne n'a le droit d'abuser de toi. PARLE. Il y a une loi qui te protège en cas de grossesse non désirée, produit d'un délit de viol. Que devrais-je faire en cas de viol? Après un viol. Si tu décides de dénoncer un viol... ».

La prostitution

La Bolivie adhère à la Convention pour la répression de la traite des personnes et la prostitution ; mais l'application reste aléatoire. Par rapport à l'article 6 de la CEDAW, le Code prévoit des mesures de prévention pour les prostituées mais il n'y a aucune loi correspondante, aucune disposition législative relative à la prostitution de la femme. Dans la pratique, la profession est approuvée lorsque les prostituées se soumettent périodiquement à un examen médical effectué par des institutions agréées. A La Paz, sont effectués périodiquement par le département spécial de la police des examens médicaux (avec carnet) des prostituées⁵⁵³.

En 1995, le CEDEF demandait au gouvernement bolivien de se préoccuper des différents aspects de la prostitution qui s'avérait être un cas sévère de violation des droits humains et d'une forme perverse d'esclavage⁵⁵⁴.

La crise a fait augmenter la prostitution devenue ainsi une stratégie de survie pour les femmes. La société bolivienne, à double morale, considère la prostitution féminine comme un mal qui sauve l'honneur et la dignité des autres femmes. En Bolivie, comme ailleurs, il faut prendre en compte deux perspectives fondamentales pour comprendre le phénomène de la prostitution des femmes : la prostituée comme stéréotype de la femme déviée, et la prostituée comme symbole de victimisation, caractéristique d'une structure sociale sexiste et patriarcale.

Dans tous les domaines sociaux, économiques et politiques, il semble nécessaire d'opérationnaliser la norme, pour diminuer la brèche entre l'égalité formelle et celle de fait qui permettrait aux femmes un réel et entier exercice de leurs droits. D'un côté, la Bolivie apparaît comme un pays en avance en matière d'énoncés politiques et de marques juridiques pour le progrès des femmes, et de l'autre, le pays présente de profondes contradictions socioculturelles, des problèmes économiques, politiques et sociaux.

⁵⁵³ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

⁵⁵⁴ Concluding Observation of the Committee Bolivia 31/05/95, in G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 154.

CONCLUSION : LE DECALAGE ENTRE LA NORME ET LA REALITE SOCIALE

Etre une femme en Bolivie. La situation actuelle des femmes boliviennes

En Bolivie comme en Amérique Latine, la femme est plurielle, selon son statut économique, social, selon sa culture. Et il est difficile de connaître la position de la femme dans la société bolivienne tellement il y a de variables à considérer.

La femme bolivienne revêt notamment une réalité complexe et ambiguë. « *Il est impossible d'envisager la femme paysanne uniquement en tant que femme puisqu'elle partage avec l'homme la pauvreté et la répression mais il n'est pas possible non plus de l'identifier seulement comme paysanne car ce serait nier la dénutrition, les maux physiques et la vulnérabilité sexuelle auxquels elle est exposée en tant que femme et qui affectent précisément son rôle en tant que paysanne* »⁵⁵⁵.

Les femmes boliviennes vivent dans des situations complexes très hétérogènes, mais en général, elles sont toutes vulnérables. Selon Sarah Arnez, la situation des femmes reste dans le pays un véritable problème. La moitié de la capacité de travail est une main d'œuvre de mauvaise qualité, une population analphabète, qui a « *trop* » d'enfants, qui souffre de violence (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez). Les femmes représentent cette moitié de la population. Dans le monde entier, les plus pauvres sont des femmes. La Bolivie n'échappe pas à cette réalité.

Les femmes pauvres de l'aire urbaine ont un moindre taux de participation au travail dû à leur moindre niveau d'éducation, leur plus important nombre d'enfants ; elles ont moins de possibilité de compter sur l'aide à la maison, peu d'alternatives de travail et vivent dans des conditions précaires, victimes du sous-emploi, de la faible qualification et des méconnaissances du marché, de la technique et de la technologie.

« *La femme, en particulier dans les zones rurales, est exploitée, situation qui est considérée comme le produit d'une société de contradictions économiques, sociales et politiques étroitement liées aux conditions générales du sous-développement* »⁵⁵⁶.

Nombreuses femmes travaillent à la campagne, « *elles aident leur mari dans les tâches liées au travail de la terre et à l'élevage des animaux, activités qui, bien que considérées comme productives, ne sont pas reconnues comme telles par leur mari ni par la société (...). Les*

⁵⁵⁵ L. Arizpe, in Y. Mignot Lefebvre, « La sortie du travail invisible : les femmes dans l'économie », Revue Tiers-Monde, n°102, avril-juin 1985, page 327.

⁵⁵⁶ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 63.

fonctions que remplit la femme chef de famille – soin des enfants, travaux domestiques et autres – ne sont pas reconnues par la société ni rétribuées »⁵⁵⁷.

« Le rôle de la femme dans la société bolivienne est très important mais peu reconnu. Pourtant sa contribution à l'économie nationale est vitale dans tous les domaines. Les deux dernières décennies ont vu les femmes participer activement au processus de changement social et économique, dans la construction et le perfectionnement de la démocratie »⁵⁵⁸.

Les différents pouvoirs sont masculins (peu de femmes aux postes de décisions), marqués par la culture patriarcale et machiste. Les femmes ne jouissent pas d'une citoyenneté pleine. Sans carnet d'identité, par exemple, il ne leur est pas possible d'être élue ou d'exercer le droit de vote.

Teresa Canaviri raconte que souvent les dirigeants des confédérations ou autres organisations déclarent vouloir appliquer leur us et coutumes, des us et coutumes qui en théorie reposent sur le concept du 'chachawarmi', qui octroie aux hommes et aux femmes les mêmes droits de participation. Mais Teresa explique que la réalité est tout autre. Celle-ci révèle que lorsque sont organisés des ateliers, des réunions, ce sont essentiellement les hommes qui y participent, et donc, la vision, le regard des femmes n'y sont représentées. Les us et coutumes peuvent ainsi justifier le retrait des femmes, les reléguant aux activités de pâturage, de la ferme. Selon Marta Villa, directrice du CDIMA, si la culture aymara, si le chachawarmi étaient appliqués, il serait possible d'avancer un peu plus. Mais c'est un idéal contraire aux faits.

Sunita Kishor et Katherine Neitzel, à partir d'une étude sur le statut des femmes, ont mis en place des indices qui mesurent l'égalité des sexes. L'Indice de Développement lié au Genre (IDG) est « construit en utilisant des données sur les performances globales des femmes comparativement à celles des hommes pour trois paramètres : l'espérance de vie, le niveau d'instruction et le revenu réel ajusté » ; et l'Indice d'Égalité des Sexes (IES) « mesure la participation économique, politique et professionnelle des femmes comparée à celle des hommes et utilise des données sur le niveau du revenu de chaque sexe, et sur sa part dans les emplois professionnels et d'encadrement et parmi les parlementaires »⁵⁵⁹. Si l'on considère ces deux indices, l'égalité des sexes, ou de genre est loin d'être une réalité en Bolivie.

Une discrimination cumulative

« La femme est l'élément important et nécessaire du développement (...). Il y a encore dans notre pays une discrimination à l'égard de la femme dans les domaines de l'éducation, de

⁵⁵⁷ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, pages 44 et 63.

⁵⁵⁸ Assemblée Nationale, Commission des Affaires Étrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, 1998, page 82.

⁵⁵⁹ Sunita Kishor et Katherine Neitzel, « The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries. Enquêtes démographiques et sanitaires », Comparative Studies Series. No. 21. Calverton, Maryland, Macro International Inc., 1996.

l'économie et de la politique »⁵⁶⁰. En effet, la discrimination à l'égard des femmes boliviennes perdure et persiste dans les domaines de l'éducation, de l'économie et de la politique, surtout en zone rurale à cause de facteurs d'ordre culturel tels que la tradition et les coutumes sans oublier la situation socioéconomique des paysans et des indiens.

Les femmes boliviennes connaissent une situation de discrimination, de marginalisation et d'exploitation multidimensionnelle dans une société stratifiée, raciste, ethnocentrique, machiste et patriarcale. On le voit particulièrement chez les femmes rurales qui souffrent d'isolement, du manque d'instruction, d'éducation, d'emploi.

En zone urbaine, les femmes d'origine indienne sont les plus discriminées, dans une société ethnocentrique avec des pratiques colonialistes profondes et ancrées, qui vont du paternalisme à la violence ethnique dans ses différentes formes et expressions, et qui se justifient par le fait que les indigènes et surtout les femmes indigènes, sont considérés comme des êtres différents et inférieurs. D'un côté, elles sont totalement mystifiées, associées à l'image de la Vierge Marie, ou de la Pachamama ; et de l'autre, elles sont dépréciées pour être femmes et indigènes.

Face à cette discrimination, Teresa Canaviri avoue avoir tenté d'intérioriser le modèle d'intégration hégémonique, urbain et occidental. Elle explique qu'elle a eu la chance de rentrer à Radio San Gabriel, station de radio catholique qui travaille pour les aymaras, et qui émet à La Paz. Là, elle a appris à s'identifier de nouveau avec son peuple. Elle raconte qu'elle a migré à 8 ans, et que depuis elle avait toujours travaillé, en tant qu'employée domestique, avec la classe moyenne, ce qui avait un peu violé son expérience dans la communauté. Travailler au sein de la Radio lui a permis de valoriser sa propre identité en tant qu'aymara, sa culture, et de se renforcer en tant qu'aymara. Avant, elle cherchait plutôt à s'intégrer au monde urbain où les valeurs sont autres. Cette lutte ne vaut pas la peine, selon Teresa, car chacun a sa propre identité.

Les femmes sont soumises à une discrimination cumulative : elles ne sont pas seulement discriminées à l'égard du genre, mais aussi pour une question de culture, de tradition, de statut économique. Sonia Brito, entre autres, parle d'une triple exploitation de la femme bolivienne, pour être femme, pauvre et indigène. Lors du Forum International « Les femmes au 21^{ème} siècle », Epsy Campbell, qui travaille essentiellement sur la culture afro-américaine, parle de discrimination structurelle. Sarah Arnez avance également qu'en Bolivie, comme en Amérique Latine, la discrimination est structurelle. Pourquoi en ce moment, les plus pauvres sont les indigènes ? Pourquoi en ce moment, les pauvres sont des femmes ? Il s'agit là selon Sarah de grandes définitions, au niveau national, à prendre en compte, sans quoi le développement n'est pas possible.

Marcela Lagarde, lorsqu'elle se réfère à la triple oppression des femmes indigènes, de classe, d'ethnie et de genre, écrit que « (...) *la situation de vie des femmes indigènes n'est pas composée de fragments mais d'un tout unitaire. Leur oppression est plus que la somme des phénomènes vitaux dérivés de leurs relations sociales : c'est l'articulation complexe de ces relations et déterminations sociales et culturelles (...)* »⁵⁶¹.

⁵⁶⁰ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 63.

⁵⁶¹ « (...) *la situación de vida de las mujeres indígenas no está compuesta de fragmentos sino de un todo unitario. Su opresión es mas que la suma de los fenómenos vitales que se derivan de sus relaciones sociales : es la*

La définition de la femme

La femme est définie par son rôle maternelle et domestique. En matière de genre, la société bolivienne est caractérisée par des stéréotypes sexuels, et par des discours androcentriques, conditionnés par le machisme et la religion catholique. Lorsque l'on demandait aux participantes de l'atelier de la Fundación La Paz ce qu'elles auraient été ou fait si elle n'avait pas été mère ou 'madresposa', la majorité a répondu qu'elles auraient aimé être professionnelles, ingénieure agronome, militaire, infirmière, couturière, chanteuse. D'autres déclaraient qu'elles auraient souhaité étudier ou continuer leurs études. Les plus jeunes expliquaient qu'elles espéraient continuer leurs études dans le futur. Parmi celles-ci, une aurait voulu profiter de la vie comme le faisaient les filles de son âge. Une des mères expliquait qu'elle se sentait cependant réalisée comme femme et comme mère, car selon elle, une femme était accomplie quand elle devenait mère. Mais la majorité des participantes racontaient qu'elles n'avaient pas pu faire ou être ce qu'elles espéraient, et ce pour diverses raisons généralement liées à la mère ou la famille. La famille, la mère, auraient dissuadé certaines de faire un carrière estimée masculine : « *cette carrière n'est pas pour toi* », « *ce n'est pas un travail pour une femme* ». Une autre raison avancée était les nécessités du foyer, à cause du nombre élevé de frères et sœurs, ou le manque d'argent. Cet atelier a rendu compte de la différenciation de genre imposée par la société et la famille, de la pression sociale et familiale exercée sur les femmes.

De même, lorsqu'on demandait aux femmes qui participaient aux divers ateliers menés de décrire, lors des présentations, ce qu'elles aimaient faire dans la vie, elles réfléchissaient, ne savaient pas trop que répondre, et déclaraient qu'elles se dédiaient principalement au foyer et aux enfants.

D'après le Code de la Famille de 1972, la fonction socialement et économiquement utile de la femme n'est reconnue que dans le foyer. La femme est ainsi essentiellement définie par son rôle domestique et reproductif. « *Dans certains secteurs de la société et spécialement dans les zones rurales, la femme reste encore réduite à une fonction biologique de reproduction de l'espèce humaine, reléguée à ses travaux domestiques et soumise à une discrimination dans la sphère sociale* »⁵⁶². Les femmes elles-mêmes se définissent avant tout comme mère, et se sentent réalisées lorsqu'elles deviennent mères.

En général, persiste et demeure une image traditionnelle de la femme en Bolivie. Une femme est avant tout une mère, mariée, et son rôle est de s'occuper du foyer, des enfants et du mari, ce qui engendre une certaine discrimination de la femme seule, sans enfant. Les femmes assument ainsi seules la responsabilité économique et affective de leurs enfants en conditions matérielles, émotionnelles et de capacités intellectuelles absolument désavantageuses.

articulación compleja de esas relaciones y determinaciones sociales y culturales (...)" (Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres : madresposa, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1997 (3^{ème} édition), in Tijaraipa. Memoria. « Políticas de Género para el trabajo con pueblos indígenas de las tierras bajas », 19 y 20 de abril de 2001).

⁵⁶² Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des Etats parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 64.

Vivre en marge de ce modèle requiert des sacrifices et des choix. La Doctoresse Soriano explique qu'en tant que femme, il est nécessaire de faire un choix entre la carrière, la réalisation de soi-même et être mère ; il est difficile de concilier le rôle de mère et celui de femme. Sarah Arnez racontait qu'elle avait rencontré de nombreuses barrières dans sa carrière, et que sa réussite était le résultat d'efforts et de sacrifices. Elle n'a pour l'instant qu'une seule fille ; elle s'est mariée tard. Cependant, selon elle, le mariage n'était pas l'objectif de cette vie. Elle croit que les femmes et les hommes ont l'obligation d'avoir des rêves, des objectifs, et se marier ou non reste une option. La femme pour prouver qu'elle est femme ne doit pas nécessairement avoir des enfants. Il y a d'autres rôles, et tous les rôles sont ouverts. En politique notamment, ce n'est pas suffisant pour une femme d'être motivée, d'avoir du courage. Si les mêmes opportunités lui sont offertes, si elle a étudié, alors sa participation politique non discriminée est possible. Autrement, sans l'égalité des chances, la femme ne peut participer. Sarah explique que ses réussites professionnelles et politiques lui ont coûté beaucoup, à cause de l'exigence. Elle se définit comme une personne de concertation plus qu'une personne de confrontation. Cependant, ses droits sont clairs et elle déclare ne pas être prête à les céder (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

Les limites qui provoquent une présence diminuée des femmes comme actrices dans l'égalité des conditions dans le développement national sont de 3 aspects : le manque dans la normative, le manque ou la mauvaise application des politiques, des plans et des programmes gouvernementaux, les problèmes d'attitude collective discriminatoire.

Evaluation des avancées politiques

La Bolivie observe une démocratisation du thème de la femme, du genre, des droits humains des femmes tant au niveau social qu'au niveau politique : des mesures légales, des politiques, des institutions ont été mises en place. Le thème est désormais pris en charge par les autorités, par la société civile, et s'avère moins tabou, une preuve en est la présence de nombreux articles (exemple « El Diario ») sur la violence intrafamiliale, le Jour de la femme, la représentation politique des femmes, etc. Cependant, l'ensemble des évaluations, des bilans des rapports et des acteurs politiques et sociaux rencontrés, est négatif.

Des lois ont été approuvées mais elles ne sont pas appliquées. Mónica Beltrán S. explique que l'application des lois conquises est minime ; le risque de tout perdre est permanent d'où la nécessité d'une vigilance continue. L'avancée du symbolique, du subjectif est resté au niveau du discours. Une des avancées certaines est la Loi des employées domestiques ; mais son application est nulle. Les lois sont restées très abstraites, et le quotidien des femmes reste celui de la subordination.

Selon Fernando Rodriguez, de UNITAS, au delà des lois, il n'y a pas de politique publique effective et pour beaucoup, les droits humains sont un conte. L'agenda parlementaire des femmes, rédigé par AMUPEI, écrit qu'il « *n'existe pas de synchronie entre les lois*

approuvées et leur traduction en politiques publiques »⁵⁶³. Teresa Canaviri Sirpa explique que les normes en soi ne garantissent pas systématiquement une participation plus active des femmes.

« *La réunion nationale pour la solidarité et le développement social déclara en 1991, que la situation de la femme en Bolivie n'avait pas changé bien que le pays eût ratifié le document produit dans la CEDAW* »⁵⁶⁴. Malgré un progrès indiscutable des femmes boliviennes dans les distinctes sphères du monde social et politique, certaines disparités géographiques, économiques, sociales et politiques persistent. Les femmes continuent encore aujourd'hui d'être considérées comme inférieures, destinées à avoir des enfants, et contrôlées par l'Eglise Catholique.

Ainsi, au-delà des bonnes intentions, l'impact des mesures déployées par le gouvernement est faible. Si on évalue les impacts des actions menées en faveur de la femme, on obtient un résultat très éloigné du discours. Teresa Canaviri explique que certaines normes n'ont pas eu d'impact direct. Tel que le cas, selon elle, de la Loi 1674. Alors que tout le monde pensait que grâce à cette loi, la violence diminuerait, les cas de violence semblent avoir au contraire augmenté.

En 1995, le CEDEF souhaitait voir des statistiques qui montreraient les résultats de programmes comme le Plan de Participation Populaire, le Plan National pour la Prévention et l'Eradication de la Violence, et la réforme éducative. Le Comité des droits humains s'inquiétait quant au fait que, malgré les garanties constitutionnelles des droits de la femme et la législation qui se vantaient de mettre un terme à la discrimination, la femme bolivienne continuait de recevoir un traitement inégal à celui des hommes et d'être appréhendée selon des attitudes traditionnelles⁵⁶⁵. Lors de la 25^{ème} session du Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies, à Genève du 28 avril au 5 mai 2001, il fut déclaré qu'« *apparemment, en Bolivie, il est facile d'approuver les lois mais leur application effective n'est pas une réalité* » et il arrive la même chose avec les conventions internationales auxquelles la Bolivie a souscrit. Selon la norme nationale et internationale ratifiée par l'Etat Bolivien, les mineurs de 14 ans ne doivent pas travailler. Mais la réalité du pays ne permet pas que s'accomplisse ce principe, et l'Etat ne développe aucune mesure pour y remédier.

Jusqu'à maintenant, l'impact des politiques sur la condition des femmes ne montre aucun résultat et certaines ONG continuent de jouer un rôle important dans la génération de revenus pour la satisfaction des besoins de base, à travers différents projets quantitatifs et qualitatifs.

Bien que la Bolivie ait signé la Convention de la Femme sans aucune réserve, pour beaucoup, elle n'a pas réalisé d'efforts pratiques pour la mettre en vigueur. La CEDAW en Bolivie est réduite à un acte formel de la politique internationale car, depuis, l'Etat n'a développé aucune action orientée à sa diffusion et son instrumentalisation.

⁵⁶³ "(...) *no existe sincronía entre la leyes aprobadas y su traducción en políticas públicas*" (Agenda parlamentaria de las mujeres 2002-2007, AMUPEI, page 17).

⁵⁶⁴ "*La reunión nacional para la solidaridad y desarrollo social declaró en 1991 que la situación de la mujer en Bolivia no había cambiado a pesar que el país había ratificado el documento producido en la CEDAW*" (Romero, 1993 ; in Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté, page 5).

⁵⁶⁵ Concluding Observation of the Committee Bolivia 31/05/95, in G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafios sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000, page 154.

Par rapport à l'article 4 de la Convention, la Bolivie n'a adopté aucune loi temporaire pour accélérer l'égalité homme-femme ; aucune mesure temporaire spéciale pour corriger le haut taux d'analphabétisme, le haut taux de chômage des femmes et le faible taux de participation féminine dans les postes de décision ou pour protéger les femmes rurales et indigènes (le groupe le plus désavantagé). La Bolivie n'a pas mis en place de commission gouvernementale de contrôle, qui analyse lois, politiques, pratiques concernant la femme dans différents domaines, cela alimente le côté aléatoire de l'application de la CEDAW.

Mónica Beltrán S. déclare qu'il existe toujours un manque de volonté politique, au sein de tous les pouvoirs. Pour Diana Urioste, de la Coordinadora de la Mujer, les politiques devraient être nationales, sur tout le territoire ; or elles sont essentiellement concentrées dans les aires urbaines.

« (...) nous sommes encore loin de garantir l'entier respect et la jouissance des droits humains des femmes, situation pour que convergent divers facteurs (...). En premier lieu, plusieurs de ces lois destinées à bénéficier expressément aux femmes, ne sont pas complètement libres de préjugés sexistes, ce qui diminue leur impact social. D'autre part, elles continuent d'être des solutions partielles aux problèmes complexes qui ne peuvent se résoudre, puisque dans certains cas elles ne répondent pas à notre réalité politique, sociale et institutionnelle, rendant difficile leur traduction en politiques publiques, et enfin, leur application et pratique »⁵⁶⁶.

Selon Sonia Brito, de Tijaraipa, *« le seul qui viole les droits humains, est l'Etat »⁵⁶⁷*. D'autre part, elle explique que le gouvernement bolivien garde une vision très occidentale de l'approche de genre; or il lui semble nécessaire d'adopter une approche latino-américaine. Elle explique qu'il existe dans le pays, différents genres, selon les cultures considérées (exemple à Kallamaya, 10 genres sont liés au monde spirituel). Il faut voir le genre en fonction de la culture, de la cosmovision. La vision du gouvernement, celle du VMM est une vision officielle. Or il n'est pas possible de parler de relation de genre isolée du contexte culturel et historique. Le genre n'est pas universel. D'où la difficulté d'un mouvement de femmes. Les femmes n'acceptent pas cette approche occidentalisée du genre, car elles voient notamment que leur mari souffre autant qu'elles à cause de la pauvreté. Selon Marta Villa, directrice du CDIMA, les normes du Chachawarmi par exemple ne sont jamais reprises par le gouvernement.

Certaines personnes rencontrées notent une distance entre les droits et les valeurs éthiques, un décalage notoire entre les exigences politiques et les réalités, ce qui expliquerait un tel bilan. D'autres expliquent la nécessité d'une politique nationale propre et non fonction des conventions internationales, ou des financements extérieurs, qui serait alors synonyme d'un véritable courage, d'une réelle volonté politique de la part du gouvernement. Le défi serait alors, selon elles, d'éliminer, entre autre, la dépendance des ressources externes.

⁵⁶⁶ *“(...) todavía estamos lejos de garantizar el pleno respeto y disfrute de los derechos humanos de las mujeres, situación para que convergen diversos factores (...). En primera instancia, muchas de estas leyes destinadas a beneficiar expresamente a las mujeres no están completamente libres de prejuicios sexistas, lo cual disminuye su impacto social. Por otra parte, continúan siendo soluciones parciales a problemas complejos que no logran resolverse, puesto que en algunos casos no responden a nuestra realidad política, social e institucional, dificultando su traducción en políticas públicas y, por ende, su aplicación y práctica”* (Agenda parlamentaria de las mujeres 2002-2007, AMUPEI, page 23).

⁵⁶⁷ *“el único que viola los derechos humanos, es el Estado”* (Derechos Humanos y Realidades de las mujeres indígenas de tierras bajas, Tijaraipa, 1999, page 159).

L'application des politiques et des lois rencontre certains problèmes, doit surmonter certaines difficultés propres au pays, telles que l'instabilité du personnel technique, la dépendance des ressources externes de la coopération, la faiblesse des institutions comme les UDG (inexistence de carrière fonctionnaire, et double dépendance –VAGGF et Préfecture- qui rend difficile l'action) et surtout le manque de ressources. Les Institutions, gouvernementales notamment, n'ont pas suffisamment de ressources pour défendre véritablement les droits de la femme.

D'autre part, les acteurs politiques et sociaux soulignent la nécessité de travailler de façon plus proche de la société civile, en réimplantant sa relation avec l'Etat, pour passer de la pression sociale à la construction de consensus sociaux, en construisant des alliances stratégiques dans lesquelles chacune des parties a des rôles et des compétences très claires.

Teresa Canaviri pense que le pays a connu certains progrès, mais qu'il reste beaucoup de travail en perspective. Les défis actuels concernent tout le changement que prétend atteindre la Bolivie, à travers notamment l'assemblée constituante. Ce travail doit impliquer tout le monde, aussi bien les populations indigènes, paysannes, les femmes, pour qu'ensemble ils adoptent des propositions, et que ce soit l'occasion d'effacer toute forme de discrimination implantée dans le pays, par « *un secteur si petit, urbain qui a toujours été au pouvoir* ». Teresa explique que les boliviens se sont toujours plaints d'être exploités, marginalisés ; pour elle, l'assemblée constituante constitue une chance de résoudre les problèmes d'exclusion, les problèmes de discrimination, à travers une participation, une implication réelle et effective de la population, des femmes notamment (Voir Annexe IV : Entretien avec Teresa Canaviri Sirpa).

Reyes Varella Marti, dans « Les politiques d'égalité dans le domaine du travail : une proposition théorique à partir du genre », conceptualise différentes approches de genre utilisées dans les politiques d'égalité⁵⁶⁸ :

- ✚ le genre neutre, à travers les politiques sexuées en faveur des femmes, qui n'incluent pas la catégorie genre dans la formulation des politiques, et qui selon Reyes Varella Marti sont reproductrices d'inégalités ;
- ✚ le genre reconnu, par le biais de politiques sexuées auxquelles on a ajouté le genre, qui identifient et reconnaissent que les inégalités des femmes par rapport aux hommes sont dues à la construction sociale de leur identité de genre, et qui sont analysées comme reproductrices et compensatrices ;
- ✚ le genre articulé, à travers les politiques de genre, politiques d'égalité qui incluent l'autre genre (les hommes) et conceptualisent les relations avec les femmes non comme relations dichotomiques et opposées mais comme dialectiques et symétriques (relation d'équité), et qui apparaissent ici comme transformatrices.

Selon cette typologie, en Bolivie ont été adoptées des politiques sexuées en faveur des femmes. Ces politiques sont destinées à éliminer les obstacles légaux qui empêchent la participation des femmes dans les mêmes conditions que celles des hommes dans n'importe quel domaine de la vie et en particulier dans le domaine du travail. Elles rendent possible

⁵⁶⁸ Reyes Varella Marti, « Les politiques d'égalité dans le domaine du travail : une proposition théorique à partir du genre », in Rita Radl Philipp, *Cuestiones Actuales de Sociología del Género*, Centro de investigación sociológicas, sept. 2001, page 116.

l'élimination de l'inégalité juridique des femmes mais n'impliquent pas d'autres avancées sur le terrain social, politique et économique (discriminations indirectes). Elles ne peuvent qu'avoir des impacts compensateurs ou minimes d'inégalités de genre. Elles garantissent l'égalité juridique entre les sexes. Mais elles ne constituent pas une condition suffisante. D'autre part, « *les politiques publiques, si elles ne réussissent à construire des ponts d'intégration sociale, peuvent devenir d'importantes réformes, mais elles ne bénéficient pas de façon égale à toutes les femmes* »⁵⁶⁹.

Le PNUD signale que « *la société bolivienne est de plus en plus perméable à accepter certains droits pour les femmes et à les débattre, la condition de genre de ces dernières se maintient de façon inaltérable. On reconnaît que les femmes ont des droits déterminés, comme celui à étudier ou à travailler, mais dans le quotidien, ni la société, ni la famille ne sont des supports réels de cela, et les hauts taux de violence sont l'expression la plus évidente de la négation de liberté dans les actes de parole et la délibération dans le monde privé* »⁵⁷⁰. Les chiffres de violence ont augmenté, non parce qu'il existe désormais des institutions qui l'enregistrent, sinon parce que les cas ont réellement augmenté. La problématique d'hostilité envers les femmes reste en vigueur, est approfondie par la crise économique que traverse le pays, et accompagnée par d'autres formes de mal-être, tel que l'alcoolisme.

La vulnérabilité économique et sociale des femmes

On peut conclure à une certaine fragilité institutionnelle, aux niveaux politiques, normatifs et opératifs. Mais cette fragilité est également entretenue par la société civile, par la situation des femmes boliviennes, par les limites de leur citoyenneté et capacités d'exigence de droits. La vulnérabilité des femmes limite l'application des lois et de la Convention. Cette vulnérabilité est attribuée à des facteurs tels que la composition de la famille, en particulier dans les zones rurales, l'existence de groupes ethniques, le manque d'accès à l'éducation, les faibles possibilités de trouver du travail, la discrimination contre la femme sur le marché du travail, et sa relégation dans d'autres types d'activités.

De nombreux obstacles socio-économiques retardent l'application de la CEDAW et notamment des différents plans d'action des conférences mondiales sur les femmes (Nairobi, Beijing...). Les effets de crise et d'ajustement structurels affectent particulièrement les femmes et leur condition (qui n'est dès lors pas une priorité). Il existe une importante part de la

⁵⁶⁹ « *las políticas públicas si no logran tender puentes de integración social pueden llegar a ser importantes reformas pero no beneficien de igual manera a todas las mujeres* » (“El movimiento de mujeres en Bolivia: Reflexiones a partir de una experiencia de intervención sociológica”, PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003, page 32).

⁵⁷⁰ « *la sociedad boliviana es cada vez más permeable a aceptar algunos derechos para las mujeres y a debatirlos, la condición de género de estas se mantiene inalterable. Se reconoce que las mujeres tienen determinados derechos como a estudiar o a trabajar, pero en lo cotidiano, ni la sociedad, ni la familia son soportes reales de ello y los altos índices de violencia son expresión mas evidente de la negación de libertad en los actos de habla y deliberación en el mundo 'privado'*” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2000, in Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, *Bolivia 5 años después de Beijing. Poder, Oportunidades y Autodeterminación para las mujeres en el Nuevo Siglo. Informe 2000*, La Paz, Bolivia, 2000).

population qui ne peut satisfaire ses nécessités essentielles dans la mesure où elle ne compte pas sur l'accès aux services et revenus basiques, tels que la santé, l'éducation, l'habitat. Les femmes ont toujours été les plus pauvres parmi les pauvres, et la situation est pire depuis les réformes économiques néolibérales. La pauvreté des femmes est structurelle. Un docteur expliquait que les femmes boliviennes se mariaient très jeunes à cause notamment de la pauvreté, pour aspirer à une vie meilleure.

Les *intérêts pratiques* se réfèrent aux intérêts qui se dressent à partir des conditions concrètes, des positions féminines dans la division sexuelle du travail comme les intérêts en tant que mères, travailleuses rurales. Ils répondent généralement à la perception d'une nécessité immédiate. Les *intérêts stratégiques* de genre sont dérivés déductivement et axés sur des objectifs stratégiques pour dépasser la subordination des femmes et changer les formes institutionnalisées, de discrimination, comme l'abolition de la division sexuelle du travail, la mise en place de l'égalité politique. Les intérêts se dressent à partir d'un désir de défier la subordination des femmes et de modifier les relations de genre⁵⁷¹.

Face aux nécessités pratiques de genre, les nécessités stratégiques de genre ne sont pas une priorité. Conger Lind suggère que bien que les projets organisant les femmes soient axés sur la procuration de biens de base, « *ces besoins de base ne sont pas seulement liés à la survie, mais aussi à la construction d'identité et relation de pouvoir* »⁵⁷². Elle critique le paradigme de M. de Molyneux basé sur l'hypothèse que la « *stratégie pratique ou de survie ne peut être simultanément une stratégie politique qui défie l'ordre social* »⁵⁷³.

En Bolivie, perdurent les préjugés et stéréotypes fondés sur le sexe dans tous les aspects de la vie sociale, surtout centrés sur les différences économiques « *qui déterminent la position de chacun et sa condition dans la société (...). Les différences et les préjugés centrés sur les considérations économiques persistent encore et sont en fait accentués par les coutumes et les usages hérités de l'époque coloniale* »⁵⁷⁴.

Teresa Canaviri Sirpa déclare être convaincue que sans pouvoir économique, sans 'empowerment' économique des femmes, sous-entendu sans le contrôle, l'administration et la décision de ce pouvoir, le progrès des femmes est impossible et reste vain. Elle illustre sa position avec l'exemple de la violence domestique (Voir Annexe IV : Entretien avec Teresa Canaviri Sirpa).

« *Les problèmes de la femme sont essentiellement de nature économique et sont aggravés par l'influence du machisme et par l'aspect socioculturel qui pèse lourd* »⁵⁷⁵.

⁵⁷¹ M. de Molyneux, « Mobilización sin emancipación ? Intereses de la mujer, el estado y la revolución : el caso de Nicaragua », in J. L. Coraggio, C. D. Deere, *La transición difícil. La autodeterminación de los pequeños países periféricos*, Siglo XX, 1986.

⁵⁷² A. Conger Lind, in S. Lynn, *Women and social movements in Latin America*, University of Texas Press, 1997.

⁵⁷³ S. Lynn, S. Lynn, *op. cit.*, p. 272.

⁵⁷⁴ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 13.

⁵⁷⁵ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, *op. cit.* .

Les patrons culturels

L'application dans la réalité sociale de la Convention et des lois entrées en vigueur concernant la situation des femmes, et protégeant leurs droits, rencontre certains obstacles, se heurte à certaines résistances et difficultés. Un rapport de Bolivie, rédigé par la VMM, cinq ans après la Conférence de Beijing, en 1995, indique que « (...) les possibilités d'application des ces nouveaux cadres légaux impliquent, comme condition sine qua non, la transformation des patrons culturels individuels et organisationnels qui d'une manière formelle ou informelle, explicite ou implicite, reproduisent les inégalités dans l'accès aux opportunités et la discrimination des femmes en raison de leur genre »⁵⁷⁶.

« Le manque de correspondance entre les avancées législatives et leur application révèle l'important poids qu'ont toujours les pratiques culturelles, dans les sphères gouvernementales et de pouvoir comme citoyen commun, qui de manière systématique et récurrente rendent vulnérables les droits des femmes boliviennes »⁵⁷⁷. Les normes culturelles pèsent, et les mentalités sont souvent plus lentes à changer que les lois. Par rapport à la participation politique des femmes, par exemple, un changement dans la législation, mais également dans les attitudes, est nécessaire, ce qui demande plus de temps.

Les lois boliviennes ne comportent aucune restriction d'égalité ; mais, la pratique reste marquée et conditionnée par le machisme, qui engendre des discriminations à l'égard des femmes. « Un autre facteur d'effet négatif est le paternalisme de l'époux à l'égard de l'épouse, attitude qui dénature complètement la grande conquête de l'égalité juridique inscrite dans la Constitution Politique de l'Etat »⁵⁷⁸. Lucia Acarapi et Rose Mery, du Club des Mères de Mallasa, notent une importante évolution. Elles expliquent qu'avant, le mari se montrait réticent à la participation de sa femme au club ; désormais il dirait à sa femme « *il est l'heure, il faut que tu ailles au club!* ». Cependant, le machisme reste omniprésent et conditionne fortement l'exercice des droits des femmes dans les sphères sociales et politiques. Ce machisme est renforcé et alimenté par les stéréotypes des femmes elles-mêmes. La préparation du reportage de Julie Lerat sur les femmes boliviennes a rendu compte de forts stéréotypes par les femmes elles-mêmes. On a entendu par exemple que maintenant, il n'y avait plus de respect : les filles n'étaient plus vierges au mariage, les couples s'embrassaient dans la rue, les filles ne rentraient plus dormir, les mères donnaient des préservatifs à leurs filles quand elles sortaient. De plus, selon Sandra Aliaga, de nombreuses femmes ne sont pas

⁵⁷⁶ "(...) las posibilidad de aplicación de estos nuevos marcos legales implican, como condición sine qua non, la transformación de los patrones culturales individuales y organizacionales que de manera formal e informal, explícita e implícita, reproducen la desigualdades en el acceso a oportunidades y la discriminación de las mujeres en razón a su género" (Bolivia 5 años después de Beijing. Poder, Oportunidades y Autodeterminación para las mujeres en el Nuevo Siglo. Informe 2000, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia).

⁵⁷⁷ "La falta de correspondencia entre los avances legislativos y su aplicación revela el importante peso que aún tienen las prácticas culturales, tanto en las esferas gubernamentales y de poder como del ciudadano común, que de manera sistemática y recurrente vulneran los derechos de las mujeres bolivianas" (Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia, septiembre de 2003, page 36).

⁵⁷⁸ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 66.

d'accord avec la division des responsabilités dans le foyer : cela signifie perte de pouvoir vis-à-vis du mari et des enfants.

« Le président de la République, Carlos Mesa, reconnu (hier) que persiste toujours le machisme et le manque d'équité de genre dans le pays, ce pourquoi il demanda à ce que l'on travaille dans toutes les instances de la société pour éliminer les inégalités entre les hommes et les femmes. 'Notre société n'a pas encore une attitude mentale d'équité. Celle-ci reste ancrée dans une vision machiste et excluante. Nous n'avons pas été capables de faire un bond en avant, car au-delà du soutien de la loi, le concept de l'égalité des opportunités et de traitement n'a pas été appliqué. Le défi n'est pas relevé', affirma-t-il »⁵⁷⁹.

Sarah Arnez souligne les problèmes dans le domaine juridique. Comme le disait le Président Mesa, la norme légale est en vigueur, des lois ont été créées. Mais il semble difficile de les appliquer si la société entière ne change pas d'attitude. Les espaces de pouvoir sont conduits par les hommes, et d'eux dépendent l'accomplissement ou non des droits des femmes. Tant que ne sera pas changée la culture patriarcale, tant que ne sera pas combattu de façon adéquate le machisme, il est impossible, selon Sarah, que ces normes qui régissent la non discrimination envers les femmes, aient un sens dans le pays.

L'ignorance des droits

Malgré ces obstacles d'ordre économique ainsi que culturel, on peut noter ces dernières années une certaine prise de conscience de la femme bolivienne *« qui s'est manifestée dans sa participation croissante à la lutte en faveur de ses droits, de la défense de la souveraineté nationale, de la paix et des revendications sociales dans une perspective qui leur est propre »*⁵⁸⁰, mais elle ne s'est pas encore traduite dans un facteur de développement économique ni dans une participation sociale plus active de la part des femmes.

Les droits des femmes, à la participation politique, à l'éducation, etc. commencent à se diffuser, selon Sarah Arnez, et par les femmes elles-mêmes. Sarah relate l'histoire d'une mère de famille, dont le fils avait obtenu l'année dernière son baccalauréat, et qui faisait désormais son service militaire, et dont l'une des deux autres filles passait le baccalauréat cette année. Cette femme lui racontait qu'elle était en train de discuter avec son mari, sur les attentes de leur fils, sur le fait qu'il allait sûrement vouloir étudier. Les deux filles entrèrent et firent un scandale, réclamant également le droit à étudier, et d'être appuyées : *« moi, je ne vais pas chercher du travail, moi aussi je veux étudier, et je veux que vous m'appuyez »*. Sarah raconte

⁵⁷⁹ *“El presidente de la República, Carlos Mesa, reconoció ayer que aún persiste el machismo y la falta de equidad de género en el país, por lo que pidió que se trabaje en todas las instancias de la sociedad para eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres. 'Nuestra sociedad no tiene todavía una actitud mental de equidad. Sigue anclada en una visión machista y excluyente. No hemos sido capaces de dar el salto, porque más allá del respaldo de la ley no se aplicó el concepto de igualdad de oportunidades y de trato. No se está respondiendo a ese desafío', afirmó”* (« En el Día Internacional de la Mujer, Presidente reconoce que aún no hay equidad de género en el país », El Diario, Bolivia, Martes 9 de marzo de 2004, page 5).

⁵⁸⁰ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

également qu'à la radio, on entend désormais des témoignages de mères qui comprennent que leur fille ne veuille pas connaître le même sort, de maltraitance, de violence que leur mère. Il y a donc à présent une conscience selon Sarah (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

« Avant, dans les réunions, seuls les hommes parlaient. Depuis deux ou trois ans, les femmes participent de la même manière. Ce changement est dû au fait que nous apprenons par la radio que nous devons participer, homme et femme. De plus un auxiliaire d'infirmerie de Caraparí nous aide beaucoup à chaque visite. Il nous dit que nous devons nous en sortir. Il nous donne des feuillets qui indiquent les droit, que nous avons nous les femmes » (“Antes, en las reuniones sólo hablaban los hombres. Ahora han pasado dos o tres años, desde que las mujeres igualito estamos participando. Este cambio es porque nos enteramos por radio que tenemos que participar, hombre y mujer. Además un auxiliar de enfermería de Caraparí nos colabora mucho en cada visita. El nos dice que también nosotras debemos salir adelante. Nos regala folletos donde indican los derechos que tenemos las mujeres”, Juliana Tarifa de Alvarez, 36 años, Pilaya, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

Cependant, un sondage d'opinion réalisé par AMUPEI sur « Femme et participation citoyenne » en 2003 rend compte d'une connaissance restreinte d'informations relatives aux lois, politiques, programmes protégeant les femmes⁵⁸¹.

En réalité, la discrimination est entretenue par le fait que la plupart des femmes ignorent leurs droits⁵⁸². Selon Marta Villa, certaines femmes de la campagne ne savaient même pas qu'il existait une institution gouvernementale protégeant leurs droits, ne connaissaient pas le VMM. L'ignorance des droits légaux par les femmes et d'autres acteurs sociaux et des aides légales rend le progrès de la condition féminine difficile. Un programme de formation et de prise de conscience semble nécessaire et il serait en cours de réalisation par le Secrétariat National. Les femmes devraient être encouragées à être plus conscientes de leurs droits légaux ; le manque d'accès aux aides légales constitue un obstacle aux avancées des femmes.

Cette ignorance, ainsi que le machisme, la ségrégation sociale, économique et culturelle, alimentent une faible auto-estime de la femme bolivienne en général, qui, malgré certaines avancées, ne développe pas de conscience de genre et une valorisation d'elle-même au-delà de son rôle reproductif. Or, ce rôle procréateur des femmes s'avère être une source de discrimination, qui vulnérabilise l'exercice des droits les plus fondamentaux.

⁵⁸¹ Políticas públicas de género, Vice Ministerio de la Mujer, LP – Bolivia, Julio 2003.

⁵⁸² Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des Etats parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991.

Chapitre VI :

« Les droits reproductifs et sexuels en Bolivie (La Paz et El Alto) »



INTRODUCTION

La santé reproductive et sexuelle, notamment les droits reproductifs et sexuels, sont un des principaux thèmes de la Convention, thème repris et développé par le Programme d'Action du Caire et la Plateforme d'Action de Beijing.

En Bolivie, et notamment dans le département de La Paz, la santé reproductive et sexuelle, révélatrice de l'exercice des droits conséquents, est caractérisée par de faibles taux de contrôles prénataux, d'accouchements institutionnels, de prévention des cancers féminins et des maladies sexuellement transmissibles. Elle est également marquée par un décalage entre la connaissance et l'utilisation des moyens de contraception, par une importante proportion de grossesses difficiles, de complications de grossesses, et d'hémorragies.

Les principaux indicateurs de la réalité sociale bolivienne des droits reproductifs et sexuels sont la demande et les nécessités insatisfaites en matière de planification familiale, la maternité précoce, le nombre de grossesses non planifiées et non désirées, l'incidence de l'avortement et enfin, le taux de mortalité maternelle.

A partir des années 90, la Bolivie met explicitement en place des politiques pour améliorer les indicateurs de santé reproductive et sexuelle, situés parmi les plus bas d'Amérique Latine, et, dans une moindre mesure, pour promouvoir les droits reproductifs et sexuels.

Mais face à un contexte normatif et social favorable, les femmes rencontrent des obstacles politiques, sociaux et personnels qui influent sur leur état de santé reproductive et sexuelle, sur leur libre-arbitre en matière de reproduction et sexualité, et conditionnent leur accès aux services, aux connaissances et pratiques, et surtout l'exercice de leur droits reproductifs et sexuels, pourtant définis comme droits humains par la communauté internationale, l'Etat et les organisations civiles.

LES AVANCEES POLITIQUES

Les années 80 : la décennie perdue en santé reproductive et sexuelle

En Bolivie, les années 70 et 80 représentent des décennies perdues en matière de santé reproductive et sexuelle. Alors que le contexte international se prête à des politiques de

limitation des naissances, de diffusion et de promotion de la planification familiale⁵⁸³, la politique bolivienne est marquée par une totale abstention et même prohibition des activités de contrôle des naissances et de planification familiale.

L'implantation de la planification familiale est difficile en Bolivie puisqu'elle est associée au contrôle de la natalité et à une mesure impérialiste. Cette idée se voit renforcée par le film de Jorge Sanjinés, *La Sangre del Condor* ('Yawar Mallcu' en quechua, ou *Le Sang du Condor* en français), de 1968, un film qui dénonce les stérilisations forcées de femmes rurales boliviennes par les volontaires du *Cuerpo de Paz*.

A cette époque, il existe une frange internationale radicale, révolutionnaire pour laquelle l'art cinématographique est un moyen de 'conscientiser les masses opprimées'. Le film de Jorge Sanjinés appartient à cette mouvance que l'on dénomme à l'époque 'agit-prop' (agitation-propagande). Ce film évoque la vie difficile des indiens boliviens de l'altiplano. Mais il dénonce surtout, de façon anecdotique, les activités sur ces hauts plateaux d'une organisation nord-américaine à but humanitaire, le *Cuerpo de Paz*, agence des Etats-Unis établie en 1961, sous l'administration de J. F. Kennedy⁵⁸⁴. Les objectifs cachés du *Cuerpo de Paz* étaient, selon Jorge Sanjinés, la stérilisation forcée de femmes quechuas, sans leur consentement, contre leur volonté, et de façon irresponsable. Le directeur du film montre ainsi, sous forme de métaphore, l'impérialisme américain et de ses fonctionnaires locaux.

Ce film a fortement et longtemps marqué les mentalités et consciences boliviennes. De nos jours encore, des articles de journaux sont consacrés à ce film. « *Yawar Mallku, le second long métrage, dans lequel Sanjinés narre l'intervention de l'impérialisme nord-américain et dénonce la stérilisation des femmes paysannes (...). Le film dénonce l'action criminelle d'un centre de maternité monté par les nord-américains du *Cuerpo de Paz* et qui avait pour objectif de stériliser chirurgiquement, et sans leur consentement, les femmes paysannes de la zone dite centre opérative* »⁵⁸⁵.

Dans ce contexte, la planification familiale revêt une terminaison morale⁵⁸⁶; elle est fondamentalement associée à des mesures de l'impérialisme américain, et au contrôle des

⁵⁸³ A partir des années 1950 et 1960, les politiques de population au niveau mondial se dirigent principalement vers les pays du tiers monde, selon l'argument qu'une grande partie du sous-développement de ces pays se doit à la croissance accélérée de leur population, reprenant ainsi les théories de Malthus, qui recommandait l'abstinence pour diminuer le nombre d'enfants, et essentiellement l'abstinence sexuelle des pauvres. Dans les années 60, s'implantent avec agressivité les programmes de planification familiale, axés sur la stérilisation. En 1974, année de la population mondiale, l'attention est portée sur la qualité plutôt que la quantité de la population. A la Conférence de Population et Développement de Bucarest, surgit la nécessité de promouvoir la planification familiale (Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994).

⁵⁸⁴ Le *Cuerpo de Paz* fut établi en 1961, pendant l'administration de J. F. Kennedy, pour promouvoir « la paix mondiale et l'amitié » à travers le service de volontaires nord-américains à l'extérieur. Il s'agissait d'une agence non traditionnelle du gouvernement des Etats-Unis, qui reflétait les idéaux et valeurs –théoriques– les plus constantes du peuple des Etats-Unis. Son objectif était d'aider les peuples des pays en développement à atteindre leurs nécessités de base et promouvoir l'entendement mutuel entre les nord-américains et les personnes d'autres cultures.

⁵⁸⁵ « *Yawar Mallku, el segundo largometraje, en el que Sanjinés narra la intervención del imperialismo norteamericano y denuncia la esterilización de mujeres campesinas (...). La película denuncia la acción criminal de un centro de maternidad montado por norteamericanos del *Cuerpo de Paz* y que tenía como objetivo esterilizar quirúrgicamente, y sin su consentimiento, a las mujeres campesinas de la zona donde dicho centro operaba* » (Javier Sanjinés C., « Transculturación y subalternidad en el Cine Boliviano », *El juguete rabioso*, La Paz, julio 25 de 2004, Año 4 – Número 109, del 25 de julio al 7 de agosto de 2004, pages 4 et 5).

⁵⁸⁶ Une terminaison morale toujours d'actualité, ce pourquoi certaines personnes rencontrées, comme Sandra Aliaga, préfère le terme de 'Regulación Voluntaria de Fecundidad' (Régulation Volontaire de la Fécondité).

naissances, à des mesures de réduction de la natalité. Une conception soutenue par les discours anti-impérialiste, pro nataliste et anti-sexualité de Domitila Barrios de Chungara, qui est alors une figure emblématique de l'époque. « *Des termes comme 'contrôle de la natalité', 'planification familiale', 'méthodes contraceptives' étaient pris de façon équivoque comme synonymes, et parler de cela supposait la sympathie, ou même l'adhésion, à la stratégie de 'domination impérialiste'. Le problème resta fermé et la question se convertit en tabou* »⁵⁸⁷. La société, y compris des professionnels de la santé ne faisait pas la différence entre planification familiale et contrôle de la natalité.

Les résultats du recensement de 1976 chiffre un million d'habitants en moins de ce qui était prévu par les projections démographiques. Face à ces résultats, considérés comme dramatiques pour un pays déjà estimé 'dépeuplé', et face à la pression des autorités religieuses, des mesures radicales sont prises. En 1977, sous la dictature de Hugo Banzer, un décret du gouvernement (Résolution Présidentielle n°184393 du 5 août 1977) ferme PROFAM, première organisation nationale de planning familiale, créée en 1974, et interdit la planification familiale dans les institutions publiques. Plus tard, en 1982, en pleine dictature du Général Guido Vildoso, une résolution du Ministère de Prévision Sociale et Santé Publique⁵⁸⁸ interdit expressément aux organisations non gouvernementales de travailler sur la planification familiale. Dans ce climat, ceux qui travaillent ou offrent des services de planification familiale sont dénoncés, voire menacés.

Le docteur Javier Torres Goitia, ex-ministre de la santé, explique que la récupération de la démocratie, en 1982, est influencée par l'esprit conservateur, si bien qu'on ne peut même pas prononcer les mots « planification familiale ». Cependant, le retour à la démocratie permet une politique de santé participative, à partir d'une participation populaire, c'est-à-dire non plus définie par le gouvernement central, mais discutée dans les comités de santé. Ces comités populaires de santé, impulsés par le Docteur Torres Goitia, regroupent les volontaires des organisations populaires de base, les juntas vecinales, les communautés indigènes... L'organisme national qui les représente est de 'Consejo Popular de Salud' (Conseil Populaire de Santé) intégré par toutes les organisations sociales, et qui fonctionne comme l'organe de consultation du Ministère de Santé. Ces Comités n'abordent pas les racines de la santé reproductive et sexuelle comme concept mais contribuent à créer une conscience nationale autour de la santé comme un droit et une responsabilité citoyenne. Selon le Docteur Torres, cette politique de santé participative n'a pas été altérée par les variations de la politique économique.

Peu à peu, le gouvernement réagit face aux avortements clandestins, et aux causes de mortalités maternelles. Il élimine, en 1982, le Décret de 1977. Des programmes se mettent en place en coordination avec l'OMS et l'OPS, tels que le programme 'Mujer, Salud y Desarrollo' (Femme, Santé et Développement), le programme 'Salud Materno Infantil' (Santé Materno Infantile), pour promouvoir la santé féminine. Mais, selon Susanna Rance, ces programmes ne correspondent pas aux nécessités sociales et ne se basent pas sur une

⁵⁸⁷ *"Terminos como 'control de la natalidad', 'Planificación Familiar', 'métodos anticonceptivos' se tomaban equivocadamente como sinónimos, y hablar de ello suponía simpatía, si no adhesión, a la estrategia de 'dominación imperialista'. El problema quedó cerrado y la cuestión se convirtió en tabú"* (Memoria institucional, CIES 1987-1997, 1997, page 19).

⁵⁸⁸ En Bolivie, le Ministère chargé de la santé s'appelle selon les gouvernements et les affaires traitées 'Ministère de Prévision Sociale et Santé Publique', 'Ministère de la Santé et des Sports' ou 'Ministère de la Santé et de la Prévision Sociale'. Afin d'éviter toute controverse, ce ministère sera appelé 'Ministère de la Santé' sauf en cas de citation d'ouvrage ou de personnes rencontrées.

estimation de la demande en services de planification familiale. Le thème de la santé reproductive, à travers la planification de la famille, reste encore tabou.

En 1983, la Consultora Boliviana de Reproducción Humana (Consultante Bolivienne de Reproduction Humaine, COBREH) conduit une enquête de Prévalence des Médicaments. En réalité, il s'agit d'une étude de prévalence de méthodes contraceptives, qui ne peut cependant être présentée comme telle. Bertha Pooley, qui a participé à l'investigation, raconte à ce propos qu'ils mènent tout d'abord, et de façon stratégique, une campagne de sensibilisation auprès des syndicats, et notamment auprès de la Centrale Obrera Boliviana, qui, à l'époque, représentent des acteurs clés, interlocuteurs directs entre l'Etat et la société. « *Dans la mesure où avançaient la consultation et le dialogue, on demanda aux personnes d'exprimer leur opinion et leurs nécessités à travers des lettres et des sollicitations. Ces documents avaient une signification spéciale, ils étaient les 'actes d'un suffrage', qui demandaient d'accomplir des décisions de libre volonté. Ils étaient principalement destinés aux syndicats. Les syndicats les reçurent et ils assumèrent les demandes* »⁵⁸⁹. A la suite de cette enquête, des accords sont signés avec diverses organisations, la Federación Sindical de Trabajadores Mineros de Bolivia (Fédération Syndicale de Travailleurs Miniers de Bolivie), la Federación de Maestros Urbanos de La Paz (Fédération de Paysans Urbains de La Paz), la Federación de Fabriles de La Paz (Fédération de *Fabriles* de La Paz), la Federación de Campesinos Sub-urbanos de La Paz (Fédération de Paysans de la Banlieue), la Federación Universitaria Local de la Universidad Mayor de San Andrés (Fédération Universitaire Locale de l'Université Mayor de San Andrés) ; et finalement avec le propre gouvernement à travers le Ministère de Prévision Sociale et Santé Publique.

En 1986, CONAPO produit un document « Consideraciones sobre Políticas de Población y de Salud en Bolivia », document qui affirme le droit des couples à avoir accès à l'éducation et aux méthodes de planification familiale pour éviter les risques obstétriques. Ce document est un pas initial pour rouvrir le dialogue public sur la population. En 1986, le gouvernement met en place des politiques d'espacement des naissances et promeut la planification familiale, comme relevant désormais de la responsabilité de l'Etat. En 1987, on voit apparaître les premiers efforts sociaux de marketing et commercialisation de contraceptifs.

Cependant, les empreintes internationales du courant malthusien sont toujours présentes, et alimentent la confusion entre l'usage de méthodes contraceptives et la limitation des naissances, et donc le tabou autour de la planification familiale. En 1988, un brouillon du rapport de la Banque mondiale appelait à limiter la fécondité non seulement pour bénéficier à la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi pour diminuer la quantité de la population, pour diminuer la pression sur les services publics, sur l'emploi. Ce document brouillon propose d'offrir des services subsidiaires de planification familiale aux pauvres.

Un des droits fondamentaux reconnus par la Constitution Politique Bolivienne est celui de la santé, entendu comme un bien d'intérêt public (Code de la Santé, Décret Loi n°15629, 18 juillet 1978, article 2). Cependant, le thème de la santé reproductive et sexuelle, comme composante de la santé en générale, est difficile à implanter et à démocratiser. Le programme

⁵⁸⁹ “*En la medida en que se fue avanzando en la consulta y el diálogo, se pidió que la gente expresara su opinión y sus necesidades a través de cartas y solicitudes. Estos documentos tenían una especial significación, eran las 'actas de un sufragio' que mandaban cumplir decisiones de libre voluntad. Estaban principalmente dirigidas a los sindicatos. Los sindicatos las recibieron y asumieron las demandadas*” (Memoria institucional, CIES 1987-1997, 1997, page 21).

de stérilisation du Cuerpo de Paz, la faible densité de la population, le pouvoir de l'Eglise catholique créent des réticences des gouvernements et au sein de la société civile, y compris des centres de promotion féminine, face à la planification familiale.

La récupération de la démocratie n'ouvre pas seulement les portes du débat sur la Planification Familiale en Bolivie, mais rend aussi propice les conditions nécessaires jusqu'au changement de la réalité sexuelle et reproductive, en réponse à une puissante mais inconnue demande d'une population anéantie par la dictature.

Dans les années 80, quelques ONG commencent, non sans risque, à travailler le thème de la santé féminine, alors associé à la santé maternelle. Les luttes des mouvements de santé et des droits des femmes sont à l'origine de la considération de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, considération selon laquelle les problèmes dérivés de la pauvreté et du sous-développement ne se résolvent pas par le biais d'éviter les naissances, mais à travers une distribution plus équitable des ressources naturelles et l'accès à la planification familiale reconnue comme un droit fondamental que doivent avoir tous les couples et individus⁵⁹⁰.

Dans l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, on ne peut donc occulter le rôle primordial des ONG mobilisées et pionnières en la matière, et l'importance du mouvement des femmes pour l'impulsion de politiques publiques et la sensibilisation de l'opinion publique. Il faut également souligner le rôle et le travail officieux de médecins et personnel de santé qui impulsent indirectement une politique en matière de santé reproductive et sexuelle, et qui permettent d'en appliquer les composantes dans certains centres médicaux. Ils dénoncent notamment la forte proportion des cas de complications d'avortement dans les services gynécologiques.

Par la continuité et la persévérance des acteurs sociaux et médicaux à démontrer l'objectif qualitatif et non quantitatif de la santé reproductive et sexuelle, de la planification familiale en particulier, celle-ci se popularise, se démocratise. Ces organisations et individus font pression sur le gouvernement bolivien pour qu'il développe une politique spécialisée en santé reproductive et sexuelle ; une pression appuyée par le contexte international qui voit, à partir de 1989, une montée de l'intérêt pour la santé reproductive, pour les hauts taux de mortalité maternelle en particulier⁵⁹¹.

En 1991, une coalition d'organisations boliviennes de planification familiale met au point une stratégie de plaidoyer centrée sur les bénéfices que la planification familiale apporte sur le plan de la santé familiale. Il s'agit, dans le cadre d'un programme plus vaste de santé reproductive, de lever en partie l'interdit qui pèse sur la planification familiale et de mettre en relief le besoin d'atteindre des buts liés à la maternité sans danger et à la santé des femmes⁵⁹².

⁵⁹⁰ Voir Hugo Torres Pinto, Franklin Garcia P., Jaime Montano G., *Consideraciones Reproductivas de la poblacion boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificacion y Ordenamiento Territorial, Direccion General de Planificacion Estrategica, Unidad de Politicas de Poblacion, La Paz, 1997 (Segundo Edicion).

⁵⁹¹ En 1987, à la Conférence Internationale sur la Maternité sans Risque à Nairobi est lancée « l'initiative pour une Maternité sans Risque » appuyée par l'OMS pour diminuer les morts maternelles de 50% jusqu'en l'an 2000.

⁵⁹² Les organisateurs de la campagne bolivienne obtiennent l'aval du Président Sanchez de Lozada et du Vice Président Victor Hugo de Cardenas, et de leurs épouses, qui mettent en relief tous les avantages que la planification familiale apporte aux mères et à leurs enfants (An ICPD (+5) issue, « Un plaidoyer efficace : exemples du monde entier », Population Info Program, Centre for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health).

Une nouvelle logique apparaît alors : la survivance infantile est désormais considérée comme étant liée aux soins maternels. D'autre part, la mortalité maternelle est désormais appréhendée non plus comme un fait biologique sinon comme un problème social, qui ne dépend pas seulement de l'accessibilité aux services, de la qualité, et de la compétence technique, mais aussi des inégalités, produits des inéquités profondes de la société.

La première stratégie du gouvernement est de tout reléguer aux ONG en matière de santé reproductive. Mais à partir de 1985, la politique de santé s'officialise peu à peu, avec notamment l'introduction de la planification familiale. En 1989, la santé reproductive et la possibilité de planification familiale deviennent explicites et se caractérisent par l'impulsion de mesures et politiques gouvernementales spécialisées. En novembre 1989, un décret du gouvernement (Décret n°22345) établit que la santé des enfants et des femmes sont priorité nationale. La même année, le gouvernement de Jaime Paz Zamora met en place un Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna (Plan National de Survie, Développement Infantile et Santé Maternelle), qui comporte un chapitre explicite sur la santé reproductive. L'objectif de ce plan est de réduire le taux de mortalité maternelle, d'éviter les grossesses non désirées et de garantir les intervalles adéquats entre les grossesses à travers la planification familiale.

Le 15 janvier 1990, le Secrétariat National de Santé, les organismes internationaux et les ONG s'accordent pour réaliser une Stratégie Nationale de Santé Reproductive, stratégie traduite en Programme de Santé Reproductive avec une approche non plus de population mais de santé. Le thème devient dès lors politique, sans pour autant se référer aux droits reproductifs et sexuels.

Les années 90 ou l'Age d'or de la santé reproductive et sexuelle

Les années 90 représentent la période culminante, 'l'âge d'or' de l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, des années marquées par une impulsion du thème, d'importantes avancées qualitatives et l'introduction de la santé reproductive, puis sexuelle, dans l'agenda social et politique.

Le représentant de Bolivie, lors de la présentation du rapport initial, en 1991, déclare au CEDEF que des « *stratégies seront appliquées par l'intermédiaire de plans nationaux incorporant les éléments suivants : éducation par l'intermédiaire de moyen de communication massive, planification familiale mettant l'accent sur le risque reproductif et l'accès universel aux méthodes de contrôle de la fécondité, amélioration des soins prénataux, à la naissance et postnataux ; participation communautaire ; participation des organisations scientifiques ; recherche ; contrôle épidémiologique des décès maternels ; et évaluation du processus* »⁵⁹³.

⁵⁹³ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, page 36.

Les premières politiques publiques et nationales spécialisées pour réduire la mortalité maternelle

En 1990, se réaffirme la priorité nationale aux actions de protection et d'attention à la santé de l'enfant et de la femme. De nombreux programmes sont développés par l'UNICEF, le FNUAP et autres organisations internationales. USAID procède à l'élaboration d'un projet de santé reproductive, un projet qui fait l'objet du premier accord de coopération bilatérale en matière de population entre les Etats-Unis et la Bolivie. En 1990, le gouvernement bolivien implante donc son premier programme de santé reproductive avec l'appui de USAID, dont l'objectif est de satisfaire la demande et de réduire les taux de mortalités maternelle et infantile (taux les plus hauts de la région, après Haïti). Une des principales préoccupations qui a motivé l'adoption de ce programme est l'augmentation des avortements jugés septiques.

Les initiatives de docteurs de l'Hôpital Obrero, du Docteur Mendoza notamment, sont à l'origine de ce premier programme. Ces docteurs remarquent que dans les services gynécologiques, les lits étaient occupés à plus de 50% par des patientes hospitalisées pour complications d'avortement. Ils décident alors de présenter un programme à USAID, qui accepte d'élaborer et de financer le projet. Et c'est ainsi que sont introduits, au sein des services hospitaliers, les services de planification familiale pour les 'couples établis'.

Dans le cadre de ce programme et de la Stratégie Nationale de Santé Reproductive, est créé un Comité National de Santé Reproductive, regroupé par USAID. Ce comité qui rassemble le secteur public, avec notamment le Ministère de la Santé, les ONG, les agences de coopération, et des personnes indépendantes est une instance de coordination du thème de la santé reproductive (puis sexuelle). Celle-ci est divisée en sous comités techniques chargés de la formation et la capacitation, de l'IEC (Information, Education et Communication), des services et de la recherche. Ce comité deviendra plus tard le 'Foro de Salud Reproductiva et Sexual' (Forum de Santé Reproductive et Sexuelle), qui ne sera plus entièrement régi par USAID (voir ci-dessous).

A travers ces différentes mesures, on note des avancées progressives, du moins dans le discours et la norme. En 1993, des élections présidentielles conduisent à un changement de gouvernement, corollaire de changement des autorités, des mesures et des structures institutionnelles dans le secteur de la santé. Cependant, le gouvernement de Gonzalo Sanchez de Lozada suit le même chemin que le gouvernement précédent en matière de santé, et le Programme de Santé Reproductive représente un instrument de continuité entre ces deux gouvernements.

Depuis avril 1994, la politique nationale de santé rend explicitement prioritaire la santé de la femme. Toujours en réponse à la situation de mortalité maternelle, l'Etat bolivien renforce ses politiques publiques en santé, par le biais d'adoption de plans, l'élaboration de réformes, l'introduction de 'seguros', qui incorporent la nécessité immédiate d'améliorer la santé reproductive (puis sexuelle) des femmes et des hommes à partir d'une demande informée qui rend effectif l'exercice de leurs droits et d'une offre avec qualité humaine.

En 1994, en collaboration avec les ONG et les instances étatiques, est adopté le Plan Vida, aussi appelé le 'Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño' 1994-1997 (Plan de Réduction Accélérée de Mortalité Maternelle, Périnatale et de l'Enfant), dont le propos est de diminuer entre 1994 et 1997 la mortalité maternelle de 50%, et

la mortalité périnatale de 30%, à travers le contrôle prénatal, l'accouchement hospitalier, l'espacement des grossesses et l'utilisation de moyens contraceptifs. Ce plan définit la politique en matière de santé reproductive. Il est mis en application par la Conférence Andine de Maternité sans Risque, qui s'est tenue à Santa Cruz, en 1993. « *Le Plan Vie propose diverses stratégies, l'une d'entre elles est l'établissement d'un programme de planification familiale volontaire avec un accès universel pour l'homme et la femme qui puissent librement choisir la taille de leur famille et réduire le niveau de grossesses non désirées* »⁵⁹⁴.

Cette politique est opérative à travers le Programme d'Attention Intégrale de la Santé de la Femme, qui comprend l'extension des services relatifs à la grossesse, l'accouchement et les soins prénataux, la formation sur les droits reproductifs et sexuels la prévention du cancer du col de l'utérus, les soins des complications obstétriques et prénatales, et le contrôle des infections de transmission sexuelle. Le Plan Vida a eu un impact positif. Entre 1994 et 1997, les conditions des femmes en matière de santé se sont améliorées.

A partir de 1994, par la Loi de Participation Populaire, les 'municipios' sont responsables d'organiser, d'administrer et de diriger les aspects physiques et financiers des activités du développement humain, y compris le Plan Vida⁵⁹⁵.

Parmi les objectifs de la Réforme Educative, approuvée par la Loi n°1565 du 7 juillet 1994, se trouvent la sensibilisation et l'éducation au soin et au bien être, à l'acquisition d'habitudes hygiéniques, à la planification familiale, au maniement responsable et affectif de la sexualité, à la relation entre la sexualité et l'affectivité, et à la préservation de la santé.

Démocratisation et Mobilisation

Au-delà de la mise en place de politiques en matière de santé reproductive, le thème se démocratise et suscite l'intérêt et une mobilisation croissante au sein de la société civile. Des séminaires, des ateliers sont organisés autour de débats publics sur la planification familiale, et essentiellement sur l'avortement et ses conséquences. Les ONG et groupes de femmes se réapproprient la revendication de la santé reproductive comme un droit, et organisent des campagnes, des recherches de sensibilisation et de pression pour une plus forte et plus effective considération de la santé de la femme. Une des initiatives de la société civile organisée, à ce moment, est de former des groupes sur des thèmes spécialisés, tels que le Groupe de Travail sur la Grossesse Non Désirée et l'Avortement ('Grupo de Trabajo sobre Embarazo No Deseado y Aborto') en Bolivie, groupe créé en mai 1994, qui existe toujours aujourd'hui.

⁵⁹⁴ "El Plan Vida propone varias estrategias, una de las cuales es el establecimiento de un programa de Planificación Familiar voluntario con acceso universal para hombre y mujer que puedan libremente escoger el tamaño de su familia y reducir el nivel de embarazos no deseados" (Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté, page 24).

⁵⁹⁵ La loi de Participation Populaire transfère aux municipios les ressources financières de façon participative avec la population usagère pour les plans de développement économique et social dont la santé (Comité de Vigilance). Cette loi maintient le financement des ressources humaines et des Programmes Nationaux. Plus tard, elle transférera l'administration des ces ressources humaines aux préfectures de chaque département, en retirant le financement central.

Le début des années 90 représente également une période fondamentale au niveau de la communication. De nombreuses vidéos informatives et éducatives sur la santé reproductive et sexuelle, l'avortement, l'allaitement ou les méthodes contraceptives ("*la salud reproductiva esta en tus manos... muy cerca de ti*", "*es tu derecho de planificar tu familia, cuando tu decides*"...), commencent à être diffusées dans les institutions publiques et notamment à la télévision. Ces reportages et documentaires sont pour la plupart créés et diffusés par le Ministère de la Santé ou le Secretaría Nacional de Salud, et par des ONG boliviennes⁵⁹⁶.

Aujourd'hui encore, de nombreux moyens de communication abordent différents thèmes de la santé reproductive et sexuelle. Les articles de El Diario, par exemple, se consacrent aux cancers féminins, à l'avortement, à la mortalité maternelle, aux viols, aux 'seguros'. Dans La Razón du 9 novembre 2003, figurait un article intitulé "Qué información dar a los niños sobre la sexualidad" (« Quelle information donner aux enfants sur la sexualité »).

Caire et Beijing

Dans l'histoire bolivienne de la santé reproductive et sexuelle, l'influence du contexte international est indéniable. Le plus grand succès reste la Conférence de Population et Développement du Caire, en 1994, et la Quatrième Conférence Mondiale de la Femme, à Beijing, en 1995, où, pour la première fois, les Etats parlent de reproduction et de sexualité, et reconnaissent ces thèmes comme une responsabilité sociale, politique et de développement.

Le Programme d'Action du Caire est le résultat d'un changement historique de transition de la planification familiale à une approche plus ample de population et développement, basée sur les droits humains, la qualité de vie et l'égalité de genre. Ces principes sont réaffirmés lors de la Conférence de Beijing, où les gouvernements reconnaissent 'l'empowerment' des femmes et les droits reproductifs et sexuels.

Le travail politique et social antécédent offre à la Bolivie une très bonne représentation à ces conférences, avec des propositions progressistes. « *La Bolivie a été très claire dans sa position au Caire, Beijing, Copenhague face aux thèmes de la santé reproductive et sexuelle, notre pays a fait une contribution énorme en reconnaissant que la santé reproductive et sexuelle est un point clé des politiques publiques* »⁵⁹⁷. Le gouvernement bolivien, alors présidé par Gonzalo Sanchez de Lozada, y présente la planification familiale comme un droit humain fondamental des personnes, et surtout des femmes, celui de décider de leur corps et de leur fécondité, et reconnaît l'avortement comme un problème de santé publique, qui ne doit cependant en aucun cas être considéré comme une méthode de planification familiale. Le gouvernement bolivien est conscient que ce problème doit faire face aux causes socioéconomiques qui le provoquent en aidant les couples et en particulier les femmes à éviter ce recours avec l'accès à l'information, l'assistance et les services de planification familiale. Les femmes qui auraient eu recours à l'avortement, doivent être traitées de façon humaine et on doit leur proposer toute l'orientation dont elles ont besoin pour ne pas recourir à cette

⁵⁹⁶ Plus tard, en 1996, au festival annuel du Film et de la Vidéo Educatif aux Etats-Unis, un de ces films, « Hablemos en Pareja » produit par le Centre Cine Video, reçoit le Prix Silver Apple pour la Bolivie.

⁵⁹⁷ FNUAP-Bolivia, *Promoviendo sueños, construyendo realidades*, 2002, pages 11 et 12.

procédure (Déclaration du gouvernement de Bolivie à la 4^{ème} Conférence Mondiale de la Femme, Beijing 1995).

La conférence du Caire, et plus tard celle de Beijing, marquent un pas crucial pour la santé reproductive et sexuelle en Bolivie. Elles servent de véhicules puissants pour élever la conscience et orienter les efforts nationaux du gouvernement et de la société civile, et contribuent à former la défense parmi les organisations de femmes. Il s'agit d'un moment clé et propice pour appliquer une politique effective de santé reproductive et sexuelle et promouvoir les droits reproductifs et sexuels. Ce contexte constitue jusqu'à aujourd'hui la base des programmes en santé reproductive et sexuelle du pays.

Post Caire

Un des principaux résultats de ces conférences est l'introduction de la notion 'sexuelle' dans les textes boliviens et l'énoncé d'une attention plus intégrale de la santé reproductive et sexuelle, qui prend en compte les contextes sociaux, culturels et économiques des utilisatrices des services de santé. Une nouvelle Stratégie en santé reproductive et sexuelle est alors impulsée.

Après la Conférence du Caire, le Programme de Santé Reproductive, devenu Programme de Santé Sexuelle et Reproductive, couvre la prévention du cancer féminin et des maladies sexuellement transmissibles, la maternité, et se charge des améliorations et du suivi du Programme d'Action. Ces mesures suivent trois piliers clés (en réalité regroupés sous un programme) : Information-Education-Communication.

Selon Jaime Quinteros, le changement le plus important à partir de 1996 est l'approche transectorielle et multidisciplinaire du Programme de Santé Sexuelle et Reproductive qui implique la santé, l'éducation, le genre et le générationnel.

Des résolutions sont prises, de nouvelles normes sont adoptées : la Résolution Ministérielle n°457 du 8 juin 1995, qui interdit le refus ou l'expulsion des étudiantes enceintes quelque soit leur statut civil, et qui veulent continuer leurs études (la pratique persiste cependant) ; la Résolution Ministérielle n°0660 pour la Prévention et Vigilance du VIH / SIDA en décembre 1996 ; la publication de la Norme Bolivienne de Atención de la Mujer y el Recien Nacido (1996).

Le 10 mai 1996, Oscar Sandoval Morón, alors Secrétaire National de Santé fait une déclaration qui rappelle la responsabilité d'1/3 des 1000 morts maternelles par an des complications des avortements mal pratiqués. Les mois suivants, la santé sexuelle et reproductive et l'avortement occupent des espaces importants dans les moyens de communication donnant suivi au débat entre l'Eglise, le gouvernement, les organisations de base de femmes, les institutions diverses et les représentants de la société civile.

En octobre 1996, à Santa Cruz, est organisée la Première Conférence Panaméricaine des Médecins Parlementaires, qui reconnaît l'avortement comme un problème de santé publique et le droit de recevoir un traitement humanisé pour les femmes avec complications d'avortement.

Dans le cadre du Plan Vida, grâce aux expériences récupérées de la participation populaire en santé, naît également en 1996 le 'Seguro' National de la Maternité et de l'Enfance, que nous verrons plus tard.

Création de Comités

Les Conférences du Caire et de Beijing ont également impulsé la création d'instances spécialisées, de comités techniques spécifiques relatifs aux thèmes de la santé reproductive et sexuelle. Dans le cadre du Plan Vida, en réponse aux recommandations de la Conférence Andine sur la Maternité Sans Risque, est mis en place, en 1996, le Comité Técnico Nacional para una Maternidad Segura (Comité Technique pour une Maternité Sûre, DS 24227 du 8 février 1996). Ce comité, dépendant du Bureau de la Première Dame, regroupe les Ministères de la Santé, du Développement Durable, de l'Education, des ONG, des agences de coopération et la société civile, et, à partir de 1997, le VAGGF. Il s'agit d'un mécanisme de coordination entre les institutions gouvernementales, non gouvernementales, les organisations de femmes, et les organisations de coopération internationale.

Plus tard, en 1998, sont formés le Comité Técnico Nacional de la Adolescencia y Juventud (Comité Technique National de l'Adolescence et la Jeunesse), le Comité de Calidad de Atención de Salud Reproductiva y Sexual (Comité de Qualité d'Attention de Santé Reproductive et Sexuelle), le Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva (Forum National pour la Santé Sexuelle et Reproductive).

Dans le cadre des engagements du Caire et de Beijing, est approuvé le Programme de Santé Sexuelle et Reproductive 1999-2002, et est créé en 1999, à partir du Comité Nacional de Coordinación de la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva (Comité National de Coordination de la Stratégie Nationale de Santé Reproductive), le Forum National pour la Santé Sexuelle et Reproductive. Ce Forum National est une alliance stratégique des principaux acteurs sociaux et institutionnels du secteur public, privé et non gouvernemental dont le but est de donner une certaine continuité, impulser et appuyer les efforts destinés à améliorer la santé sexuelle et reproductive et l'exercice des droits reproductifs et sexuels des adolescents, femmes et hommes, sous l'approche transectorielle et décentralisée. Il s'agit d'une instance de débats entre la société civile et l'Etat pour suivre les politiques nationales dans le cadre des accords internationaux obtenus à Caire et Beijing.

Aujourd'hui, et depuis 1999, le forum n'existe plus. Certaines personnes rencontrées expliquent cette disparition par le manque de succès ; d'autres par un manque d'intérêt des gouvernements (autres priorités).

Par la pression d'acteurs sociaux, de médecins, de la communauté internationale, à travers ses organismes, le tabou de la santé reproductive et sexuelle est cassée ; le thème entre dans le débat public jusqu'aux actions concrètes sur le terrain. Les Conférences du Caire et de Beijing renforcent les initiatives de l'Etat et de la société civile. A partir de ce moment, différents

instruments gouvernementaux régissent l'orientation politique en matière de santé reproductive et sexuelle.

Si dans les années 70, la Bolivie constituait le pays le plus en recul sur le continent, s'il s'agit du dernier pays de la région à introduire le thème, elle apparaît à partir des années 90 comme l'un des pays les plus en avance dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle, pour ce qui relève, tout du moins, du discours et de la norme.

La politique de santé reproductive et sexuelle aujourd'hui

La loi de Participation Populaire et la Loi de Décentralisation Administrative ont généré d'autres mesures et notamment une réforme exogène dans le secteur de la santé.

L'organisation du système de santé

Le Système National de Santé (DS 2423 du 8 février 1996) en Bolivie est une association d'entités publiques et privées régies par le Secrétariat National de Santé (SNS) qui réalise des activités liées à la santé de la population. Il comporte trois sous-secteurs : le sous-secteur public, le sous-secteur de la sécurité sociale, et le sous-secteur privé (les ONG, l'Eglise, les cliniques privées, les services de sécurité sociale privés). Le Ministère de la Santé est à la tête du secteur public. Il est responsable des normes et de l'implantation des politiques sectorielles. Il assume progressivement un rôle de recteur, déléguant ses fonctions assistantielles. Le Ministère est également l'instance chargée de promouvoir la qualité d'attention en santé intégrale, reproductive et sexuelle en particulier, en promouvant des approches de genre, génération et l'accès à la santé dans des groupes sociaux vulnérables. Il a mené notamment l'implantation du Programme National de Santé Reproductive et Sexuelle (1999-2002). Les Caisses de Santé prêtent des services en santé aux femmes affiliées selon les mêmes normes établies par le SNS. La Caisse Nationale de Santé est le principal prestataire de ce sous-secteur (Institut Bolivien de Sécurité Sociale, IBSS). De nombreux services de santé sont administrés par l'Eglise et les ONG, en vertu de contrats avec l'Etat.

Le système est organisé selon un réseau de services en trois niveaux. Les centres et postes de santé représentent le premier niveau. Ces centres comportent des lits pour les accouchements normaux et urgents, et incluent la médecine traditionnelle. Selon le Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) en 2000, ce réseau primaire représente 91% de l'ensemble du système, avec 2507 établissements. Le deuxième niveau regroupe les 'policonsultorios' et les hôpitaux de districts, qui proposent une hospitalisation basique et des consultations spécialisées. Ils représentent 6% du système avec 160 institutions (SNIS, 2000). Enfin, les hôpitaux généraux et spécialisés appartiennent au réseau tertiaire, où le suivi des consultations

et des hospitalisations est hautement spécialisé. Ce réseau représente 3% de l'ensemble du système, avec 81 hôpitaux⁵⁹⁸.

En 1997, le SNIS enregistre 2470 établissements, soit 1 établissement pour 3219 habitants⁵⁹⁹. Le Ministère de la Santé comptait 1817 établissements de santé ; les ONG, 346 ; les Cajas de Salud, 240 ; et les organismes privés ; 67. 73% de ces établissements se trouvaient en aire rurale, desquels la majorité était des centres de santé dépendant du sous-secteur public. En 1995, le coût total du secteur de la santé en Bolivie était de 4,7% du PIB.

La décentralisation du système de santé

En 1995, à travers la Loi de Décentralisation Administrative (n°1654, du 28 juin 1995), le modèle du système de santé est décentralisé, divisé entre le SNS, les préfectures départementales, les gouvernements municipaux, les organisations de la société civile, dont les conseils de voisinage, les communautés paysannes et indigènes. Cette loi délègue aux préfectures les responsabilités de l'administration, de supervision, de contrôle des ressources humaines et des fonds.

Dans le cadre de cette loi, et en vue de mieux répondre à la demande et attention, de développer un certain 'empowerment' communautaire relatif à la santé notamment, le Ministère de la Santé adopte des mesures de décentralisation, telles que les Servicios Departamentales de Salud (Services Départementaux de Santé, SEDES), les Directorios Locales de Salud (Direction Locale de Santé, DILOS), la Brigada de Salud (Brigade de Santé, BRISA), une équipe pluridisciplinaire mobile...

Le Service Départemental de Santé (SEDES) est l'organisme normatif qui agit dans chaque département en représentation du Ministère de la Santé. La mission du SEDES est d'articuler le secteur de la santé avec les autres secteurs, et de répondre aux grandes nécessités du Département dans son ensemble. Le SEDES doit également veiller à la qualité de l'attention des services de santé. Le SEDES est régi par le Décret Suprême 25233 (27 novembre 1998). Selon l'article 3 de ce décret, le SEDES a pour mission fondamentale, entre autres, d'exercer l'autorité de santé dans le domaine départemental, d'établir, contrôler et évaluer de façon permanente la situation de santé dans le département, de promouvoir la demande de santé et planifier, coordonner, contrôler et évaluer l'offre, de veiller à la qualité des services de santé sous la responsabilité des prestataires publics et privés, promouvoir la participation du secteur public et de la société, dans la formulation et l'exécution des plans, programmes et projets de santé, de coordonner avec les instances responsables la réalisation d'actions de promotion de la santé et la prévention de maladies.

Les Directorios Departamentales de Salud (DIDES) dépendent administrativement des préfectures de département. Ils sont composés d'Unités Locales de Gestion Sectorielle

⁵⁹⁸ D'après un document récent, non publié, les Institutions Nationales constituent un quatrième niveau (Informa País : Bolivia. Organismo Andino de la Salud. Convenio Hipolito Unanue. Estudios de Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de salud en Subregión Andina, 2004).

⁵⁹⁹ Selon une autre source d'information de PAHO, en 1996, le système de santé comportait 2279 établissements de santé, ce qui représente 11939 lits et 3291 habitants par établissement, soit 1,6 lits pour 1000 habitants ; 80% des spécialistes appartiennent aux zones urbaines et au troisième niveau.

(Unidades Locales de Gestión Sectorial), dans lesquelles s'inscrivent les Directorios Locales de Salud (DILOS), composés de représentants des gouvernements municipaux et de comités de vigilance des Organisations Territoriales de Base (OTB).

Le DILOS est intégré par une représentation tripartite, c'est-à-dire par trois représentants de même hiérarchie : le maire, ou son représentant, qui préside le Directorio, le représentant du SEDES correspondant, et le représentant de la communauté. Dans chaque DILOS, doit être construit un réseau d'établissements de santé, formé par tous les postes, centres médicaux, hôpitaux de deuxième et troisième niveau qui existent dans chaque commune ('municipio').

Le Programme National de 'Extensión de Cobertura' en Salud (Extension de Couverture en Santé, EXTENSA) est une stratégie fondamentale que le Ministère a établie pour diminuer l'exclusion en santé de nombreux groupes de population des communautés rurales et urbaines marginales, en augmentant la couverture en santé. Il focalise ses actions dans des communes et communautés sélectionnées selon leur niveau de pauvreté, d'accès, de dispersion de la population, et leur composition majoritairement indigène et paysanne.

« Le Ministère de la santé et de la Prévision Sociale est l'organe recteur normatif de la gestion de santé au niveau national, dont la responsabilité est de formuler une stratégie, des plans et programmes nationaux, ainsi que de dicter les normes qui régissent le Système National de Santé, gérer le financement externe pour les programmes nationaux, diriger le Système National d'Information de la Santé (SNIS), appuyer, surveiller, contrôler et évaluer la gestion préfectorale de santé, établir des régimes spéciaux qui améliorent la gestion, stimulent le rendement des ressources humaines et approfondissent la décentralisation et participation communautaire du secteur privé »⁶⁰⁰.

La loi de Décentralisation établit ainsi quatre domaines de gestion : national (Ministère de Santé), départemental (SEDES), municipal (DILOS) et local (établissements de santé et brigades mobiles). Cette loi, renforcée par la Loi de Participation Populaire, offre un système de santé financé par des fonds publics, décentralisé, participatif. Les dialogues communautaires sont les premières activités éducatives réalisées avec une méthode participative dans la continuité de cet effort, pour montrer que les personnes d'une communauté (en étant sensibilisées et correctement informées) se convertissent en importants acteurs des processus de changement, jusqu'à l'amélioration de l'accès aux services de santé, de santé reproductive et sexuelle en particulier. Il s'agit aujourd'hui de travailler *avec* les plus nécessiteux, et non plus *pour* les nécessiteux. Cependant, selon le Docteur Javier Torres Goitia, cette politique de santé participative est en train de s'affaiblir.

En 1998, le Ministère de la Santé introduit un nouveau modèle sanitaire où le système bolivien de santé est caractérisé comme un système d'accès universel basé sur l'action primaire avec l'introduction et le respect interculturel et de genre (Décret n°25 233 de novembre 1998).

⁶⁰⁰ "El Ministerio de Salud y Previsión Social es el órgano rector- normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular estrategia, políticas, planes y programas nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud, gestionar financiamiento externo para programas nacionales, dirigir el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), apoyar, supervisar, controlar y evaluar la gestión prefectoral de salud, establecer regímenes especiales que mejoren la gestión, incentiven el rendimiento del recurso humano y profundicen la descentralización y participación comunitaria y del sector privado" (article 5e du DS 25233, du 27 novembre 1998).

Les politiques spécialisées

Sous Hugo Banzer Suarez, le gouvernement adopte de nouvelles politiques, avec de nouvelles lignes et stratégies de santé en Bolivie. En 1997, est établi le Décret Suprême qui protège l'Égalité des Chances entre les hommes et les femmes (DS 24864), qui préconise notamment, en matière de santé, le développement « *de services de santé préventive intégrale pour les femmes, en garantissant la qualité d'attention et l'accès équitatif dans toutes les phases de leur cycle vital, en respectant leur identité ethnique et culturelle, comme leurs droits sexuels et reproductifs* »⁶⁰¹.

Cette même année, est également adopté le Plan de Desarrollo Economico y Social 1997-2002 (Plan de Développement Économique et Social, PGDES), fondé sur quatre piliers : l'opportunité, l'équité, l'institutionnalité ('institucionalidad'), et la dignité. Ce plan tend à incorporer les politiques instrumentales de formation et de santé intégrale dont les instruments sont : l'alimentation et la nutrition de base, la promotion de la santé et la médecine préventive, l'attention primaire en santé universelle, la santé reproductive et sexuelle. Il réaffirme la décision de la femme sur sa sexualité et la libre détermination en reproduction.

Sur cette base, s'établit le Plan Estrategico de Salud 1997-2002 (Plan Stratégique de Santé), qui remplace le Plan Vida, et dont les éléments transversaux sont la médecine familiale, l'interculturalité et le genre. Ce plan, suivi par le Plan National d'Équité de Genre, fait de la santé reproductive et sexuelle une priorité pour le secteur santé, avec une perspective de genre.

Le gouvernement rappelle l'importance des actions en santé reproductive et sexuelle, éléments fondamentaux pour la baisse de la mortalité maternelle. En 1998, le Ministère de la Santé et CONAPO développent et approfondissent la politique en matière de population, et rendent prioritaires, à travers le Plan Estrategico de Salud, divers programmes relatifs à la santé reproductive et sexuelle. Il met en place le Seguro Basico de Salud (DS 25265 du 31 décembre 1998), dont les prestations en matière de santé reproductive et sexuelle comprennent le contrôle prénatal, l'attention à l'accouchement et au nouveau né, le contrôle post partum, la prévention et les complications de grossesse, le transport d'urgences obstétriques, l'information, l'éducation et la communication sur l'accouchement institutionnel, les conseils ('consejería') et les services de planification familiale (voir ci-dessous). En 2001, une Résolution Ministérielle (RM 0496) normalise l'application de 18 pratiques et technologies appropriées en santé maternelle et néonatale (une mesure cependant difficile à appliquer).

Aujourd'hui, les principaux programmes spécialisés en santé reproductive et sexuelle sont le Programme de Atención Integral a la Mujer (Programme d'attention Intégrale à la Femme), dont les composantes sont l'attention prénatale, la planification familiale, la prévention et le traitement des cancers féminins et des maladies sexuellement transmissibles, un programme qui consiste en l'adéquation permanente des interventions avec les nécessités des femmes, et la réalité diverse de la population ; le Programme de Atención Integral al Escolar y Adolescente (Programme d'Attention Intégrale à l'Écolier et l'Adolescent) ; le Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los (las) Adolescentes 1998-2002 (Programme

⁶⁰¹ "servicios de salud preventiva integral para las mujeres, garantizado calidad de atención y acceso equitativo en todas las fases de su ciclo vital, respetando su identidad étnica y cultural, así como sus derechos sexuales y reproductivos".

National d'Attention Intégrale à la Santé des Adolescents), approuvé par Résolution Ministérielle n°0170, le 26 avril 1999 ; et les successifs Programmes de Santé Sexuelle et Reproductive.

Les Programmes de Santé Reproductive et Sexuelle

Depuis de nombreuses années, afin de répondre à la demande et diminuer les taux de mortalité materno-infantile, les gouvernements mettent successivement en place des programmes de santé reproductive et sexuelle.

Le Programme National de Santé Reproductive et Sexuelle est un mode d'emploi politique et une orientation programmatique pour la santé reproductive et sexuelle et les droits reproductifs et sexuels des adolescents, des femmes et des hommes adultes du pays.

Le Programme National de Santé Reproductive et Sexuelle de 1999 (Résolution Ministérielle n°0134 du 31 mars 1999) est en vigueur jusqu'en 2002, et financé par USAID. Ce Programme est un des programmes prioritaires du Plan Estrategico de Salud, sous la responsabilité du Ministère de Santé (1999-2002). Il reconnaît comme sexuel et reproductif les interventions du suivi pré et post-natal, l'accouchement, la prévention de MST dont le VIH/SIDA, l'application du 'toxicoïde tetanico', la contraception, la détection du cancer féminin, l'allaitement maternel, l'éducation sexuelle, la nutrition et la prévention d'anémies nutritionnelles. Il s'agit d'améliorer l'accès aux soins en santé reproductive et sexuelle, en réaffirmant le pouvoir des femmes dans leur décision sur leur sexualité, et la libre détermination de leur reproduction. Ce programme a, entre autre, la mission d'exécuter les actions destinées à réduire jusqu'à 35% le taux de mortalité maternelle.

Lors de l'accord entre le gouvernement et USAID pour la réalisation de ce Programme National, la Caisse Nationale de Santé s'engage à financer le programme après l'échéance de USAID, en 2002. Or, lorsque la CNS prend la relève, elle traverse une situation de crise, de déficit, et elle ne subvient pas aux nécessités financières du programme. Au niveau des services hospitaliers, le programme est implanté mais il n'était pas actif, par manque de ressources.

En 2003, un nouveau programme est rédigé et proposé. Les composantes de ce programme sont l'attention de la femme enceinte et du nouveau-né, des maladies prévalentes de la femme, la contraception, la santé reproductive et sexuelle des adolescents et des personnes âgées, et la mobilisation communautaire. Cependant, ce programme n'est pas mis en place à cause des événements d'octobre et du changement de gouvernement. Chaque gouvernement décide, rédige et adopte des plans, programmes, sans nécessaire continuité avec les précédents.

En octobre 2003, une nouvelle proposition de Programme de Santé Reproductive et Sexuelle est présentée. Celui-ci se veut plus complet que le précédent. Avant son officialisation, il est soumis aux différentes ONG et organismes chargés de la santé reproductive et sexuelle. Lors des entretiens, certains ont expliqué qu'ils attendaient quelque chose de plus formel ; d'autres estimaient qu'il s'agissait d'un programme qui contentait tout le monde, qui réunissait tous les

discours, tous les courants, qui s'avéraient parfois incompatibles. De plus, selon les personnes entrevues, le programme ne présentait aucune priorité, planification ou budgétisation.

En décembre 2003, le Ministère de la Santé approuve le Programme (2004-2008), dont les défis visent la continuité et l'institutionnalisation des processus à répondre aux nécessités de la population en matière de santé reproductive et sexuelle, avec des stratégies spécifiques pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux services d'urgence, le traitement et la prévention ; et à long terme, implanter des stratégies de renforcement de la capacité de la communauté pour intervenir et contrôler la gestion en santé dans les localités.

Le programme reconnaît la médecine traditionnelle et le savoir des peuples indigènes par rapport à la santé. Il aborde le thème de l'avortement et des maladies sexuellement transmissibles, dont la prévention consiste à diffuser les méthodes de contraception et développer l'orientation. Il reconnaît et promeut les droits reproductifs et sexuels, ainsi que le 'Parto Humanizado' (Accouchement humanisé). Il promeut également un changement d'attitude du secteur médical. Il évoque divers thèmes, dont celui des adolescents, selon un concept d'attention intégrale. Il souligne le fait qu'il faille travailler avec et non seulement pour la population. Il cherche à prendre en compte et à promouvoir les nécessités de la population en matière de santé. Il revêt six principales composantes : l'attention de la femme enceinte et du nouveau-né, le traitement des cancers gynécologiques et des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA, la santé reproductive et sexuelle des adolescents, l'attention aux victimes de violence sexuelle et/ou de genre (Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008, Orientaciones Estratégicas, Ministerio de Salud y Deportes, 2004).

Ces programmes successifs sont appuyés et renforcés par d'autres plans sur les femmes ou le genre. Tel est le cas notamment du Plan Nacional de Equidad de Género (2001-2003) qui présente la nécessité de travailler sur l'incorporation de la perspective de genre avec le Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive, ce qui implique la prévention et l'attention intégrale pour les adolescents, les femmes, les hommes dans le cadre d'une sexualité responsable et partagée. Le DS 24864 Para la Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres vise à « développer les services de santé préventive intégrale pour les femmes, en garantissant la qualité d'attention et l'accès équitatif dans toutes les phases de leur cycle vital, en respectant leur identité ethnique et culturelle, ainsi que leurs droits sexuels et reproductifs »⁶⁰².

Les priorités actuelles du gouvernement en matière de santé reproductive et sexuelle sont : l'attention de la femme lors de sa grossesse, de son accouchement, après son accouchement, le cancer du sein et du col de l'utérus, le VIH/SIDA, la contraception, et le post-avortement. Mais aujourd'hui, l'Etat bolivien fait face à un nouveau défi, celui d'accomplir les mesures et les attentes de la Déclaration du Millenium des Nations Unies.

⁶⁰² “desarrollar servicios de salud preventiva integral para las mujeres, garantizando calidad de atención y acceso equitativo en todas las fases de su ciclo vital, respetando su identidad étnica y cultural, así como sus derechos sexuales y reproductivos” (Plan Nacional de Equidad de Genero 2001-2003, introduction).

Le nouveau défi d'aujourd'hui : les mesures du Millénum

En 2000, lors du Sommet du Millénum des Nations Unies aux Etats-Unis, l'Etat Bolivien s'est engagé à accomplir les objectifs du développement du Millénum pour 2015. Dès lors, « *les actions en matière de population promeuvent les objectifs du développement du Millénum : éradiquer l'extrême pauvreté et la faim ; atteindre l'éducation primaire universelle ; promouvoir l'équité de genre et l'amélioration de la condition féminine ; réduire la mortalité dans l'enfance ; améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies ; assurer la durabilité de l'environnement, et encourager l'association mondiale pour le développement* »⁶⁰³.

La Déclaration du Millénum des Nations Unies, signée par les chefs d'Etats et de Gouvernements, contient des objectifs de développement social, qui représentent un cadre mondial commun pour orienter les politiques nationales. En matière de santé, il définit les objectifs suivants : réduire le taux de mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015 ; réduire la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015 ; réduire de moitié jusqu'en 2015 et commencer à diminuer la propagation du VIH/SIDA ; réduire de moitié jusqu'en 2015 et commencer à réduire l'incidence de la malaria et autres maladies endémiques. Par rapport à la santé reproductive et sexuelle, quatre domaines d'engagement : l'équité de genre, la mortalité de l'enfance, la santé maternelle, le VIH/SIDA.

Depuis 2001, avec le Plan Estrategico de Salud, le Seguro Basico de Salud, le Plan Nacional de Equidad de Genero, le Plan de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer et le Programa Nacional de Erradicación de la Pobreza Relativa a la Mujer, le Programa Nacional de Atención a Niños y Niñas menores de 6 años (Programme National d'Attention aux garçons et aux filles de moins de 6 ans, PAN), ainsi que les mécanismes de suivi et d'évaluation des politiques publiques de genre de la société civile, la Bolivie tente d'accomplir son engagement et d'atteindre les objectifs fixés par la Déclaration.

« *Les objectifs fixé dans la Déclaration du Millénum constituent un outil utile pour mesurer l'avancée des pays dans la lutte contre la pauvreté, la recherche d'une vie digne (...). Selon les projections préliminaires, il est peu probable que la Bolivie accomplisse les mesures établies, bien que les conditions pour atteindre les mesures soient clairement en amélioration* »⁶⁰⁴.

⁶⁰³ « *las acciones en materia de población promueven los objetivos de desarrollo del Milenio : erradicar la extrema pobreza y el hambre ; lograr la educación primaria universal ; promover la equidad de género y el potenciamiento de las mujeres ; reducir la mortalidad en la infancia ; mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades ; asegurar la sostenibilidad del medio ambiente, y fomentar una asociacion mundial para el desarrollo* » (Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de Planificación, Declaración de principios sobre población y desarrollo sostenible, CODEPO, 2004, page 6).

⁶⁰⁴ « *Los objetivos fijados en la Declaración del Milenio constituyen una herramienta útil para medir el avance de los países en la lucha contra la pobreza, la búsqueda de una vida digna (...). De acuerdo a proyecciones preliminares, es poco probable que Bolivia cumpla con las metas establecidas, pese a que las condiciones para el logro de estas metas están claramente mejorando* » (MSPS, Informe Gestión 1997-2002, La Paz, 2002, page 56).

Les ‘seguros’ en santé reproductive et sexuelle

A travers les politiques gouvernementales en matière de santé reproductive et sexuelle, face aux préoccupations des taux élevés de mortalités maternelle et infantile, grâce aux expériences récupérées de la participation populaire, des ‘seguros públicos’ (sécurité social publique) sont mis en place par les gouvernements successifs depuis 1996.

Dans le cadre du Plan Vida, est créé par Décret Suprême (DS n°24303) en 1996, le Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), dont l’objectif est d’augmenter la couverture médicale chez les femmes en âge reproductif de bas revenus et chez les enfants de moins de 5 ans, pour baisser les taux de mortalités maternelle et infantile. Les services offerts par ce ‘seguro’ sont gratuits : les coûts sont couverts par les gouvernements municipaux et pour cela est destiné un montant équivalent à 3% des 90% des ressources de la participation populaire que reçoivent les municipios par concept de coparticipation. Avec le SNMN, l’attention de l’accouchement dans le secteur public a augmenté de 50%, et les attentions prénatales de 40%.

Ce ‘seguro’ est remplacé par le Seguro Básico de Salud (DS 25265), autre système national d’assurance gratuite. Il est créé en décembre 1998, et est en vigueur à partir de 1999. Le Seguro Básico de Salud (SBS) couvre un ensemble de services de bases offerts par le réseau d’établissements publics du Ministère de la Santé, la CNS et autres institutions en accord avec le Ministère à partir de mars 1999 jusqu’en décembre 2002. Il prête une attention gratuite en santé reproductive, essentiellement à caractère préventif, promotionnel et curatif. Les fonds couvraient les coûts de médicaments et ‘insumos’, le renouvellement de matériels, les coûts de consultations externes, l’hospitalisation, les examens auxiliaires, les diagnostics, et visites à domicile, les coût de transport et de carburants pour les attentions dans les communautés rurales sans service de santé, et ceux des patientes en cas d’urgence obstétrique.

La création du Seguro Nacional de Maternidad y Niñez qui se transforme en Seguro Básico de Salud est sans doute une des avancées la plus significative dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle⁶⁰⁵.

Le 22 novembre 2002, dans le cadre du Programme de Santé Reproductive et Sexuelle, est approuvée la Loi du Seguro Universal Materno Infantil ou SUMI (Loi 2426), un ‘seguro’ à caractère universel, gratuit et intégral. Le SUMI est une réponse du dernier gouvernement de Gonzalo Sanchez de Lozada aux hauts taux de mortalités maternelle et infantile. Il couvre les prestations générales de santé aux femmes enceintes (du début de leur grossesse jusqu’au 6^{ème} mois après l’accouchement), y compris les soins des accouchements par césarienne, et aux enfants jusqu’à leurs cinq ans. Il est financé par le Tesoro de la Nación (totalité du coût des ressources humaines) et par 10% des ressources de la participation populaire.

⁶⁰⁵ *Diagnostico Nacional Bolivia, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, CLADEM, Bolivia, 2003.*



Symbole du SUMI

Cette loi reflète la reconnaissance par l'Etat des pratiques de la médecine traditionnelle et des us et coutumes des populations indigènes, originaires et paysannes en Bolivie. En effet, « pour la première fois dans la vie républicaine, est établi que les prestations de cette sécurité sociale doivent s'adapter aux us et coutumes des peuples indigènes et originaires, en autorisant de plus que, où cela est requis et selon le libre choix des patientes, il est possible d'avoir recours à la médecine traditionnelle, qui pourra être exercée au sein de la structure des services publics de santé, et les pharmacies introduiront les herbes médicinales d'usage fréquent »⁶⁰⁶. « Une avancée significative perçue dans le règlement est de rendre explicite l'obligation des prestataires du SUMI de d'adapter aux us et coutumes, langues et langages des peuples paysans, indigènes et originaires, en respectant leur identité, la base culturelle et l'approche de genre »⁶⁰⁷.

Le SUMI suscite de nombreuses réactions de la part des acteurs sociaux et politiques. Certains estiment qu'il s'agit là d'un premier pas vers une sécurité sociale universelle ; d'autres pensent qu'il s'agit d'un retour en arrière puisque le SBS couvrirait plus de prestations et ne se limitait pas aux femmes enceintes.

Lors d'un débat sur la mortalité maternelle en Amérique latine, mené à Santa Cruz en 2003, les représentants de la coopération internationale et les autorités nationales s'accordèrent sur le fait que le SUMI présentait certaines failles, telles que le respect des coutumes qu'ont les différentes cultures du pays. Le cofinancement fut un autre problème souligné, puisque le thème de la santé doit être sous responsabilité partagé. Ils signalèrent donc que ce 'seguro'

⁶⁰⁶ "por primera vez en la vida republicana se dispone que las prestaciones de este seguro deben adecuarse a los usos y costumbres de los pueblos indígenas y originarios, autorizándose además que allí donde sea requerida y a libre elección de los pacientes se pueda recurrir a la medicina tradicional, la cual podrá ser ejercida dentro de la estructura de los servicios públicos de salud en cuyas farmacias se incluirán las hierbas medicinales de uso más frecuente" (Informa País : Bolivia. Organismo Andino de la Salud. Convenio Hipólito Unanue. Estudios de Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de salud en Subregión Andina, janvier 2004, non publié, page 59).

⁶⁰⁷ "Un avance significativo que se percibe en el reglamento es que hace explícita la obligación de los prestadores del SUMI de adecuarse a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando su identidad, base cultural y enfoque de género" (H. Cámara de Diputados, Aspectos conceptuales y normativos de los Derechos Sexuales y Reproductivos, abril de 2004).

devait être complété et intégré à d'autres programmes nationaux, et que le grand défi était de diminuer les brèches et les inéquités existantes, ainsi que d'augmenter la qualité et la couverture du service⁶⁰⁸.

En général, l'introduction du SUMI n'est pas sans provoquer une situation de crise au sein du système de santé, puisque le SBS est toujours en vigueur. Ceci crée une certaine confusion chez le personnel médical et au sein de la population. Les services ne sont pas toujours préparés pour prêter une telle attention, et l'information à ce propos est peu diffuse. La population, quant à elle, semble se contenter de la gratuité des soins. Cependant, il existe un effet pervers : certains pensent qu'il s'agit de mauvais soins puisqu'ils sont dispensés gratuitement.

Le SUMI constitue aujourd'hui une importante campagne publicitaire télévisuelle, diffusée en plusieurs langues (castillan, aymara, quechua et guarani), expliquant les soins couverts, les mécanismes et les bienfaits d'un tel 'seguro'. Lors de la campagne électorale pour les élections présidentielles, le SUMI fait partie de la campagne de Nagatani, le candidat du MNR, qui préconise et promet une extension de sa couverture dans les communautés les plus retirées.

La planification familiale dans la politique

Comme cela fut souligné précédemment, l'implantation de la planification familiale a été difficile. Peu à peu, la Bolivie ne souhaite pas seulement de meilleurs volumes quantitatifs de sa population mais également des améliorations qualitatives de son niveau vie, jusqu'à la reconnaissance du droit des couples et individus de décider du nombre et de l'espacement des naissances.

En Bolivie, la planification familiale est définie comme un droit qu'ont les personnes et les couples de décider de façon responsable et libre sur le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et quand les avoir. Elle est régulée par la Loi 1100 qui approuve la CEDAW.

La planification familiale est définitivement introduite en 1989. A cette époque, les seules possibilités offertes étaient les méthodes naturelles et le stérilet. Les personnes rencontrées expliquent à ce sujet qu'il n'y avait pas encore de pilule, que les injections demeuraient interdites et que le préservatif était alors impensable. Les services de santé reproductive, y compris de planification familiale, sont disponibles pour la première fois en 1992, comme faisant partie des services nationaux de santé publique. En 1994, se développe l'orientation sur la contraception post-avortement.

Aujourd'hui, la planification familiale appartient au Programme de Santé Reproductive et Sexuelle. Elle est reconnue par le SUMI, qui couvre la contraception chez les femmes qui viennent d'accoucher.

⁶⁰⁸ Nota de Prensa, Debate sobre Mortalidad materna en América Latina, Santa Cruz, 09 de junio de 2003.

La norme officielle des méthodes contraceptives⁶⁰⁹ regroupe la méthode ‘de Lactancia y Amenorrea’ (méthode de l’allaitement et l’aménorrhée), appelée ‘MELA’ ; les méthodes d’abstinence périodique (méthode du Calendrier ou ‘Ritmo’, méthodes des jours fixes) ; les méthodes de barrières, les préservatifs, la tablette vaginale et le stérilet (‘Dispositivo Intrauterino’ ou ‘DIU’) ; les méthodes hormonales, telles que la pilule et les injections ; la ligature des trompes et la vasectomie, soit la contraception chirurgicale volontaire (‘Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria’) approuvée récemment par Résolution Ministérielle (n°0517) en novembre 1998. La pilule du lendemain (Anticoncepción de Emergencia) est introduite dans la nouvelle norme de contraception du Ministère de 2004, et entre dans les prestations du SUMI, malgré les réticences de l’Eglise et de certaines agences de coopération telles que USAID.

Bien que les communautés ancestrales de Bolivie aient déjà utilisé une série de méthodes naturelles pour éviter et/ou interrompre la grossesse, ce n’est que récemment que le thème a été incorporé au débat public et à la norme politique, à travers la pression de médecins, d’acteurs sociaux et internationaux. La hiérarchie ecclésiastique a également rendu possible l’avancée, en discutant du thème avec les autorités nationales et en diffusant et démocratisant les méthodes de contraception naturelles. Ainsi, la planification familiale s’est convertie en activité ouverte dans un contexte de santé et de droit, mais cela ne signifie pas pour autant, qu’elle soit entièrement accessible, acceptée et utilisée par la population.

Aujourd’hui le thème de la planification familiale, des méthodes contraceptives, apparaît démocratisé. On rencontre dans les pharmacies de nombreuses brochures publicitaires et informatives sur la pilule du lendemain, sur les nouveaux préservatifs : un volant publicitaire distribué dans les pharmacies de La Paz sur la Pilule du lendemain « Postinor 2 », qui explique les mécanismes d’action, que cela n’interrompt pas une grossesse déjà initiée, et les effets collatéraux ; avec MSD/USAID et PROSALUD, le premier décembre 2004, le Jour Mondial du SIDA, distribution d’un volant « parce que je m’aime, je fais attention » (“porque me quiero, me cuido”), « Prends soin de toi !!!: utilise un préservatif » (“Cuidate !!!: usa un preservativo”), « Qu’est ce que le VIH, le SIDA, comment se transmet le VIH ?, comment se protéger des MST et du VIH/SIDA ? (en n’ayant pas de relations sexuelles, abstinence, en ayant un seul couple, mutuellement fidèle, en utilisant correctement un préservatif à chaque relation » (“como es el VIH, que es el SIDA, como se transmite el VIH ?, como protegerse de las ITS y del VIH/SIDA (no teniendo relaciones sexuales –abstinencia- ; teniendo una sola pareja estable, siendo fiel mutuamente ; usando correctamente un condón en cada relación sexual”), et distribution de préservatifs ; diffusion également d’un volant sur ‘Inspirál’ (préservatif en forme de spirale), « la nouvelle forme pour un plaisir maximum » (“la nueva forma para el Máximo Placer”), « Maintenant en Bolivie. Le préservatif n°1 aux ventes aux Etats Unis et la révolution en Europe » (“Ahora en Bolivia. El preservativo n°1 de ventas en USA y la revolución en Europa”).

⁶⁰⁹ MSPS, Unidad Nacional de Atención a las Personas, Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Norma, Reglas y Protocolos en Anticoncepción, Norma Boliviana de salud, NB-MSPS-05-2001, La Paz, Bolivia, 2001.

L'avortement dans la politique

En Amérique Latine, il existe une politique restrictive généralisée sur l'avortement. A l'exception de Cuba et Puerto Rico, sur la majorité du continent, la pratique est pénalisée. Le Honduras, la République Dominicaine, la Colombie, le Salvador interdisent l'avortement en toutes circonstances, alors que certains de ces pays en autorisaient auparavant la pratique. Il y aurait une tendance à défendre le droit et la protection à la vie. Ces législations restrictives autorisent parfois l'avortement thérapeutique, si la grossesse représente un danger pour la santé de la mère, ou si la grossesse est le produit d'un viol. Les sanctions peuvent être atténuées lorsqu'il s'agit de sauver l'honneur de la famille.

La Bolivie est pionnière dans l'établissement de normes juridiques relatives à l'avortement, puisque la pratique figurait déjà dans le Code Pénal de 1864. A l'époque des Incas, l'avortement était considéré comme un délit grave puni par la peine capitale pour la personne le provoquant et pour la femme qui avortait. Le Code Pénal de 1864 appréhendait l'avortement comme un homicide, qui connaissait une peine minimum s'il était qualifié d'« honoris causa » (cause d'honneur). Il était cependant permis en cas de viol, ou quand la femme présentait des signes de violence ou de stupidité. En 1943, l'avortement est mis au rang des délits contre l'intégrité et la communauté. Il est aujourd'hui considéré comme un délit contre la vie et l'intégrité corporelle. La Constitution Politique actuelle de l'Etat (article 193) protège la maternité, et la grossesse des femmes depuis le moment de la fécondation jusqu'à la naissance, voire l'enfance.

L'avortement est donc aujourd'hui un délit régi par le Code Pénal (articles 263 à 266), à la partie destinée aux « Délits contre la vie et l'intégrité corporelle » (Chapitre II). Il est défini comme « *quiconque qui cause la mort d'un fœtus dans l'utérus de la mère ou provoque son expulsion prématurée* » (article 263). Les sanctions sont diverses et dépendent des circonstances de la pratique, et les peines sont plus ou moins sévères selon le consentement ou non de la femme : privation de liberté pour une période allant de 2 à 6 ans si l'avortement a été effectué sans le consentement de la femme ou si la femme avait moins de 16 ans ; privation de la liberté de 1 à 3 ans si l'avortement a été effectué sans le consentement de la femme ; emprisonnement de 1 à 3 ans si la femme a donné son consentement. La tentative d'avortement entreprise par une femme n'est pas punissable. L'article 264 du Code Pénal définit l'avortement non consenti « suivi de lésion et de mort », et sanctionne l'auteur d'une peine de privation de liberté de un à sept ans, si l'avortement provoque une lésion, et d'une privation de deux à neuf ans, s'il provoque la mort. L'article 265 définit l'avortement « Honoris Causa » : si le délit fut commis pour sauver l'honneur de la femme, pour elle-même ou un tiers, avec son consentement, il est pénalisé d'une réclusion de six mois à deux ans de privation de liberté, la sanction étant aggravée si l'avortement provoque la mort.

Le Code Pénal autorise cependant l'interruption de la grossesse en cas de viol ou d'enlèvement *non suivi d'un mariage*, d'inceste, et si la poursuite de la grossesse constitue un danger pour la santé ou la vie de la mère, qui ne peut être évité par d'autres moyens. L'article 266 définit en effet « l'avortement impuni », c'est-à-dire « l'avortement sans peine » : « *quand l'avortement est la conséquence d'un délit de viol, enlèvement non suivi d'un mariage, 'esturpo' ou inceste, il ne sera appliqué aucune sanction, à condition que l'action pénale fut initiée. Il ne sera pas non plus punissable si l'avortement a été pratiqué afin d'éviter un danger pour la vie ou la santé de la mère et si ce danger ne peut être évité autrement. Dans*

les deux cas, l'avortement devrait être pratiqué par un médecin avec le consentement de la femme et l'autorisation judiciaire »⁶¹⁰. Un avortement sans peine requiert un ordre judiciaire et une autorisation légale pour qu'une personnalité spécialisée et consentante le réalise. Cependant, l'application de cet article reste très relative.

Avant, la Doctoresse Susana Asport explique qu'il existait une véritable mafia autour de la pratique de l'avortement, qui regroupait juges et avocats. Les médecins qui pratiquaient des avortements étaient vivement dénoncés et poursuivis (obligation, à cette époque, de dénoncer). Or, les médecins ainsi accusés payaient les juges, les avocats et n'allaient jamais en prison. Cette mafia n'est désormais plus d'actualité, ce qui constitue un grand progrès selon la Doctoresse Susana Asport. En effet, aujourd'hui, la législation n'oblige plus de dénoncer, ou de questionner la patiente sur l'origine de son hémorragie. Cependant, d'après le Code de la CNS (article 72), les services médicaux de la caisse qui ont connaissance d'un avortement provoqué sans prescription médicale se doivent de le dénoncer au Ministère Public.

L'avortement comme débat public et politique

A la fin des années 80, face à l'ampleur de la pratique et de ses complications, dénoncée par certains médecins, notamment ceux de l'Hôpital Obrero de la Paz, qui présentèrent entre 1977 et 1987 un pourcentage d'occupation des lits pour complication d'avortement de 50,6%, et face aux hauts taux de mortalité maternelle conséquente, le thème de l'avortement est débattu dans le monde social, politique et médical, à travers des séminaires et des conférences régionales et nationales.

A partir de 1987, USAID et le Ministère de la Santé lancent l'initiative "Lucha contra el aborto" (« lutte contre l'avortement »), une initiative qui « *eut la vertu de rendre propice un dialogue avec les autorités du secteur* »⁶¹¹. En 1989, un séminaire atelier "Lucha contra el aborto" est organisé par la Direction Nationale de Santé Materno Infantile du Ministère de la Santé et la Conférence Episcopale Bolivienne. Ce séminaire, financé par USAID, centre ses débats sur la planification familiale et les moyens de prévenir la mortalité maternelle. Pour la première fois dans l'histoire de la Bolivie, « *gouvernement et ONG s'assirent ensemble pour discuter ouvertement sur un thème encore si délicat tel que celui de la santé reproductive et spécialement celui de la planification familiale* »⁶¹². Joaquim Arce Lema, alors Ministre de la Santé du gouvernement du Docteur Paz Estenssoro, y déclare que l'avortement n'est pas seulement un problème de santé mais aussi un problème social et économique ; les actions du gouvernement ne doivent pas se limiter à traiter les femmes qui arrivent aux services avec des hémorragies. « *Nos actions en information, éducation et communication sur les méthodes contraceptives doivent atteindre toutes les femmes en âge fertile et il est nécessaire d'offrir*

⁶¹⁰ "Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada. Tampoco será punible si el aborto hubiere practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico con el consentimiento de la mujer y la autorización judicial en su caso", article 266 du Code Pénal.

⁶¹¹ "tuvo la virtud de propiciar un diálogo con las autoridades del sector (...)" (Elba Mercado, « Experiencias provechosas. Coordinación interinstitucional por Salud Reproductiva », page 30).

⁶¹² "gobierno y ONGs se sentaron juntos a discutir abiertamente un tema todavía tan delicado como el de la salud reproductiva y especialmente el de la planificación familiar" (Elba Mercado, *op. cit.*, page 31).

*des méthodes variées. Nous croyons qu'avec une éducation sexuelle adéquate, de nombreuses grossesses non désirées pourraient être évitées »*⁶¹³.

En 1991, des Journées Multidisciplinaires sur l'avortement sont coordonnées par la Société Bolivienne de Sciences Pénales et le FNUAP. Ces journées concluent sur le fait que « *les femmes recourent à l'avortement provoqué d'une grossesse indésirée par manque de services, absence d'une orientation adéquate ou d'éducation en santé reproductive »*⁶¹⁴.

A cette époque et jusqu'à aujourd'hui, de nombreux séminaires, ateliers sont organisés autour du thème de l'avortement : Séminaire Atelier sur l'avortement par le Département de Santé Materno Infantile, Faculté de Médecine de la UMSA et IPAS (1993) ; Atelier National sur la Contraception Post Partum et Post Avortement organisé par le Ministère de la Santé et l'OMS (mai 1993) ; séminaire atelier sur l'avortement (juillet 1993) ; Atelier de Capacitation en Orientation et Technologie Contraceptive, avec mention spéciale sur la situation post avortement organisé par le SNS et JHPIEGO (juin 1994) ; Ateliers Régionaux sur l'Attention à la femme avec avortement incomplet, etc.

La considération et la démocratisation du thème de l'avortement sont renforcées par le contexte international. « *La Déclaration Andine pour une Maternité sans Risque (1993) demande aux ministères de santé et leurs commissions consultantes 'qu'ils rendent propice ou développent des normes techniques hospitalières pour l'attention de l'avortement incomplet et ses complications, y compris la qualité humaine dans l'attention, ainsi que l'offre opportune de conseils et méthodes contraceptives post avortement'. Et va au-delà : elle recommande aux parlementaires andins 'qu'après une révision des législations nationales sur l'avortement, ils étudient la possibilité de le dépénaliser »*⁶¹⁵.

Au paragraphe 8.25 du Programme d'Action du Caire (1994), tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale.

En adoptant le Programme d'Action du Caire et la Plateforme d'Action de Beijing, les pays s'engagent à traiter l'avortement comme une affaire de santé publique dans les politiques et les programmes nationaux de santé et de population. De plus, selon les dispositions au paragraphe 8.25 du Programme d'Action de la Conférence Internationale du Caire, il convient de considérer la possibilité de réviser les lois qui prévoient des mesures punitives contre les femmes qui ont eu des avortements illégaux.

⁶¹³ Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000, page 46.

⁶¹⁴ « *las mujeres recurren al aborto provocado de un embarazo indeseado por falta de servicios, ausencia de una orientación adecuada u de educación en salud reproductiva* » (Cecilia Olivares Mansuy, *Una encuesta Nacional de Opinión sobre Aborto en Población Urbana*, CIDEM, 1998).

⁶¹⁵ « *La Déclaration Andine para una Maternidad sin Riesgos (1993) plantea a los ministerios de salud y sus comisiones asesoras 'que propicien o desarrollen normas técnicas hospitalarias para la atención del aborto incompleto y sus complicaciones, incluyendo la calidad humana en la atención, así como oferta oportuna de consejería y métodos anticonceptivos post-aborto'. Y va más allá : recomienda a los parlamentarios andinos 'que previa revisión de las legislaciones nacionales sobre el aborto, estudien la posibilidad de despenalizarlo' »* (Sandra Aliaga Bruch, Mery Quiton Prado, Maria Elena Gisbert, *Veinte Historias, un mismo tema : aborto*, Población Council, Mayo 2000, page 18).

Dans le cadre de ses engagements, en 1996, le gouvernement bolivien reconnaît l'avortement comme un problème de santé publique, sans pour autant être promu, ni permis comme une alternative de planification familiale ; et identifie la mortalité maternelle liée à l'avortement comme une priorité du Système National de Santé. Cette même année, le Ministère de la Santé déclare publiquement l'urgence de débattre sur la législation de l'avortement, étant donné son ampleur et celles de morts maternelles provoquées par l'avortement clandestin dangereux ('inseguro').

Les hémorragies et les complications d'avortement incomplet sont peu à peu prises en considération comme un problème relevant de la politique, et sont introduites dans les programmes de santé. L'Etat assume dès lors la responsabilité d'impulser des politiques et des programmes sociaux de santé qui « *doivent aider les couples, et spécialement les femmes, à éviter l'avortement par l'accès à l'information, services de planification familiale pour leur permettre d'exercer leur droit à décider de façon libre et responsable du nombre et de l'espacement des enfants* »⁶¹⁶. « *Le MSPS avec l'appui financier de USAID a proposé de réduire la mortalité maternelle en Bolivie : ont été établis des services pour l'attention aux femmes avec complications hémorragiques de la première moitié de la grossesse dans tout le pays ; ces services ont 4 piliers : 1 Attention à l'urgence ; 2 Orientation/ conseils ; 3 Services de Contraception ; 4 Lien avec d'autres services de santé sexuelle et reproductive* »⁶¹⁷.

En 1998, le Ministère de la Santé, en vue de diminuer la mortalité, introduit pour la première fois le soin et le traitement des hémorragies du premier semestre de la grossesse dans sa politique et son programme, à travers le SBS, au même titre que le soin prénatal, l'accouchement, l'attention post-natale et celle du nouveau né. Ainsi, depuis 1999, les 'seguros' en matière de santé reproductive et sexuelle, assurent des prestations gratuites pour les complications d'avortement.

Aujourd'hui, le SUMI prend en charge ces complications, et couvre les hémorragies du premier semestre de la grossesse (souvent interprété comme une attention post-avortement déguisée). Les complications d'avortement incomplet sont soignées dans les centres et hôpitaux publics à charge du SUMI. Cependant, si l'avortement est détecté comme déclenché et volontaire, la patiente affiliée à la CNS perd la couverture des prestations par la caisse.

Jusqu'en 1999, l'avortement incomplet est traité avec une seule technique, celle du curetage, 'Legrado Uterino Instrumental' (LUI). Une étude réalisée en 1997⁶¹⁸ montre que 89% des médecins consultés approuvent l'introduction de la technologie AMEU (Aspiración Manual Endouterina, Aspiration Manuelle Endoutérine). Depuis la Résolution Ministérielle de mars 1999, les services de santé suivent un modèle d'attention intégrale aux avortements et peuvent alors utiliser la méthode AMEU. L'AMEU est dès lors installée dans presque tous les services.

⁶¹⁶ S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

⁶¹⁷ "El MSPS con el apoyo financiero de USAID se ha propuesto reducir la mortalidad materna en Bolivia, se han establecido servicios para la atención a las mujeres con complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo en todo el país ; estos servicios tienen cinco pilares : 1 Atención de la emergencia ; 2 Orientación/Consejería ; 3 Servicios de Anticoncepción ; 4 Vinculación con otros servicios de salud sexual y reproductiva" (Unidad de Comunicación y Relaciones Públicas, Boletín de Prensa, Mejorando las practicas en la atención a las mujeres embarazadas, La Paz, el 6 de septiembre de 2002).

⁶¹⁸ Julio Cordova, etc, *Actitudes y opiniones sobre la tecnología Aspiración Manual Endouterina. Estudio realizado con autoridades y proveedores en salud en servicios públicos de La Paz, Cochabamba y Sucre*, IPAS y MSPS.

Comme dans d'autres pays du monde, les autorités boliviennes ont adopté le concept de l'attention post-avortement (APA) comme une stratégie effective pour baisser la mortalité et la morbidité.

L'avortement est encore aujourd'hui un débat et une préoccupation d'actualité nationale et régionale. Les groupes parlementaires sont actifs dans de nombreux pays. Parmi eux figurent l'Organisation Internationale de Parlementaires Médecins, qui s'est réuni en Bolivie en septembre 1998 pour débattre du thème de l'avortement en Amérique Latine, et une réunion de parlementaires latino-américains et des Caraïbes, célébrée en octobre 1998 en Colombie, durant laquelle a été analysée la législation autour de l'avortement et ses conséquences dans la région.

En 2002, à Santa Cruz, la Conferencia Internacional « Implementando las Mejores Practicas en la Atencion a Mujeres con Complicaciones Hemorrágicas de la Primera Mitad del Embarazo – Compartiendo lecciones aprendidas y planeando para el futuro » (Mise en application des meilleures pratiques dans l'attention aux femmes avec des complications hémorragiques de la première moitié de la grossesse – partage des leçons apprises et plan pour le futur) a réuni des représentants de gouvernements, de USAID, et d'ONG d'Amérique Latine et des Caraïbes, pour partager les leçons de toute la région et contribuer au développement des plans d'action pour chaque pays qui permettent d'implanter et/ou d'étendre les services d'attention aux hémorragies, et pour traiter les nécessités de planification familiale et d'information des gérants de programmes. L'évènement est organisé sous l'auspice du le Ministère de la Santé et de Pathfinder International Bolivie.

Malgré les avancées discursives et normatives, le thème de l'avortement est resté tabou. D'ailleurs, il n'existe pas en Bolivie de production bibliographique complète sur le sujet. Une chose est sûre, le mot 'avortement' fait peur. Il est souvent occulté, tourné en métaphore, périphrase, paraphrase, ou euphémisme, tels « les hémorragies de première moitié de grossesse » que l'on retrouve dans les textes officiels du gouvernement. Les ONG, elles-mêmes, évitent l'utilisation du terme dans leurs campagnes notamment. 'Le jour de la Dépénalisation de l'Avortement en Amérique Latine' est désormais réduit à 'la Campagne du 28 Septembre'. Il est certain que ce mot en tant que tel porte à conséquence et est soumis à de nombreuses pressions, intérieures comme extérieures, que nous le verrons plus tard.

Mobilisation de la société civile organisée

L'orientation de la législation et des politiques formulées et appliquées par les Etats sont le résultat des pressions et alliances de 3 principaux acteurs : l'Eglise catholique avec l'appui des élites du pouvoir économique et de la société civile qui ont des visions conservatrices ; les agents de la communauté internationale (organismes internationaux et régionaux, de coopération technique et financière multilatérale et bilatérale) ; les mouvements féminins et féministes, ainsi que le mouvement gay et lesbien.

La santé reproductive et sexuelle depuis une perspective de droit suscite une importante mobilisation de la société civile. ONG, groupes de droits humains, groupes de femmes, activistes en question de santé, groupes des communautés locales, organisations confessionnelles et groupes des services publics réalisent les actions dans la pratique.

Le FNUAP (créé en 1969) collabore avec le CEDAW, DAW et autres bureaux des Nations Unies pour les Droits Humains, afin de promouvoir les droits reproductifs et sexuels à travers des programmes de formation et assistance technique aux pays en développement, en plus d'appuyer les activités de promotion et de recherche. Depuis de nombreuses décennies l'agence, implantée notamment en Bolivie, développe des efforts pour l'accomplissement des compromis du Programme d'Action CIPD 94.

En 1987, à la 5^{ème} Rencontre Internationale « Femme et Santé » au Costa Rica, fut institutionnalisé le 28 mai comme Jour d'Action Mondiale pour la Santé de la Femme. La campagne initiée par les femmes fut ensuite assumée par les gouvernements des différents pays, et par les organisations internationales, régionales et nationales. La campagne change de thème tous les deux ans, mais a toujours pour thème central les droits des femmes à la santé reproductive et sexuelle. Ce jour et cette campagne sont des événements clés pour la société civile latino-américaine et notamment bolivienne, où sont organisés dans les lieux publics, dans les rues, des ateliers, des présentations afin de sensibiliser l'opinion publique.

Le thème de l'avortement mobilise de nombreuses organisations de la société civile. La Campagne du 28 septembre est une stratégie adoptée par les pays latino-américains et des caraïbes, qui réunit diverses ONG féminines et féministes de la région. Depuis 1993, ces organisations mènent une campagne annuelle pour la dépénalisation de l'avortement, et instaure le 28 septembre comme « le Jour pour la Dépénalisation de l'Avortement en Amérique Latine et aux Caraïbes ». Cette campagne conçoit le droit à l'avortement comme un droit sexuel et reproductif des femmes, et comme un grave problème de santé publique et de justice sociale encadré par les droits humains. Elle revendique et se mobilise pour des thèmes spécifiques, tels la maternité volontaire, le droit des femmes dans le cadre des débats sur la population, l'avortement 'inseguro', comme un problème de santé publique...

En 1996, 7 ONG de La Paz intègrent la Campagne (CIDEM, CISTAC, Tahipamu, CIES, El grupo de trabajo sobre Embarazo no deseado y Aborto, la RED ADA, CDD). En Bolivie, ces organisations luttent pour l'accomplissement des accords internationaux en matière de droits reproductifs et sexuels, dont la CEDAW et les programmes du Caire et de Beijing, pour la réglementation de l'avortement permis par la loi, et pour le traitement gratuit des complications de l'avortement, à travers les 'seguros', sans discrimination ni violence.

En 1998, la campagne bolivienne présente à la société civile un 'Anteproyecto de Ley para la Interrupción del Embarazo' (Projet de loi pour l'Interruption de la Grossesse), projet de loi pour la réglementation de l'article 266 du code pénal (avortement sans peine). Ce projet envisage les mécanismes nécessaires pour que l'avortement déjà permis par la loi, en plus de la malformation foetale, soit accessible pour les femmes qui le requièrent.

Aujourd'hui, le CIDEM est responsable de la campagne au niveau régional et national, une campagne intitulée 'Por el Derecho de Decidir' (Pour le Droit de Décider), cinquième campagne, dont l'objectif est d'obtenir, dans le pays, la réglementation de l'article 266.

En mars 2001, se fonde la Red Boliviana para la Humanización del Parto y el Nacimiento (Réseau Bolivien pour l'Humanisation de l'Accouchement et de la Naissance, REBOHUPAN), un réseau qui existe au niveau régional, qui se pose comme défenseur de la pratique de l'accouchement humanisé. Ce courant exige le respect des droits des femmes et promeut une attention humanisée de l'accouchement et de la naissance, soit un traitement aimable, le respect de la pudeur de la patiente, le respect de ses coutumes et la liberté de décider qui l'accompagne pendant l'accouchement, parmi les principales revendications.

Le CLADEM est un réseau de femmes et d'organisations féminines et féministes d'Amérique Latine et des Caraïbes, constitué en 1987, à la suite⁶¹⁹ de la Conférence de Nairobi (1985). « *Quand nous nous rencontrons, (il y a 16 ans), toutes convoquées à la Conférence Mondiale que les Nations Unies célèbrèrent à Nairobi, en 1985, nous remarquons que toutes travaillions depuis des années sur des questions juridiques, que nous avons les mêmes obstacles, les mêmes questions... et tout cela avec le même regard critique envers le Droit : 'Le pouvoir se légitime à travers le droit et le droit légitime la subordination de la femme' »*⁶²⁰. Le CLADEM, intégré par de nombreuses organisations boliviennes telles que la Oficina Jurídica de la Mujer, le CIDEM, le Centro Gregoria Apaza, la Fundación La Paz, élabore et diffuse des diagnostics, des investigations, des propositions juridiques et de politiques pour l'amélioration de la condition de la femme sur le continent. Un des principaux thèmes ciblés: les droits reproductifs et sexuels, entendus comme des droits humains qui donnent la capacité aux individus de profiter d'une vie sexuelle et reproductive satisfaisante, saine, sûre, sans pression ni violence, avec la seule limite, celle du respect de la liberté de l'autre. Entre 2000 et 2001, le CLADEM réalise un bilan régional dans 14 pays d'Amérique Latine et des Caraïbes, « *Diagnostico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos* » (Diagnostic sur les Droits Reproductifs et Sexuels). A la suite de ce diagnostic, le CLADEM propose une campagne pour une Convention Interaméricaine des droits sexuels et reproductifs, dont l'objectif est la construction d'un cadre juridique interaméricain de protection et promotion des droits des femmes et des hommes par rapport à leur sexualité et reproduction.

La 'Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe' (Réseau de Santé des Femmes Latino-américaines et des Caraïbes, RSMLAC) est une articulation d'organisations et de personnes du mouvement de santé des femmes qui promeut la santé, le plein exercice des droits humains et la citoyenneté des femmes, à travers une transformation culturelle, politique et sociale dans la région et au niveau global, depuis une perspective féministe. Ce réseau tend à renforcer et développer sa capacité comme source de génération et de circulation de connaissances et d'information, et contribuer à améliorer le diagnostic épidémiologique sur la situation de santé intégrale des femmes en Amérique latine et aux Caraïbes ; renforcer et développer le réseau comme référent politique à l'intérieur et depuis le mouvement de santé des femmes, pour influencer dans les politiques publiques au niveau national et international et exercer une surveillance citoyenne. Le RSMLAC mène des campagnes pour l'exercice des droits sexuels et reproductifs, et aborde le thème de la mortalité maternelle comme une affaire de droits humains, et une demande de justice sociale. Le réseau est intégré par le Cladem et CDD.

⁶¹⁹ L'organisation dispose d'un statut consultatif dans la catégorie II au sein de la Commission Economique et Sociale des Nations Unies depuis 1995, et est sollicitée pour participer aux activités de l'Organisation des Etat d'Amérique depuis 2002.

⁶²⁰ « *Cuando (hace 16 años) nos conocimos, convocadas por la Conferencia Mundial que las Naciones Unidas celebró en Nairobi, en 1985, advertimos que todas llevábamos años trabajando en cuestiones jurídicas, que teníamos los mismos obstáculos, las mismas preguntas... y todo sobre la misma mirada crítica hacia el Derecho: 'El poder se legitima a través del derecho y el derecho legitima la subordinación de la mujer' »*.



Manifestations pour la libération sexuelle des femmes (Photographies de Christian Lombardi)

Reconnaissance des droits reproductifs et sexuels

Les droits reproductifs et sexuels sont reconnus, promus et requis dans la plupart des documents officiels de santé de la femme, ce qui caractérise une avancée normative importante. Comme l'expliquait Emma Donlan de Population Concern, le thème de la mortalité maternelle n'est plus à la mode. Désormais, on parle des droits reproductifs et sexuels, ainsi que de l'interculturalité (avant on parlait d'adéquation culturelle), et du 'parto humanizado', composantes de ces droits. Les politiques et essentiellement les financements vont dans ce sens.

La Conférence du Caire et celle de Beijing furent des catalyseurs de changement. Depuis l'approbation du programme de la CIPD, qui après la CEDAW réaffirme le droit de la femme « *d'exercer un contrôle sur les questions relatives à la sexualité, y compris celles qui concernent son hygiène sexuelle et sa santé en matière de reproduction, hors de toute coercition, discrimination ou violence* »⁶²¹, un programme renforcé par la Plate-Forme de Beijing, des politiques et stratégies ont été adoptées.

Le gouvernement bolivien, impulsé par les mouvements des femmes et autres expressions de la société civile, aborde les politiques de santé sexuelle et reproductive avec une intéressante approche de droit, conforme aux Plateformes d'Action du Caire et de Beijing.

Lors de la neuvième Conférence Régionale sur la Femme d'Amérique Latine et des Caraïbes, la CEPAL demande aux Etats de « *réviser et mettre en application la législation qui garantit l'exercice responsable des droits sexuels et reproductifs et l'accès sans discrimination aux services de santé, y compris la santé sexuelle et reproductive, conformément au Consensus de Lima* »⁶²².

Projet de Loi sur les droits reproductifs et sexuels

Le 5 mai 2004, un Projet de Loi sur les Droits Reproductifs et Sexuels (loi 810), formulé par le FNUAP et le CIDEM, est présenté au Congrès National Bolivien. La Loi cadre sur les droits sexuels et reproductifs proposée est la synthèse de toutes les dispositions légales existantes sur le thème et qui sont dispersées dans les différents codes, lois, décrets et autres résolutions : le Code de la sécurité Sociale, le Code Pénal (les articles relatifs à l'avortement et les délits sexuels), la Loi sur la Violence dans la famille ou Domestique, la Loi du 'Seguro basico de Salud' et la Loi du SUMI. La Loi sur les droits sexuels et reproductifs regroupe ces normes, depuis la perspective des droits humains et de genre, selon un cadre juridique légal, notamment celui de la CEDAW, et un cadre conceptuel : la définition universelle des droits reproductifs et des droits sexuels. Sa promulgation constituera une avancée importante dans la

⁶²¹ « La conférence de Beijing sur les femmes nous a donné un Programme d'Action et une mission précise », DPI, novembre 1995.

⁶²² "Revisar e implementar la legislación que garantiza el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva de conformidad con el Consenso de Lima" (« Consenso de Mexico », CEPAL, Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Mexico DF, 10 al 12 de junio de 2004, page 4).

compréhension de la sexualité et de la reproduction depuis la perspective des droits humains. Chacun des 8 articles présente les concordances nationales et celles des traités, engagements internationaux (dont la CEDAW). L'article 1 renvoie à l'article 2 de la CEDAW ; l'article 2, aux articles 5, 6 et 12 de la CEDAW ; l'article 4, aux articles 1 et 4 de la CEDAW, ainsi qu'à la Recommandation Générale 24 ; l'article 5, à la Recommandation Générale 24 ; l'article 6, à l'article 10 de la CEDAW⁶²³.

« La loi Cadre de droits sexuels et reproductifs fut approuvée de façon unanime par la Chambre des Députés et une semaine après, également unanimement, par la Chambre des Sénateurs. Le pouvoir législatif ratifia son engagement avec les accords internationaux souscrits par la Bolivie et considéra que ces droits étaient dispersés dans d'autres lois et politiques nationales et, par conséquent, qu'il était nécessaire de les rassembler tous dans un seul document. Cependant, ces considérations ne furent prises en compte par le Pouvoir Exécutif et ce dernier rendit le projet de loi à la chambre pour qu'il se produise un plus grand débat puisqu'étaient touchées les 'valeurs fondamentales pour l'être humain' (...). Chacun des 8 articles est questionné et, au passage sont inclus des thèmes qui ne figurent pas dans la loi. Dès lors, la majorité des attaques se fonde sur des arguments qui ne figurent pas dans la loi (avortement, mariage d'homosexuels...) »⁶²⁴.

Chaque article du projet est fortement critiqué. *« Les églises évangéliques de Cochabamba initièrent une croisade pour récolter plus de 500 000 signatures contre la 'Loi sur les Droits Sexuels et Reproductifs', approuvée en première instance du 29 mai passé par le Congrès National, cependant elle ne fut pas promulguée par le Président de la République Carlos Mesa Gisbert »⁶²⁵.*

Le projet de loi est également discuté au sein de la société civile. Il ne s'agit pas d'une loi consensuelle, selon Ineke Dibbits, car le FNUAP n'est pas représentatif de la société civile, qui ne fut en rien consultée. Pas de consensus non plus avec le Ministère de la Santé. Lors d'une réunion de REBOHUPAN, la loi a été très discutée, notamment autour du mariage homosexuel, que sous-entend la loi (certaines expliquent à ce propos qu'il ne s'agit pas de promouvoir le mariage des homosexuels mais de respecter ce choix comme un droit humain). Certaines sont pour l'approbation de cette loi, même si elle ne risque d'être appliquée que comme de nombreuses autres lois en Bolivie ; ainsi, certaines préféreraient une loi plus applicable.

⁶²³ Julieta Montañó Salvatierra, Ley marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos : *Principios y jurisprudencia que la sustentan*, OJM.

⁶²⁴ *“La ley Marco de Derechos Sexuales y los derechos Reproductivos fue aprobada de forma unánime por la Cámara de Diputados y una semana despues, también unanime, por la Camara de Senadores. El Poder Legislativo ratificó su compromiso con los acuerdos internacionales suscritos por Bolivia y consideró que estos derechos se encontraban dispersos en otras leyes y políticas nacionales y, por tanto, era necesario recopilar todo ello en un solo documento. Sin embargo, estas consideraciones no fueron tomadas en cuenta por el Poder Ejecutivo y este devolvió el proyecto de Ley a su Camara original para que se produjera un mayor debate ya que se tocaban 'valores fundamentales para el ser humano' (...). Cada uno de los 8 artículos es cuestionado y, de paso, se incluyen temas que de ninguna forma figuran en la Ley. Desde entonces, la mayoría de los ataques utilizan como argumento precisamente lo que no dice la Ley (aborto, matrimonio de homosexuales...)”* (Ramón Torre Cañal, María Stopes, « Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos en Bolivia : la opinión pública ante el debate », Santa Cruz de la Sierra, 23 de agosto de 2004).

⁶²⁵ *“Las iglesias evangélicas de Cochabamba iniciaron una cruzada para recolectar más de 500 mil firmas contra la 'Ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos', aprobada en una primera instancia el pasado 29 de mayo por el Congreso Nacional, sin embargo no fue promulgada por el Presidente de la República, Carlos Mesa Gisbert”* (« Inician campaña en contra de ley que despenaliza el aborto », El Diario – Bolivia, Martes 13 de julio de 2004, Año n°36.173).

Conclusion

Pour résoudre les problèmes liés à la santé reproductive et sexuelle, le gouvernement s'est réapproprié de nombreuses actions expérimentées et développées par la société civile organisée. Aujourd'hui la Bolivie mène une politique spécialisée et rend compte d'importantes avancées qualitatives et normatives en matière de Santé Reproductive et Sexuelle. Le dialogue est désormais ouvert et les tabous sont moindres. L'Etat témoigne d'une certaine prise de conscience et assume de nouvelles responsabilités relatives à la Santé Reproductive et Sexuelle, en normalisant la contraception, avec la récente introduction de la pilule du lendemain, en encadrant la santé reproductive et sexuelle par un programme spécifique depuis 1989, en reconnaissant l'avortement comme un problème de santé publique, et en introduisant en 2002, le *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI)

Différentes mesures gouvernementales déjà existantes ou adoptées progressivement répondent aux engagements de la CEDAW, en particulier ceux de l'article 12 de cette convention : la Constitution Politique de l'Etat (art 7a, 158II) ; la Loi de participation Populaire n°1551 du 20 avril 1994 (art 8) ; la Loi de Sécurité Sociale ; la Loi du SUMI ; la Loi Générale du Travail ; la Loi contre la Violence Intrafamiliale n°1674 ; la Loi de Protection aux Victimes de Violence Sexuelle n°2033 du 29 août 1999.

« Dans le cadre des engagements assumés par l'Etat bolivien, l'objectif est de faciliter l'accès à la femme aux services de santé durant tout son cycle vital, en promouvant et qualifiant dans les services de santé de l'Etat l'approche de genre et d'interculturalité, encourageant de cette manière, l'exercice plein des droits sexuels et reproductifs. Le nombre de femmes qui demandent des services de santé augmente, non seulement par la croissance végétative de la population mais aussi parce qu'il existe plus de confiance de la part de la population féminine en la qualité des services et la couverture a augmenté même si il reste beaucoup à faire par rapport aux portées des services de santé »⁶²⁶.

Les différentes évaluations

Comment fut évaluée l'histoire politique de la santé reproductive et sexuelle par les acteurs sociaux, politiques et médicaux rencontrés ?

En 20 ans d'histoire, le Docteur Javier Torres Goitia note un changement radical. Aujourd'hui, la santé reproductive et sexuelle est dans tous les textes et moyens de

⁶²⁶ “En el marco de los compromisos asumidos por el Estado boliviano, se tiene como objetivo facilitar el acceso de la mujer a los servicios de salud durante todo su ciclo vital, promoviendo y cualificando en los servicios de salud del Estado el enfoque de género e interculturalidad, fomento de esta manera, el ejercicio pleno de derechos sexuales y reproductivos. Se viene dando el incremento del número de mujeres que demandan servicios de salud, no solamente por el crecimiento vegetativo de la población sino también porque existe más confianza de parte de la población femenina en la calidad de los servicios y la cobertura se ha ampliado aunque todavía queda mucho por hacer respecto a los alcances de los servicios de salud” (Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la mujer, Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing, 2004, page 21).

communication, y compris ceux de l'Église Catholique. La Doctoresse Susana Asport souligne l'importante avancée avec le Programme de Santé Sexuelle et Reproductive. Elle explique qu'avant, il n'y avait pas de décret, que le travail était clandestin. Désormais, il existe des règlements, des normes légales qui donnent l'aval pour travailler en matière de santé reproductive et sexuelle. Le Seguro Nacional de Maternidad y Niñez et l'action du Comité para una Maternidad Segura ont été des initiatives, en vigueur depuis 1996, qui auraient amélioré la situation. Selon les personnes rencontrées, les avancés sont « lentes », « lentes mais certaines », ou encore « il y a peu de progrès dans le pays en matière de santé reproductive et sexuelle ».

Par rapport à la planification familiale, certains soulignent des progrès malgré le manque de ressource des gouvernements successifs. Mais pour d'autres, les avancées n'apparaissent pas à la hauteur de celles espérées. Ces personnes expliquent que la planification familiale constitue un travail, une mobilisation depuis plusieurs années, et, dans un si petit pays, des problèmes, tels que les grossesses non désirées restent irrésolus, ou du moins, les résultats ne sont pas à la mesure des efforts. « *La Bolivie a développé de nombreux programmes et stratégies dans le domaine de la santé suffisamment bons d'un point de vue technique, mais son impact a été réduit à cause de son approche élitiste et autoritaire* »⁶²⁷.

La plupart des personnes rencontrées note une importante différence entre le gouvernement de Gonzalo Sanchez de Lozada d'il y a 10 ans (la période 93-97 étant caractérisée, chez la plupart, par d'importants progrès théoriques relatifs à la santé reproductive et sexuelle), et le dernier gouvernement de 'Goni'. Ces personnes soulignent un affaiblissement politique du thème, qui n'est désormais plus prioritaire. En témoignent, l'intérêt du Ministère uniquement basé sur les femmes enceintes (la restriction du SUMI), et le fait que la santé reproductive et sexuelle demeure un programme et non une politique. Les conférences mondiales ont été des appuis du processus de démocratisation et de normalisation du thème. Cependant, après celles-ci, les efforts se sont dispersés et les discours deviennent parallèles.

Dans l'ensemble, on note d'importantes avancées dans la reconnaissance et le respect des droits reproductifs et sexuels. A travers les politiques nationales, de nombreuses initiatives ont été lancées pour améliorer l'accès des hommes et surtout des femmes aux services de santé reproductive et sexuelle, composante des droits en matière de reproduction et sexualité. Mais cette reconnaissance n'a pas été traduite dans la réalité. Il existe, selon Maria Dolores Castro de Population Council, un écart entre la pratique, l'accomplissement des politiques, de la norme. Une chose est 'parler', une autre est 'agir', souligne-t-elle. Les politiques ne conduisent pas toujours à la pratique et toutes les lois ne s'accomplissent pas obligatoirement. La santé reproductive et sexuelle serait restée dans le discours, sans de véritables mises en pratique. Les programmes ont été estimés trop faibles, non efficaces, et dépourvus d'une approche intégrale. Certains insistent sur la nécessité actuelle de réaliser, d'appliquer les discours et, en particulier d'impulser une réelle participation de la population quant à ses décisions sexuelles et reproductives. Il y a donc d'importantes avancées mais il reste beaucoup à faire⁶²⁸.

⁶²⁷ "Bolivia ha desarrollado muchos Programas Nacionales y Estrategias en el área de salud lo suficientemente buenas desde el punto de vista técnico, pero su impacto ha sido reducido por su enfoque elitista y autoritario" (Javier Torres Goitia Caballero, Política Nacional de Salud, MSPS, page 3).

⁶²⁸ « Salud Reproductiva y Derechos Humanos », in FNUAP, *El Derecho a elegir : Derechos Reproductivos y Sexuales*, 1997.

Des problèmes persistent

Les droits reproductifs et sexuels ne peuvent s'exercer qu'en démocratie participative, transparente, équitative et non sexiste. Or il persiste un discours conventionnel dont les noyaux durs sont l'hétérosexualité, la double morale sexuelle, la famille nucléaire traditionnelle, la version romantique de la maternité et la non acceptation de l'avortement⁶²⁹.

Les avancées relatives à la grossesse, l'accouchement et post-partum sont certaines. Mais d'autres composantes comme la planification familiale, les MST, l'accès aux adolescents, l'avortement montrent peu de progression. « *De la même façon, la mortalité maternelle, les grossesses non désirées et les avortements induits continuent d'être des problèmes de santé publique* »⁶³⁰.

Un taux de mortalité maternelle d'environ 390/10 000 naissances vivantes (ENDSA 94), une contribution significative de l'avortement à la mortalité maternelle, le manque de ressources pour diagnostiquer et traiter les MST et le faible accès aux services de contraception sont quelques défis qu'affronte l'Etat bolivien par rapport à la santé reproductive et sexuelle des femmes.

LA REALITE SOCIALE DE LA SANTE REPRODUCTIVE ET SEXUELLE

Les grossesses non planifiées et les grossesses non désirées

L'investigation révèle certaines caractéristiques de la société bolivienne, soulignées dans diverses études de genre ou de santé reproductive et sexuelle. En effet, les observations et discussions ont montré que les femmes avaient souvent plus de trois enfants, que la majorité des grossesses n'était pas planifiée, que l'utilisation de méthodes contraceptives était peu répandue, et que de nombreuses femmes avaient recours à l'avortement.

⁶²⁹ CLADEM, *III Seminario Regional, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos*, 2002.

⁶³⁰ "De igual manera, la mortalidad materna, los embarazos no deseados y los abortos inducidos continúan como problemas de salud pública" (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 9).

Le taux de fécondité

Lors de l'investigation, un gardien de l'hôpital d'El Alto racontait que dans cette maternité se succédaient de nombreuses patientes, et que tous les jours le service était plein. Il expliquait que la majorité avait de nombreux enfants, de 7 jusqu'à parfois 16, ce qu'il justifiait par le manque de planification familiale. Il ajouta que ces femmes étaient enceintes jusqu'à leurs 48 ou 52 ans. Dans cet hôpital, la majorité des patientes rencontrées avait en moyenne entre aucun et 5 enfants. Certaines, au moment de l'observation ou de l'entretien, avaient entre 6 et 13 enfants. Ce nombre augmentait avec l'âge : les femmes de 40 à 49 ans avaient plus d'enfants que les plus jeunes. Il semblait indépendant du niveau scolaire. Cependant, parmi les patientes qui avaient le moins d'enfants (entre 0 et 2), la majorité avait un niveau scolaire secondaire. Mais il s'agissait également des patientes les plus jeunes. Dans l'hôpital de La Paz, les patientes observées et entretenues ont en moyenne entre 1 et 2 enfants. De nombreux cas ne sont cependant pas déterminés. Une importante proportion de ces femmes a 7 et 8 enfants ; deux d'entre elles ont respectivement 12 et 16 enfants. D'autres observations opportunes ou lors des ateliers rendent compte de femmes qui avaient en général de 3 à 6 enfants. Une manzanera de salud avait 7 enfants et était enceinte du 8^{ème} ; la femme d'un mineur rencontré avait 11 enfants.

Au niveau national, selon la dernière Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA 1998, le taux de fécondité est de 4,2 enfants par femme au niveau national, ce qui constitue un des taux les plus élevés d'Amérique Latine. Comme dans les autres pays de la région, ce taux a relativement diminué. En 1976, il était de 6,5 enfants par femme ; et en 1994, de 4,4. Entre 1994 et 1998, ce taux s'est donc réduit de 6%, une réduction essentiellement protagonisée par les femmes urbaines, âgées de 25 à 29 ans, et de meilleurs niveaux socioéconomiques.

Les départements de Chuquisaca, de Potosi, du Beni et de Pando ont un taux supérieur à la moyenne nationale, avec plus de 5 enfants par femme. Ce sont les départements dont les taux sont les plus élevés de Bolivie. La Paz, lieu de l'étude, observe un taux de 4,0 enfants par femme selon les données du Ministère des Finances⁶³¹, et 3,7 enfants par femme selon ENDSA 98.

En Bolivie, le taux de fécondité varie selon l'âge, le lieu de résidence et le niveau d'instruction. En 2001, le groupe de femmes de 20 à 29 ans concentre 47% de la fécondité⁶³².

En zone urbaine, le taux est de 3,3 enfants par femme, alors qu'il atteint 6,4 en zone rurale (ENDSA 1998), soit une différence moyenne de 3 enfants entre les femmes urbaines et les femmes rurales. A un niveau d'urbanisation élevé, correspond un niveau de fécondité moindre (meilleur accès aux programmes de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive).

Au niveau national, la fécondité dépend également du niveau d'instruction. ENDSA 1998 observe un taux de 7,1 chez les femmes sans instruction et de 2,7 chez les femmes dont le niveau d'instruction est moyen voire élevé.

⁶³¹ Données de Ministerio de Hacienda, INE, *Características sociodemográficas de la Población en Bolivia*, INE, UNFPA, Noviembre 2003.

⁶³² Données de Ministerio de Hacienda, INE, *op. cit.* .



Mères de famille avec leurs enfants (Photographies de Fred Savariau)

Selon ENDSA 98, l'âge moyen de la première naissance chez les femmes qui avaient entre 25 et 49 ans lors de l'enquête, est de 21,5 ans (21,9 ans dans le département de La Paz).

Les grossesses précoces représentent un phénomène récurrent en Bolivie. Selon ENDSA 1989, 30% des mères étaient des adolescentes. Selon ENDSA 1998, 58% des femmes de 20 à 24 ans ont accouché avant leurs 20 ans; 14% des adolescentes entre 15 et 19 ans sont mères ou enceintes pour la première fois⁶³³. Selon la Coordinadora de la Mujer, cela porte préjudice au développement de milliers d'adolescentes qui ne sont pas économiquement et émotionnellement prêtes pour assumer cette responsabilité⁶³⁴. Contrairement aux idées préconçues (la grossesse des adolescentes apparaît principalement dans les familles négligées et moins dans celles des classes moyennes et aisées), la grossesse de l'adolescente est un phénomène qui traverse les classes sociales.

Il s'avère que le taux de fécondité observé contraste avec le taux de fécondité souhaité par les femmes boliviennes, dont la moyenne est de 2,6 enfants (ENDSA 1998). ENDSA 89 observait déjà cette différence : le taux de fécondité était de 4,9 alors que le taux souhaité était de 2,3. En zone urbaine, le nombre d'enfants obtenus par femme est de 3,3, alors que le nombre d'enfants souhaités par ces femmes urbaines est évalué à 2,2. Les femmes rurales ont en moyenne 6,4 enfants alors que la moyenne souhaitée est de 3,2 enfants par femme (ENDSA 1998). La différence entre le taux de fécondité observé et le taux de fécondité désiré prouve que la majorité des grossesses en Bolivie ne sont pas programmées ou planifiées, voire désirées.

Les grossesses non planifiées

A la question «*j'aimerais que vous me racontiez l'histoire de ce bébé, comment est-il arrivé ici, au monde...*», certaines patientes ont expliqué qu'elles avaient décidé d'avoir un bébé, pour tenir compagnie à leur dernier enfant ou pour se réaliser en tant que femme. Certaines ont du convaincre leur mari.

*« J'ai un bébé... de 4 ans. Et... j'ai voulu avoir cette autre fille parce que seule, elle souffre, elle n'a personne avec qui jouer. C'est pour cela que j'ai voulu avoir la seconde... (...). Car ma fille, seule, n'a personne à qui parler... Et le pire est que j'ai des neveux... 8 garçons et pas une seule fille. Elle ne peut même pas jouer avec eux (...). Et voilà, j'ai deux petites filles... Et je crois que cela va être une bonne compagnie pour ma fille. Et... et voilà... c'est comme ça que mon bébé est venu au monde »*⁶³⁵.

⁶³³ Il existe une relation directe entre la maternité précoce et le niveau d'instruction. Le pourcentage de maternité précoce est plus élevé chez les adolescentes sans instruction.

⁶³⁴ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003.

⁶³⁵ *"Yo tengo una bebe... de 4 anos. Y bueno... me he animado tener esa otra hija porque solita sufre, no tiene con quien jugar. Por eso, me he animado tener la segunda... (...). Porque mi hija, como pues solita, no tiene con quien hablar... Y lo peor que tengo sobrinos... Son 8 varoncitos y ni una mujer. Y más bien ni siquiera puede jugar con ellos (...). Y así, digo, tengo 2 mujercitas... Y creo que va a ser una buena compañera para mi hija. Y... Y bueno pues así... ha venido al mundo a mi bebe".*

« Bon (...), mon autre bébé est petit, no? (...). Je voulais une compagnie pour mon bébé parce que les autres sont grands (...). Et donc mon fils... voulait jouer avec quelqu'un et non; mais seul à la maison, tous les autres sont grands... J'ai dit, 'non, je vais en avoir'... Et il est programmé (...), ce n'est pas un accident (...) »⁶³⁶.

« [Son mari a la garde de ses deux fils]... ils me manquent beaucoup, beaucoup... C'est peut-être pour cela que j'ai décidé d'avoir un fils parce que... je pleurais beaucoup et je souffrais beaucoup... [A son compagnon]... je lui disais toujours... 'je voudrai avoir quelqu'un... un fils' je lui disais (...), un fils pour être accomplie ... parce que l'âge aussi va passer et je ne vais plus pouvoir avoir un bébé, donc... 'Je veux un fils' lui disais-je (...). 'Aller, je veux un bébé s'il te plait'... Et maintenant, non, non ! Gaga le papa »⁶³⁷.

« Mon mari ne voulait pas, C'est moi [qui l'ai convaincu] »⁶³⁸.

Une patiente a raconté qu'elle faisait attention. Mais, avec son mari, ils décidèrent d'avoir un dernier enfant. Une autre patiente a expliqué qu'elle avait accouché, il y a 11 ans, d'un mort né. Depuis, elle ne voulait plus d'enfant et prenait la pilule ('pastillas'). Elle a arrêté pour être de nouveau enceinte. Après 6 mois, elle était enceinte.

Des histoires cliniques de patientes signalaient également que la grossesse était programmée, avec la mention 'embarazo planeado' (grossesse planifiée). Certaines de ces grossesses se sont avérées surprenante étant donné qu'il s'agissait parfois de jeunes patientes de 17 ans, ou de femmes seules.

Si certaines grossesses étaient décrites comme décidées et planifiées, dans la majorité des cas, les grossesses étaient notées dans les histoires cliniques, et racontées par les patientes comme totalement imprévues et non programmées. Un interne expliqua, d'après son expérience, que les grossesses étaient pour la plupart non planifiées. Il raconta à ce propos que parfois il écoutait "si, si, quería un bebe..." (« si, si, je voulais un bébé... »), mais sans conviction.

Des patientes racontèrent que leur grossesse était survenue « *comme ça* » ("así no mas"), que le nouveau né « *est arrivé comme ça, c'est tout* » ("así no mas ha llegado"). Des patientes expliquèrent qu'elles ne planifiaient jamais leur grossesse. Certaines patientes déclarèrent s'être rendu compte de leur grossesse au deuxième voire quatrième mois, à cause du retard de leur menstruation.

D'autres patientes rencontrées racontèrent que leur grossesse était le fruit d'un accident ou d'un manque d'attention :

« C'est mon deuxième bébé. Le premier... Mais le premier fut planifié (...). Lui, ce fut un peu une négligence de ma part... (...) »⁶³⁹.

⁶³⁶ "Bueno (...), mi otro bebe, es chiquito, ¿no? (...). Yo quería compañía para mi bebe porque las otras son grandes (...). Así que mi hijito esta... quería jugar con alguien y no; pero solito en casa, todos son grandes... Yo he dicho, 'no, voy a tener'... Y esta programado (...), no es accidente (...)"

⁶³⁷ "[Su marido tiene la potestad de sus 2 hijos]... les extraño alto, alto... Talvez por eso también he decidido tener a un hijo porque... lloraba alto y he sufrido alto... [A su compañero]... siempre le decía... 'quisiera tener alguien... Ya un hijo mas' le decía (...) un hijo para que sea mi cumple... porque la edad también va a pasar y ya no voy a poder, a tener un bebe, entonces... 'Quiero tener un hijo' decía... (...). 'Ya quiero un bebe por favor'... ¡Y ahora, no, no! Chocho el papa".

⁶³⁸ "Mi esposo no quería. Yo lo [he convencido]"

« (...) *Il n'a pas été planifié... Ca a été un accident...* »⁶⁴⁰.

Parmi elles, certaines justifient leur grossesse par l'arrêt de méthodes contraceptives: « *Autrement dit s'il a été... s'il a été... et... comment on dit... planifié (...). Non, non il n'a pas été planifié. Et je prenais des pilules contraceptives... Et j'ai arrêté de les prendre et... je suis tombée enceinte... et je suis tombée enceinte et j'ai décidé de l'avoir c'est tout (...)... et puis il est né* »⁶⁴¹.

Des patientes justifiaient également leur grossesse accidentelle par l'échec de la méthode contraceptive utilisée. Une patiente expliqua qu'elle faisait attention, qu'elle comptait les jours comme on le lui avait enseigné et que pourtant elle s'était retrouvée enceinte.

Des discussions révélèrent également que des patientes avaient été ou étaient enceintes pour ne pas savoir qu'il était possible d'être enceinte pendant l'allaitement. Enfin, d'autres grossesses non planifiées ont été présentées comme étant le fruit d'un viol⁶⁴².

Les grossesses non désirées

Des patientes disaient alors regretter leur grossesse. Une patiente de 9 enfants a confessé qu'elle ne voulait pas « *autant* » d'enfants, du moins qu'elle n'en voulait plus, le mari non plus. Une jeune mère de 23 ans a expliqué qu'elle aurait préféré ne pas encore avoir d'enfant : « *parfois, je regrette...* » (« *a veces, me arrepiento...* »). Les patientes semblaient se consoler en expliquant que « *tout a un bon côté et un mauvais côté* » (« *todo tiene su lado bueno y su lado malo...* »).

Une grossesse non programmée était parfois vécue comme une fatalité, comme une expérience « *affreuse* » (« *fea* »), expliquait un interne. Mais qu'elle ne soit pas planifiée ne signifie pas pour autant que la grossesse n'est pas désirée ou du moins assumée. Une patiente à ce propos a expliqué que « *Ca a été un accident... mais il est bien désiré, aimé (...), il a été bien attendu. C'est ma vie* »⁶⁴³. La majorité des patientes assumait son rôle de mère et elles restaient entièrement vouées à leur enfant comme cela fut observé chez celles dont l'enfant était en néonatalogie.

⁶³⁹ "Es mi segundo bebe. Primero... Pero el primero fue planificado (...). El fue un poquito descuido mió... (...)"

⁶⁴⁰ "(...) No ha sido planificado... Ha sido un accidente..."

⁶⁴¹ "O sea si ha sido... si ha sido... y... que se dice... planificado (...). No, no ha sido planificado. Y estaba tomando pastillas anticonceptivas... Y he dejado tomarlas y... me embaracé... y me embaracé y he decidido tenerlos no mas (...) ... y ya pues, nació"

⁶⁴² Une investigation de Carmen Yon Leau menée dans les andes péruviennes (Carmen Yon Leau, *Hablan las mujeres andinas*, Movimiento Manuela Ramos, 2000) montre des caractéristiques semblables. Une partie des femmes enquêtées avouent avoir eu plus d'enfants qu'elles n'en souhaitaient, majoritairement à cause de l'échec de la méthode du rythme, la méthode la plus utilisée, du manque de collaboration du mari, d'une confusion dans l'identification des jours fertiles ou du manque de régularité de leur période menstruelle. D'autre part, selon l'enquête, 10% des femmes signalent que seul Dieu décide du nombre d'enfants.

⁶⁴³ "Ha sido un accidente... pero es bien deseado, querido (...), ha sido bien esperado. Es mi vida"

Cependant, des observations et des entretiens ont permis de soupçonner des grossesses non désirées. Certaines patientes se sont avérées vouloir interrompre leur grossesse. Au lieu d'être soignées pour menace d'avortement ou d'accouchement prématuré, certaines préféraient rentrer chez elles, où elles se soigneraient tout aussi bien, et demandaient, contre avis médical, une autorisation de sortie. A propos de ces patientes, le personnel expliquait : « *la paciente veut s'en aller et interrompre sa grossesse* »⁶⁴⁴. Une patiente enceinte de 4 mois, hospitalisée à plusieurs reprises pour menace d'avortement, déclarait « *aller perdre le bébé, mais d'un seul coup* »⁶⁴⁵. Elle refusait de prendre son traitement (de la maïzena diluée dans de l'eau), prétextant que ce n'était pas bon et que cela allait la faire vomir. On expliquait à la patiente que ce traitement était nécessaire si elle ne voulait pas perdre le bébé. Mais tous les jours, elle demandait au sociologue de jeter le contenu de son verre à la poubelle. Requête qu'elle finissait par accomplir elle-même. Une autre patiente, de 15 ans, dont la grossesse était le résultat d'un viol, a avoué qu'elle voulait avorter mais sa mère l'en avait empêchée.

Des patientes ont déclaré ou ont été suspectées par le personnel médical d'avoir ingéré quelque chose, notamment des infusions qui ont des principes actifs sur la grossesse, telles que les 'mates de manzanilla' (infusions de camomille)⁶⁴⁶, ce qui aurait déclenché un avortement, ou un accouchement prématuré. Une patiente enceinte de 28 semaines a accouché d'un mort né. Le lendemain, on lui demanda ce qu'il s'était passé. La patiente a alors expliqué qu'elle avait pris un peu de camomille car elle était très endolorie. Dans d'autres cas, les médecins justifiaient les hémorragies, les malformations du nouveau né par l'ingérence de 'mate' ou de substances actives. Une doctoresse a expliqué que souvent les femmes recouraient aux infusions, aux herbes pour avancer ('adelantar') l'accouchement car elles ne voulaient pas de l'enfant ou parce qu'elles ne supportaient plus la douleur et cherchaient un moyen de soulagement, en dépit de la survie de l'enfant.

Une patiente rencontrée, qui allait être mère pour la première fois, demanda si c'était normal de perdre du sang lors de la grossesse, et semblait ignorer les risques et les complications durant une grossesse. Mais, dans l'ensemble, les femmes paraissaient savoir comment faire attention pendant la grossesse, et ce qui pouvait provoquer un avortement, comme prendre des infusions, marcher beaucoup, porter des choses lourdes. Une discussion entre patientes d'une même chambre a été surprise. L'une d'entre elles cherchait à comprendre pourquoi l'enfant de sa compagne de chambre était né malformé (en réalité le bébé était mort) :

« *Tu est tombée ? T'as pris quelque chose... une infusion... ce n'est pas bon de prendre une infusion ou ce type de chose* » ;

« *Ah oui ?* », intervint l'autre patiente...

« *Un médicament contre la douleur, des pilules ?...* »,

« *Rien de tout ça...* », explique l'autre...⁶⁴⁷.

⁶⁴⁴ "la paciente quiere irse e interrumpir su embarazo".

⁶⁴⁵ "ya perder el bebe, pero ya de una vez".

⁶⁴⁶ En Bolivie, l'infusion de camomille est considéré avoir un principe actif sur la grossesse.

⁶⁴⁷ "¿Te has caído? Has tomado algo... mate... no es bueno tomar mate o este tipo de cosa"; "¿Ah si?" intervino la otra paciente... "¿Medicamento contra el dolor, pastillas?...", "Nada de todo eso..." explico la otra...

Au niveau national, de nombreuses études et enquêtes révèlent un grand nombre de grossesses non désirées. Selon ENDSA 89, déjà, 2/3 des enfants nés durant les 5 années antérieures au sondage étaient le produit de grossesses non désirées.

La Planification Familiale

La demande en planification familiale

Selon ENDSA 1998, le pourcentage de femmes qui ne désirent plus d'enfants (en excluant les femmes stérilisées) est de 64,8% ; le pourcentage de femmes qui souhaitent espacer leur prochain accouchement à plus de 2 ans atteint 13,2% (à savoir qu'en Bolivie, les écarts entre les grossesses et naissances sont en général de moins de deux ans, soit moins de la durée recommandée par les médecins). Déjà en 1989, 75% des femmes mariées ou en union déclaraient ne plus vouloir d'enfants et 10% souhaitaient plus d'espacement entre les accouchements.

Quand on demandait aux patientes si elles allaient avoir d'autres enfants, si le nouveau né allait avoir des frères ou sœurs, certaines patientes ne savaient pas encore ou déclaraient préférer attendre que celui-ci soit plus grand :

« No... l'unique. Non, pour l'instant non... peut-être avec le temps mais... pour l'instant elle va être la seule... seulement elle ; après avec le temps, on verra... »⁶⁴⁸.

« Pas encore, pas encore... Je vais attendre... 3,4 ans... »⁶⁴⁹.

Ces patientes souhaitent attendre entre 7 et 10 ans avant d'être de nouveau enceinte, même si elles allaient avoir environ 40 ans à ce moment. Une mère de 13 enfants déclara en riant qu'elle voulait d'autres enfants, qu'elle en voulait deux douzaines.

Une importante proportion cependant expliquait qu'elle ne souhaitait pas d'autres enfants. Une mère de deux enfants raconta qu'elle n'en désirait pas d'autres, car elle pensait n'être enceinte que d'un bébé, or elle en attendait deux, des jumeaux. Des mères disaient ne plus en vouloir, car elles jugeaient qu'elles en avaient déjà « beaucoup » ou « trop ».

Une raison fréquente était la souffrance de la grossesse et de l'accouchement décrits comme trop douloureux :

« Non, c'est de la douleur »⁶⁵⁰.

⁶⁴⁸ "No... la única. No, ya no... talvez con el tiempo pero... mientras ella sola va estar... solamente ella; después con el tiempo, ya vamos a ver...".

⁶⁴⁹ "Todavía no, todavía no... Voy a esperar... 3, 4 años...".

⁶⁵⁰ "No, es dolor".

« Celui-là, c'est tout car mettre un bébé au monde, c'est douloureux, ça te fait mal, tu veux mourir... alors un, c'est tout... non... »⁶⁵¹.

« Non... Maintenant, c'est pire (...). La cicatrice fait mal... Ah non ! (...). Ah non! »⁶⁵².

Une autre raison justifiant un “*ya no mas*” était les grossesses antérieures difficiles. Une mère expliqua qu'elle ne voulait pas d'autres enfants car elle avait trois fils et elle avait toujours eu des grossesses difficiles. Dernièrement, elle accoucha d'un mort né. Une autre mère qui avait perdu son bébé ne souhaitait pas être de nouveau enceinte, expliquant que sa grossesse l'avait fait suffisamment souffrir. Elle raconta qu'elle ne pouvait rien faire, « *ni même cuisiner* ».

D'autres raisons sont également ressorties des entretiens. Un couple justifiait qu'il avait décidé de ne plus avoir d'enfant car cela faisait trop souffrir en général. Une patiente déclara ne plus vouloir d'enfants car elle n'était pas en union stable (“*es que no tengo unión estable*”), et de plus « *cela fait souffrir beaucoup* » (“*además, alto hace sufrir*”). Maintenant, elle expliquait qu'elle avait un compagnon, son fils, et que cela était bien suffisant. Deux autres patientes, mères pour la première fois, expliquèrent que le nouveau né « *sera unique* » (“*será el único*”) car cela représentait beaucoup de responsabilités, et l'enfant allait vouloir étudier... « *Nous allons devoir faire attention... Il y a tellement de méthodes maintenant* ».

« Maintenant, j'ai quatre enfants: trois filles et un garçon. Je n'en veux plus. C'est beaucoup de s'en occuper, les faire étudier, acheter leurs habits, tout. Ici à la campagne, nous n'avons pas d'aide. Il n'y a presque rien » (“*Ahora tengo cuatro hijos: tres mujeres y un varón. Ya no quiero más. Es mucho criarlos, hacerles estudiar, comprar su ropa, todo. Aquí en el campo no tenemos ayuda. Casi no hay nada*”, Victoria Calisaya Acuña, 25 años, Jhapo, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

Ces mères ont évoqué la situation économique, la nécessité de travailler, qui ne peut pas toujours se concilier avec la garde des enfants ; et ont déclaré préférer apporter une éducation de qualité à leurs enfants.

« Non (...). Travailler et tout et ça non (...). A quoi ça sert de le mettre au monde et ne pas lui donner l'attention (...), avec [un seul fils], tu vois ce qui lui plaît, ce dont il a besoin, ce qu'il veut en particulier »⁶⁵³.

« Non... parce que... (...). Après (...) il va vouloir étudier... Et je ne vais pas pouvoir lui donner... Alors (...), moi je veux que... qu'il étudie, qu'il soit professionnel. Quelque chose,

⁶⁵¹ “*Eso no mas porque traer al mundo a un bebe, es dolor, te duele, quieres morirte... decir que uno mas... no...*”.

⁶⁵² “*No... Ahora peor (...). La herida duele... Ya no! (...). Ya no!*”.

⁶⁵³ “*No (...) Trabajar y todo y eso no (...). Que vale la pena llevarlo al mundo y no darle la atención (...), con [un solo hijo], ves que es lo que le gusta, lo que necesita, que en particular quiere (...)*”.

quelque chose qu'il puisse (...) Je vais le faire étudier... (...) Et avec un autre, je ne vais pas pouvoir »⁶⁵⁴.

« Non, c'est fini... Je pense que c'est fini... Avec deux, c'est suffisant parce que... l'argent ne suffit pas toujours, il n'y a pas de travail... Et en avoir deux, cela va être difficile... Je ne vais pas pouvoir travailler pour ne pas le négliger. Avec une au moins, j'ai pu travailler, hein (...). Avec elle, je ne vais pas pouvoir... Avec elle, personne ne va m'accepter, peu... (...). Je vais devoir vivre avec le salaire de mon mari, et ce n'est pas grand-chose... c'est bien peu ce qu'il gagne... (...). Idem ce que tu dépenses, dans la nourriture part l'argent, c'est tout... Pour cela, non... Ce seront les deux seuls de ma vie. Y'en aura pas d'autre »⁶⁵⁵.

Une autre patiente qui déclarait qu'elle ne souhaitait plus d'enfant à cause de la douleur, expliquait également que ce n'était pas facile avec la situation économique car même si les deux parents travaillaient « *ça ne suffit pas toujours* » (“*no te alcanza necesariamente*”). Elle disait être bien avec un enfant unique, et que « *avec le temps, nous verrons* » (“*Con el tiempo, veremos...*”).

« Bien sûr, nous ne voulions plus avoir d'enfant parce qu'avec la situation économique, et avec tout ça, aujourd'hui il faut penser (...) pour avoir plus, plus, plus (...) »⁶⁵⁶.

Ainsi la majorité des mères observées et consultées ne souhaitaient pas d'autres enfants. Cela aurait été intéressant de les revoir au bout d'un an quand la douleur n'est plus latente, mais également après 10 ans pour déterminer si la fécondité de ces femmes correspond à celle espérée le jour de l'entretien.

Denise Arnold et Juan Dios de Yapita révèle qu'il existe dans l'ayllu étudié un rang de sanctions culturelles contre ceux qui sont estimés avoir « trop » d'enfants. En général, les femmes de l'ayllu ont l'expérience d'avoir mieux contrôlé dans le passé la taille de la famille et de la population de l'ayllu dans sa totalité : elles se plaignent de la perte de ce contrôle sur leurs corps dans les récentes décennies⁶⁵⁷.

Comment vont-elles faire pour espacer les naissances ou ne plus avoir d'enfant ? Quand on demandait aux patientes des maternités comment elles allaient faire pour ne plus avoir d'enfant, ou pour attendre le temps souhaité, la majorité expliquait qu'elle allait faire attention, en utilisant peut-être une quelconque méthode :

⁶⁵⁴ “No... porque... (...). Después (...) el va a querer estudiar... No le voy a poder dar ya... Entonces (...), yo quiero que ya... que estudie, ser profesional. Algo, algo que puede (...) Voy hacerlo estudiar... (...) Y con otro, no voy a poder”.

⁶⁵⁵ “No, ya no... Yo pienso que ya no... Con 2 es suficiente porque... muy poco alcanza el dinero, no hay trabajo... Y tener a los 2, imagínate, va a ser grave... Que ya no voy a poder trabajar por no descuidarme de él. Con una por lo menos, ya he podido trabajar, no ve (...) Con ella no voy a poder... Con ella, nadie me va aceptar, poco... (...) Voy a tener que vivir con el sueldo de mi esposo, tampoco es mucho... muy poco lo que gana. Igual lo que te gasta, en la comida no más se va la plata... Por eso, no... Los únicos dos de mi vida. Ya no mas”.

⁶⁵⁶ “Obviamente que ya no queríamos tener mas bebe porque con la situación económica, y con todo eso, hoy en día hay que pensar (...) para tener mas, mas, mas (...)”.

⁶⁵⁷ Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.

« Hum... je crois que je vais faire attention avec un préservatif »⁶⁵⁸.

« Je pense aux injections [ou le stérilet dans deux mois] »⁶⁵⁹.

« Je vais faire attention avec une méthode (...) le stérilet (...) Il y a tellement de choses, non ? Je ferai attention comme ça... Parce que sinon (...) et la vie si chère »⁶⁶⁰.

Nombre d'entre elles souhaitait consulter:

« Je vais consulter mon médecin (...) ou nous ferons attention nous-mêmes »⁶⁶¹.

« Je ne sais pas... On m'a dit qu'ici il y a une Planification Familiale. Je vais venir ici... Ils me donneront, je ne sais pas, des pilules... J'achèterai un stérilet, je ne sais pas... mais je vais faire attention, pendant un certain temps, si... Si parce que... ils disent que tu peux être enceinte, non... pendant... l'allaitement. Alors je dois faire attention, c'est tout... »⁶⁶².

« ... je vais me mettre... le stérilet... Y'en a tellement aujourd'hui. Y'en a tellement des 'avancées'... Ce n'est pas comme avant... Avant, la population avait, hein ! Elle avait 5, 10 enfants... Maintenant ils en ont 1, 2... parce qu'ils font attention, non ? C'est un traitement, après un temps, on se fait mettre un... un stérilet, ... une spirale... je ne sais pas ce qu'il y a... Je vais voir avec mon gynécologue... »⁶⁶³.

La connaissance et l'utilisation de méthodes contraceptives, naturelles et modernes, permettent de planifier les grossesses et les naissances, et d'éviter ainsi les grossesses non planifiées, voire non désirées. Voici les caractéristiques de la planification familiale en Bolivie, à travers notamment l'étude menée.

Les techniques utilisées

En Bolivie, quatre types de méthodes sont actuellement proposés par la norme officielle : les méthodes naturelles, parmi lesquelles se trouvent l'abstinence, la méthode du calendrier ou du 'ritmo', celle du collier ou des jours fixes et la MELA (méthode pendant l'allaitement et la période aménorrhée) ; les méthodes hormonales telles que la pilule, l'injection et la pilule du lendemain ; les méthodes de barrières, comme le stérilet (DIU ou 'T' de Cobre), le préservatif et la tablette vaginale ; et les méthodes définitives, soit la ligature des trompes pour les

⁶⁵⁸ "Hum... creo que me voy a cuidar con preservativa".

⁶⁵⁹ "Yo piense ya a las inyecciones [o T de Cobre dentro de 2 meses]".

⁶⁶⁰ "Me voy a cuidar con algún método (...) la T de Cobre (...) Hay tantas cosas, no? Así me cuidare... Porque sino (...) y la vida tan cara".

⁶⁶¹ "Voy a consultar con mi medico (...) o cuidarnos nosotros mismos".

⁶⁶² "No sé... Me ha dicho que aquí hay Planificación Familiar. Voy a venir aquí... Me darán, no sé, pastillas... Me comprar una T, no sé... pero me voy a cuidar, durante un buen tiempo, si... Si porque... dicen que ya te puedes embarazar, no... en la época de... lactancia. Así que tengo que cuidarme no mas...".

⁶⁶³ "... me voy a colocar... la T de Cobre... Tanto ahora hay. Hay tantas tan avanzadas... No es como antes... Antes, la gente tenía, ¡uh! Tenía 5, 10 hijos... Ahora tienen 1, 2... porque ya se cuidan, no? Es un tratamiento, pues, pasando a un... un tiempo medio, se hace colocar algún... T de cobre,... espiral... no sé que hay... Voy a (ver) con mi ginecólogo...".

femmes et la vasectomie pour les hommes. Ces différentes méthodes peuvent être regroupées selon deux catégories : les méthodes temporaires, qui comprennent les méthodes naturelles et les méthodes appelées ‘modernes’, et les méthodes permanentes ou définitives.

Dans la pratique les femmes utilisent d’autres méthodes pour éviter une grossesse : « *se laver le vagin avec du coca cola avant l’acte sexuel et introduire dans celui-ci une aspirine après l’acte et prendre une tasse d’infusion bien chaude et chargée de céleri et de camomille après les relations (Pareja et Ballon 1994)* »⁶⁶⁴.

Selon les études de Skibiak (1994) dans les aires rurales de Tarija, certaines femmes mentionnèrent l’usage de douches de citron, de vinaigre, ou d’eau et de sel comme contraceptifs. D’autres utilisent une marque locale d’aspirine (‘Mejoral’) comme suppositoire vaginal. Certaines s’introduisent une allumette pour qu’elle se dissolve dans le vagin comme un moyen d’éviter la grossesse. Les femmes mentionnèrent également cette méthode comme traitement pour les MST⁶⁶⁵.

Au cours de l’étude de Denise Arnold et Juan Dios de Yapita dans un ayllu des andes boliviennes, les femmes expliquèrent que les principales techniques de planification familiale étaient le mariage tardif, l’allaitement maternel prolongé (l’allaitement, en général, se maintient jusqu’à la première année ; mais lorsqu’il est utilisé comme une technique anovulatoire, certaines mères continuent d’allaiter jusqu’à ce que l’enfant ait 3 ans), l’abstinence sexuelle et le système culturel de connaissances sur la conception. A l’inverse, ces femmes avaient parfois recours aux herbes, fleurs spéciales ou amulettes magiques pour engendrer la fécondité.

Connaissance et utilisation (Voir Annexes VI et VII : Connaissance et utilisation des méthodes de contraception selon ENDSA 1998)

Malgré un intérêt et une demande croissante de la population, la planification familiale est essentiellement caractérisée par une importante brèche entre la connaissance et la pratique, un contraste entre les niveaux de connaissances et l’usage des méthodes contraceptives.

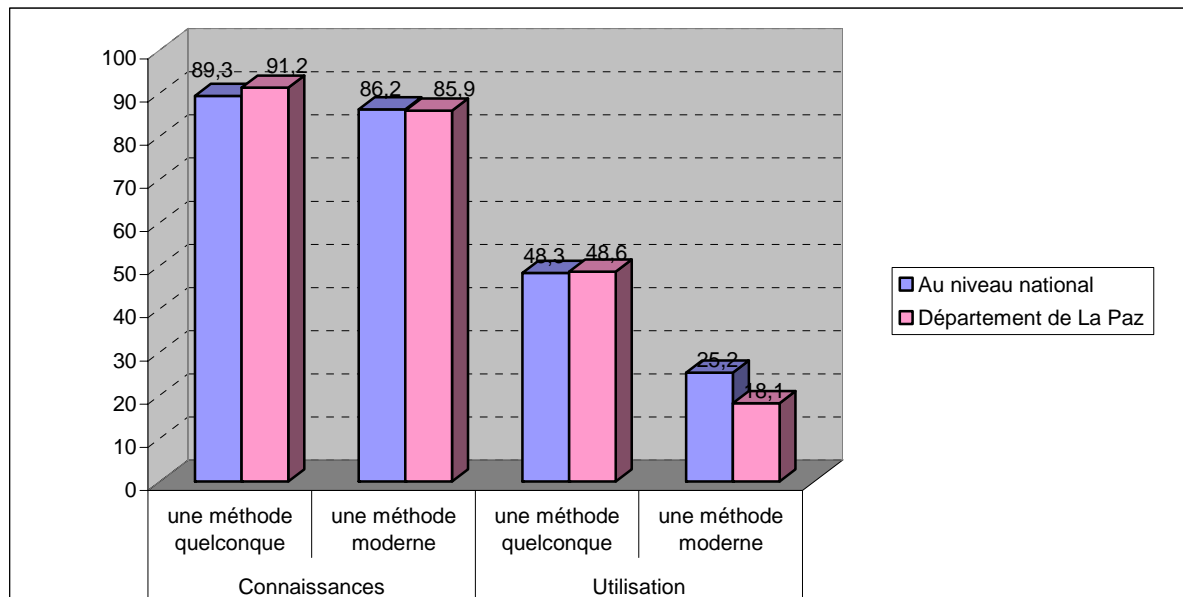
En général, les méthodes de contraception sont connues en Bolivie. Selon ENDSA 1998, 89,3% des femmes en union et 89% des hommes en union déclarent connaître une méthode. 86,2% des femmes et 85,2% des hommes entrevus affirment être informés d’au moins une méthode moderne. Cette connaissance varie selon le lieu de résidence. Elle atteint 97,2% des femmes et 96,5% des hommes en zone urbaine ; et 73,9% des femmes et 75,6% des hommes en zone rurale (ENDSA 1998). Selon l’enquête précédente, ENDSA 1994, les femmes qui

⁶⁶⁴ “*lavarse la vagina con coca cola antes del acto sexual e introducir en ella una aspirina después del acto y tomar una taza de mate bien caliente y cargadito de apio y manzanilla después de las relaciones (Pareja y Ballon 1994)*” (Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté).

⁶⁶⁵ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté, page 66.

connaissent le plus les méthodes étaient celles qui manifestaient le souhait d'espacer leur prochaine grossesse. Depuis 1994, cette connaissance a augmenté puisque selon ENDSA 1994, 84,5 des femmes connaissaient une quelconque méthode et 76,7 une méthode moderne, ce qui montre une amélioration quantitative de la connaissance des méthodes contraceptives. Dans le département de La Paz, environ 90% des hommes et des femmes connaissent une méthode. La pilule et le stérilet constituent les méthodes modernes les plus connues. Lors de l'atelier de Chasquipampa, les adolescents ont évoqué comme moyen de planifier les naissances en premier lieu l'abstinence puis la recherche d'information au Centre de Santé.

Connaissances et Utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en union (en pourcentage)



Source : ENDSA 98

L'enquête de ENDSA consiste à demander aux femmes si elles connaissaient ou avaient entendu parler de méthodes pour faire attention, ou éviter une grossesse. Mais 'connaître' ne signifie pas nécessairement que la femme ait des informations précises sur une méthode en particulier ; il est possible qu'elle n'en connaisse que le nom ou qu'elle ait une quelconque référence. De plus avoir des informations sur les méthodes ne détermine pas l'utilisation (même s'il s'agit d'une condition nécessaire). Ainsi, selon ENDSA 98, la majorité de la population connaît une quelconque méthode contraceptive. Mais le numéro ne rend pas compte de la qualité et de l'utilisation de l'information.

D'ailleurs le pourcentage d'utilisation, parmi les mêmes personnes interviewées, est plus faible que le pourcentage de connaissance. 48,7% des femmes entre 15 et 49 ans et 67,1% des hommes ont déclaré avoir utilisé au moins une fois une quelconque méthode. Parmi ces femmes, 68,7% étaient en union au moment du sondage et 81,3% ne l'étaient pas. 30,5% du total de ces femmes sexuellement actives ont déclaré avoir un jour utilisé une méthode

moderne, et 36,6% une méthode traditionnelle, parmi lesquelles respectivement 43,3% et 51,7% étaient en union. Les méthodes modernes qui avaient le plus été utilisées étaient la pilule, le stérilet et le préservatif.

Au moment de l'investigation de ENDSA 1998, seules 31,4% des femmes sexuellement actives ont déclaré utiliser une quelconque méthode de contraception, 48,3% des femmes en union, et 42,9% des hommes. 16,5% du total des femmes interrogées, et 25,2% de ces femmes en union ont déclaré utiliser une méthode moderne et respectivement 15% et 20,0% une méthode traditionnelle. Les méthodes modernes déclarées comme les plus utilisées étaient le stérilet (et majoritairement le préservatif chez les femmes qui n'étaient pas en union). Selon les entretiens, il n'existe pas de tendance fixe d'utilisation des méthodes contraceptives. La tendance est variable dans le temps et l'espace considéré.

Il y a une prévalence contraceptive dans les aires urbaines, puisque 57,6% des femmes urbaines et 30,1% des femmes rurales ont déclaré utiliser une méthode au moment de l'enquête ; et chez les femmes de majeur niveau d'instruction.

Dans l'ensemble, l'utilisation de moyens contraceptifs a augmenté depuis ENDSA 1994 et surtout ENDSA 1989 qui reportait que seules 15% des femmes utilisaient une quelconque méthode.

ENDSA 1998 montre que la majorité des femmes boliviennes sexuellement actives n'utilisent pas de moyens de contraception. Il existe un important décalage entre la connaissance et la pratique. Parmi les femmes de 20 à 24 ans, ayant accouché avant leurs 20 ans, 65% connaissent les méthodes de contraception modernes, 32% savent où les obtenir, mais 2% utilisent une quelconque méthode (ENDSA 98).

Cette ampleur de la connaissance d'une ou de plusieurs méthodes contraceptives s'est confirmé lors de l'étude. Si certaines patientes rencontrées ne comprenaient pas de quoi il s'agissait quand la planification familiale était évoquée, en général, les patientes des différents services, les participants des ateliers connaissaient ou avaient entendu parler de la planification familiale ou de certaines méthodes.

Il existe peu de données sur la prévalence contraceptive des femmes rencontrées. La planification familiale n'est généralement pas une information requise pour les histoires cliniques. Mais les observations et discussions ont montré que certaines patientes et participantes des ateliers utilisaient une méthode contraceptive. Elles expliquaient qu'elles utilisaient la méthode du calendrier, le stérilet, et une minorité avait opté pour la ligature des trompes.

Mais au moment de l'étude, la majorité des femmes a déclaré ne pas utiliser de moyens de contraception car le mari était décédé ("*después, se ha muerto mi marido, así que...*"), ou par négligence ("*descuido*"). Parmi ces femmes, certaines ont expliqué qu'elles avaient déjà utilisé une, voire plusieurs méthodes, notamment modernes, mais qu'elles avaient arrêté, généralement pour cause de gêne : avec la pilule, « *mes seins me faisaient mal* » ("*me dolían los pechos*"), les injections provoquaient des maux de tête, ou le stérilet gênait.

Les participantes de l'atelier mené à la Fundación La Paz connaissaient les principales méthodes offertes en Bolivie, la MELA, le préservatif, la pilule, la méthode du calendrier ou ritmo, le stérilet et les injections, mais sans pour autant en maîtriser l'information et l'utilisation. Les participantes ne connaissaient cependant pas les tablettes vaginales et une seule d'entre elles avait entendu parler de la méthode du collier (ou des jours fixes) ; elles ne se rappelaient pas des méthodes définitives telles que la ligature des trompes. Une participante a évoqué l'éponge comme moyen de contraception, utilisé par sa cousine en Argentine, mais qui n'est pas officiellement reconnue en Bolivie.

Les participantes ont montré un grand intérêt pour la **méthode du calendrier** même si elles n'en connaissaient pas le fonctionnement pour une efficacité maximum. Certaines expliquaient qu'elles avaient longtemps utilisé cette méthode avec succès, alors qu'elles déclaraient qu'elles n'avaient pas toujours des cycles menstruels réguliers.

Toutes les participantes connaissaient et avaient utilisé, parfois sans le savoir, la **MELA**. Mais toutes méconnaissaient les conditions indispensables de l'utilisation de l'allaitement comme méthode contraceptive.

Aucune, à l'exception d'une, ne connaissait la **méthode du collier**, une méthode récente qui suscita un vif intérêt de la part des participantes.

Le **préservatif** était connu et avait été utilisé par certaines. Elles avaient conscience qu'il s'agissait de l'unique méthode qui protégeait des MST. Mais dans l'ensemble, elles ne semblaient pas être familiarisées à son utilisation. Une participante raconta que la copine de son frère s'était refusée à utiliser le préservatif car selon elle, cela signifiait qu'il ne l'aimait pas.

Les **tablettes vaginales** étaient une méthode totalement inconnue pour les participantes. A la fin de sa présentation, cette méthode leur parut peu commode et agréable, car trop précis dans le temps.

Le **stérilet** est la méthode moderne la plus connue et utilisée. Deux des participantes l'avaient utilisé pendant longtemps. Mais elles se l'étaient fait retirer à cause des gênes qu'il provoquait, jusqu'au changement d'humeur qu'il occasionnait. Les participantes se demandaient alors s'il était possible d'être rapidement enceinte après le retrait du stérilet.

Par rapport à la **vasectomie**, les participantes ont réagi de façon unanime : « *Quel est l'homme qui va se faire opérer* » (“*¿¿¿cual hombre se va hacer operar!!!*”). Elles ont alors expliqué que la planification familiale n'était pas assumée par les hommes et que cela restait une affaire de femmes. De plus, selon elles, cette opération ébranle la masculinité de l'homme. Cependant, elles connaissaient cette intervention chirurgicale et savaient qu'il s'agissait d'une opération banale et rapide.

Diverses anecdotes ont illustré la **ligature des trompes**. Certaines des participantes avaient souhaité, à leur dernier accouchement, cette opération définitive. Mais elles expliquèrent que ce ne fut pas possible car les médecins demandaient la signature du mari. Or, l'une d'entre elles était officieusement séparée de son conjoint ; le mari d'une autre s'est refusé de signer. En Bolivie, dans de nombreux centres médicaux en effet, l'autorisation du compagnon est requise pour une ligature des trompes.

Il ne semble pas exister de relations entre l'usage de méthodes contraceptives et le niveau scolaire, le nombre d'enfants ou de grossesses, ou le fait d'avoir ou non avorté. Mais il y eut peu de patientes qui déclarèrent utiliser une méthode pour démontrer un quelconque lien. On peut seulement souligner qu'une petite majorité de celles qui n'utilisaient ou n'utilisèrent pas de méthode avait un ou deux enfants, et une ou deux grossesses. Mais deux d'entre elles eurent neuf grossesses.

Selon une étude gouvernementale de 1997⁶⁶⁶, la connaissance et l'usage de méthodes contraceptives sont influencés par le niveau d'instruction, l'âge, la langue habituelle parlée dans le foyer, les préférences reproductives et la connaissance de la période fertile. La résidence est également une des variables intermédiaires les plus importantes. L'étude montre qu'il existe une relation positive entre le niveau d'instruction, la connaissance et la pratique contraceptive. Les femmes qui parlent le castillan ont un niveau de connaissance et de pratique supérieur. La connaissance est relativement plus faible chez les femmes de 15 à 19 ans ou de 45 à 49 ans, que chez celles des autres groupes d'âge. Cependant, les générations les plus jeunes tendent à initier la contraception plus tôt et avec des méthodes plus efficaces.

Le rapport, comme d'autres études relatives à la connaissance et la pratique de la contraception en Bolivie, rend compte que les femmes avec moindre connaissance des méthodes et de leurs sources, et donc qui ont moins de possibilité de planifier leur grossesse, sont celles de la zone rurale, les plus jeunes, et qui ne savent ni lire ni écrire. Majoritairement, elles sont de langue aymara et ne connaissent pas la période fertile.

Les méthodes naturelles sont les plus diffuses, promues et les plus utilisées. La méthode préférentielle varie selon la résidence (rurale, urbaine, ou selon les départements), et selon d'autres variables socioéconomiques. Mais la méthode préférée reste, dans l'ensemble, le 'ritmo'.

Selon divers bilans, et d'après l'étude menée, il existe une nette préférence pour les méthodes naturelles : une patiente déclara ne pas être amie de ça (les méthodes de planification) : « *Nous faisons attention de façon naturelle* »⁶⁶⁷, mais elle pensait à une quelconque méthode (la ligature des trompes). Une autre patiente expliquait « *Méthode du plan ou Calendrier* » ; d'autres, « *Pilules, non !* », ou « *... Comme vous dirais-je... parfois nous faisons attention... non... non... sans préservatif, sans rien. Un moment, non...* »⁶⁶⁸. ENDSA 1998 indique que parmi les utilisateurs d'une quelconque méthode, la méthode préférée reste le ritmo. La majorité des femmes déclare se fier à son cycle naturel, et pratiquer l'abstinence périodique.

Les méthodes naturelles, pourtant, sont reconnues comme moins efficaces, dues au manque de maîtrise et de connaissance du cycle reproductif de la femme. Ainsi, des patientes expliquèrent que le calendrier n'était pas une méthode effective puisqu'elles étaient tombées enceintes. Pour utiliser la méthode du calendrier, pour éviter des grossesses non désirées, il est important de connaître et de respecter le cycle menstruel.

⁶⁶⁶ Hugo Torrez Pinto, Franklin Garcia P., Jaime Montaña G., *Consideraciones reproductivas de la población boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Planificación y Ordenamiento Territorial, Dirección General de Planificación Estratégica, Unidad de Política de Población, 1997.

⁶⁶⁷ "Nos cuidamos a lo natural".

⁶⁶⁸ "... Como le diré... a veces nosotros nos cuidamos... no... no... sin condón, sin nada. Una temporada, no...".

Les églises proposent des services et font la promotion des méthodes naturelles. Or, ENDSA 1994 révélait que parmi les femmes qui utilisaient le ritmo, 24% ne connaissaient pas le moment du cycle menstruel, et le principal risque de grossesse ; des résultats confirmés par une étude de Skibiak, en 1994, selon laquelle la majorité des femmes étudiées (61%) qui utilisaient la méthode du ritmo ne pouvaient identifier correctement la période fertile⁶⁶⁹. Selon l'enquête de ReproSalud menée au Pérou, seulement 22% des femmes andines qui utilisent le ritmo ont connaissance de leur période fertile qui coïncide avec la connaissance biomédicale⁶⁷⁰.

Une étude publiée en février 2003, intitulé “*El difícil camino de (construir) una sexualidad libre de la reproducción – Sexualidad en mujeres y varones universitarios – UMSA*” conduite auprès des étudiants de la UMSA des deux sexes, conclue que seuls 46% des étudiants et 26,4% des étudiantes connaissent le cycle fertile des femmes (une donnée imprévue selon les enquêteurs).

D'autre part, l'efficacité des méthodes modernes peut également être relativisée par le manque d'information et de connaissance. La pilule, par exemple, s'obtient sous prescription médicale. Or dans la pratique, les femmes l'obtiennent sans consultation, et donc sans ordonnance. Il n'existe donc aucune garantie de recevoir l'information sur comment bien utiliser la méthode, les effets secondaires ou les contre indications.

Le recours à l'avortement

Les études hospitalières ont observé que de nombreuses patientes enceintes étaient hospitalisées car elles perdaient du sang, dans la majorité des cas pour ne pas avoir fait attention, pour avoir trop marché par exemple. Certaines de ces patientes ont expliqué qu'elles étaient tombées et qu'elles avaient attendu avant de se rendre à l'hôpital. D'autres ont raconté qu'elles avaient été victimes de violences familiales. L'une d'entre elles a expliqué que le vendredi, son compagnon était rentré ivre à la maison et qu'il avait commencé à la frapper, ce qui avait provoqué l'hémorragie. Une autre patiente, physiquement marquée, a expliqué que son mari l'avait battue. Il était également rentré ivre. Mais elle insistait sur le fait qu'elle était aussi responsable que lui de la dispute : « *nous nous sommes disputés tous les deux* » (“*nos hemos peleado los dos*”), jusqu'au moment où il lui lança un verre d'eau. Le mari savait qu'elle était enceinte (grossesse de 10 semaines) et elle racontait que maintenant il pleurait car il s'agissait de leur premier enfant et que tous les deux le désiraient. Ainsi, de nombreuses patientes rencontrées dans les différents hôpitaux de l'étude étaient hospitalisées pour « menace d'avortement », et une majorité des patientes de l'étude avait avorté, de façon non déterminée, c'est-à-dire intentionnellement ou non, au moins une fois.

⁶⁶⁹ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

⁶⁷⁰ Carmen Yon Leau, *Hablan las mujeres andinas*, Movimiento Manuela Ramos, 2000.

Il existe deux types d'avortement : l'avortement spontané, lorsqu'il se produit naturellement une perte, et l'avortement provoqué ou induit, intentionnellement pratiqué. En théorie, il est difficile de distinguer ces deux genres d'avortement, et de conclure que tous les cas relatifs à la pratique sont provoqués. De plus, l'avortement est généralement occulté par le terme « hémorragie ». L'indice d'avortement provoqué en Bolivie est une information qui reste caché dans les registres hospitaliers sous le diagnostic générique d'hémorragies du premier semestre, ce qui ne permet pas d'identifier s'ils furent provoqués ou non. Dans l'hôpital de La Paz, il n'existe pas d'histoire clinique pour les patientes SUMI hospitalisées pour menace d'avortement. Seuls figurent les antécédents médicaux.

Cependant, les observations et discussions ont rendu compte d'avortements intentionnels ou de tentatives intentionnelles d'interrompre la grossesse. Souvent, l'avortement provoqué est le résultat d'une grossesse non désirée ou non attendue. Face à une grossesse non planifiée et non désirée, les femmes ne voient que deux recours possibles : assumer cette grossesse sans le vouloir, ou recourir à l'avortement clandestin. Le nombre élevé de grossesses non planifiées et non désirées expliquerait la prévalence de la pratique en Bolivie.

Qui avorte et pourquoi ?

Selon de nombreuses études et d'après diverses revendications, l'avortement toucherait essentiellement les adolescentes, population désormais ciblée par de nombreuses ONG. Selon Docteur Conde, il s'agit là d'un stéréotype puisque, selon des études officielles, les avortements concerneraient principalement les femmes de 27 ans (moyenne d'âge).

L'étude de terrain, par manque d'information, ne peut conclure à une quelconque relation entre l'âge et la probabilité d'avorter, même s'il fut observé que le nombre et la fréquence de l'avortement étaient plus élevés chez les femmes plus âgées. De même, on a observé que la majorité des patientes qui n'avaient jamais avorté avait un niveau scolaire secondaire, alors que celles qui avaient avorté au moins une fois avaient pour la plupart un niveau primaire. Cependant, un grand nombre de cas n'ont pas été déterminés, ce qui ne permet pas de vérifier l'interférence du niveau scolaire sur l'avortement.

D'après le peu de données disponibles, la probabilité d'avorter semble indépendante du nombre d'enfants, et ne paraît pas avoir de lien avec l'utilisation de moyens contraceptifs (il existe la même proportion d'avortements chez les patientes qui utilisaient ou avaient utilisé une quelconque méthode que chez celles qui n'avaient jamais utilisé de moyens de planification familiale).

Des études ont montré que l'avortement touchait tous les milieux sociaux, culturels et tous les âges. Mais il touche principalement les femmes qui ont de nombreux enfants, qui sont seules, et qui sont jeunes ; une pratique qui apparaît comme une solution désespérée pour elles. Selon Alfredo Barientos, responsable du CIASE, d'après son expérience, en général l'avortement touche effectivement les adolescentes et les mères qui ont déjà de nombreux enfants.

Si, en 1991, la Société de Gynécologie et Obstétrique estime que 69% des avortements touchent les femmes de 14 à 19 ans, le 12^{ème} Congrès Bolivien de Gynécologie et Obstétrique (3 août 1995) contredit l'hypothèse selon laquelle, à moindre niveau d'instruction, meilleure probabilité d'avortement, et affirme que l'avortement n'est ni déterminé par le niveau d'instruction, ni par le statut socio-économique. L'avortement atteint plus les femmes en union que les femmes seules, et l'usage de méthodes contraceptives chez les femmes qui avortent est faible⁶⁷¹.

Les causes d'avortement spontané sont liées au manque d'attention des femmes enceintes. Lors de la grossesse, la femme ne doit pas lever ou porter des choses lourdes. Elle a besoin de beaucoup de repos... La santé, le bien être et l'activité de la femme affectent directement le bon développement de la grossesse. Or l'étude a révélé la négligence physique et mentale des femmes à l'origine des avortements ou menaces d'avortement : mauvaise alimentation, manque de contrôles prénataux, d'hygiène de vie, ou une activité physique intense liée aux nécessités économiques et l'impossibilité d'arrêter de travailler. D'autre part, des patientes ont expliqué qu'elles ont été victimes de violences, généralement domestiques et familiales, et que les coups auraient provoqué l'avortement, la menace d'avortement, ou d'accouchement prématuré.

Les causes d'avortement provoqué sont généralement liées à une grossesse non désirée. Selon les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz, les femmes avortent pour ne plus avoir d'enfant, par peur ou à cause de raisons économiques. L'avortement est notamment un recours lorsque la méthode contraceptive utilisée échoue. En effet, il est possible d'être enceinte parce qu'une méthode n'a pas fonctionné, à cause d'un manque d'information sur comment prévenir une grossesse, d'un manque d'accès adéquat aux méthodes de régulation de la fécondité, ou de la méconnaissance de la période fertile. Selon la révision bibliographique *Expandiendo opciones de planificación familiar, Diagnostico Cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, le manque d'éducation sexuelle est la première cause d'avortement induit.

Les causes sont également liées aux relations sexuelles non responsables de la part du couple, aux stéréotypes, préjugés et tabous sociaux, culturels et religieux autour de l'usage de méthodes et des relations sexuelles hors union, qui provoquent un certain rejet social et familial des mères seules et adolescentes. Une docteure a raconté le cas d'une jeune fille violée, qui par pression de son entourage avait essayé d'avorter, mais sans succès. Une participante d'un atelier a raconté que lorsqu'elle avait 18 ans et n'était pas encore mariée, ses parents l'avaient forcée à avorter, sans son consentement, car elle était considérée trop jeune pour être mère.

La situation économique, les bas revenus économiques pour la survivance ou une éducation de qualité de l'enfant appellent également parfois à recourir à l'avortement, tout comme les grossesses non désirées, parfois fruits d'un viol ou d'un inceste.

⁶⁷¹ Informe Nacional de Bolivia. Sobre Aborto, CLADEM, non daté, après 2002.

Un phénomène social

Dans le tiers monde, il y aurait 40 millions de femmes par an, qui avortent, la majorité de façon illégale⁶⁷². En Bolivie, l'avortement est interdit par la loi. Mais, malgré les censures et les limites imposées par la culture, de nombreuses femmes ont recours à l'avortement. Il existe une grande disparité entre les lois prohibitives et les circonstances réelles de l'avortement. L'avortement est, en Bolivie, un véritable fait social de par son ampleur. Il est difficile de préciser le nombre et la nature des avortements à cause de leur caractère illégal et clandestin, et les registres qui paraphrasent l'avortement par « hémorragie ». On estime cependant qu'entre un tiers et la moitié des grossesses se termine en avortement. Selon une recherche menée par le Taller de Historia y Participación de la Mujer en 1995, dont les résultats sont officiellement reconnus, il y avait 115 avortements par jour, soit entre 40 000 et 50 000 par an (Dibbits y Terrazas, 1995). En 2000, furent estimés de 30 à 40 000 avortements clandestins⁶⁷³. Selon d'autres études, 6 femmes sur 10 auraient avorté au moins une fois⁶⁷⁴.

Un autre indicateur de l'ampleur du phénomène : la proportion des complications d'avortement dans les services médicaux. Selon diverses recherches, la majorité des patientes étudiées sont arrivées en sang au service médical pour avortement incomplet.

D'autres études, comme celle du FNUAP ou de Susanna Rance, montrent qu'entre 1967 et 1976, les complications d'avortement constituèrent 46% des admissions obstétriques hospitalières, et jusqu'à 50,6% entre 1978 et 1987. En 1995, est estimé que presque la moitié des salles de maternité sont occupées par des patientes avec complications d'avortement (Dibbits y Terrazas, 1995). En 1998, un projet du FNUAP observe que 30% des lits des hôpitaux pour les soins gynécologiques et obstétriques sont occupés par des patientes souffrant de complications suite à un avortement⁶⁷⁵.

Dans une étude plus récente, *Diagnostico de la situación actual de los servicios de atención postaborto (APA) en el sistema de salud publico*, en 1999, les fonctionnaires de la santé ont déclaré que entre 47 et plus de 50% des lits en salles de gynécologie des hôpitaux étaient occupés par des patientes admises pour complications d'avortement. Et 60% du total des coûts obstétriques et gynécologiques dans les hôpitaux publics sont dépensés pour soigner des patientes qui présentent des complications d'avortement⁶⁷⁶.

Un étudiant en médecine d'un des hôpitaux étudiés racontait que les patientes avec avortements incomplets étaient essentiellement soignées la nuit. Pour une telle attention, les patientes se rendaient généralement de nuit à l'hôpital. Ces soins ne requièrent pas d'hospitalisation, seules environ trois heures d'observation. Le rejet social, comme le qualifiait l'étudiant, peut justifier ce phénomène nocturne. Un rejet entretenu par l'hôpital puisque sur les murs de celui-ci, on observe divers calendriers du Ministère de la Santé sur lesquels figure « *Nous protégeons le droit à la vie de chaque nouveau né* » (« *Protejamos el derecho a la vida de cada recién nacido!* »).

⁶⁷² Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁶⁷³ Julieta Montañó / OJM, *Derechos reproductivos de la mujer en Bolivia: Un informe sombra*, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas públicas, 2001.

⁶⁷⁴ Hoy, 1994, citado por Parras, 1995.

⁶⁷⁵ UNFPA, Bolivia, Proposed Projects and Programmes, Bolivia, 1998.

⁶⁷⁶ A. Friedman, C. De la Quitana, G. Jové, T. DN King, *Diagnostico de la Situacion Actual de los Servicios de Atencion Postaborto (APA) en el Sistema de Salud Piblico Boliviano – Informe de los resultados de investigacion para el MSPS*, (INOPAL III-IPAS-MSPS), Carrboro, Abril de 1999.

Si l'avortement reste relativement tabou dans la société bolivienne, rejeté légalement et socialement, il constitue une réalité sociale, une réalité qui se reflète à moindre mesure dans les hôpitaux étudiés et les ateliers menés. En effet, l'avortement est une expérience connue ou vécue pour la plupart des femmes rencontrées.

Un indicateur reste le nombre de grossesses supérieur au nombre d'enfants. Dans tous les hôpitaux étudiés, le nombre moyen de grossesses par femme était plus élevé que le nombre d'enfants par femme⁶⁷⁷. Selon les histoires cliniques et les histoires des patientes, la majorité avait avorté au moins une fois.

Il y avait également une importante proportion de femmes hospitalisées pour menace d'avortement. La majorité des femmes rencontrées dans les hôpitaux étaient hospitalisées pour accoucher. Mais une importante proportion était hospitalisée pour menace d'avortement, grossesse difficile ou menace d'accouchement prématuré.

Dans les ateliers, la plupart des participantes connaissaient une voisine, une amie, une belle sœur qui avait avorté ou tenté de mettre un terme à leur grossesse. Certaines ont raconté qu'elles avaient elles-mêmes essayé d'interrompre leur grossesse. Une mère de famille expliqua que sa dernière grossesse fut un choc et qu'elle avait tout tenté pour interrompre la grossesse. Mais elle raconta qu'un rêve presque divin l'avait convaincue de garder le bébé. D'autres ont raconté qu'à leur dernière grossesse, elles avaient essayé d'avorter (à cause de leur relation avec leur mari) : prise d'infusions, « *de tout* », mais cela n'avait pas fonctionné.

L'avortement dangereux

De part son caractère illégal et censuré par la société, l'avortement se pratique en Bolivie, comme en Amérique Latine, de façon clandestine, et donc dans des conditions dangereuses. En effet, les restrictions légales sur l'avortement n'arrêtent pas les femmes, et au contraire, elles vont recourir à des services clandestins, inadéquats et de hauts risques, qui mettent en danger leur santé et leur vie, synonymes d'avortements dangereux ou incertains ('abortos inseguros').

L'OMS définit l'avortement incertain « *comme le procédé pour terminer une grossesse non désirée, soit pratiqué par des personnes qui manquent d'habilités nécessaires ou dans un milieu dépourvu des standards médicaux minimums, ou les deux* »⁶⁷⁸. Selon l'OMS, l'Amérique Latine est la région du monde avec les plus hauts taux d'avortements incertains (41 avortements pour chaque 1 000 femmes, soit 3 fois plus haut que la moyenne mondiale avec 15 sur 1 000 et 5 fois plus hautes que dans les pays industrialisés).

Les femmes de hauts niveaux socioéconomiques ont la possibilité d'accéder à des services médicaux de qualité pour se faire avorter. Les femmes plus pauvres, quant à elles, se tournent vers des méthodes dangereuses. Les méthodes les plus communes en Bolivie pour provoquer un avortement sont le port d'objets lourds, les efforts et activités physiques excessives, les

⁶⁷⁷ Le nombre de grossesses paraissait augmenter avec l'âge, et ne pas avoir de relation avec le niveau scolaire, même si sur le faible échantillon étudié, celles qui avaient le plus d'enfants, avaient souvent un niveau primaire.

⁶⁷⁸ "como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado, ya sea practicado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de estandares medicos minimos, o ambos".

coups dans le ventre, la chute intentionnelle, et surtout l'ingérence de la pilule 'Citotec', utilisée comme pilule abortive. Dans le milieu médical, les avortements et les complications d'avortement sont traités selon l'Aspiration Manuelle Endo Utérine (AMEU) et le curetage utérin (LUI).

Pour résoudre le problème de la grossesse non désirée, les femmes de l'atelier de la Fundación La Paz expliquaient qu'en Bolivie, il y avait des herbes connues pour leur effet abortif. Les herbes données par les 'curanderos' (guérisseurs), les infusions de certaines herbes font partie des méthodes communes pour avorter. Ces mêmes herbes sont disponibles et en vente libre dans de nombreuses petites boutiques de la rue Santa Cruz de La Paz, qui vendent des herbes curatives et rituelles. Là, la vendeuse propose 4 pilules pour 80 boliviens (soit environ 8 euros), ou les pilules à 20 boliviens (soit environ 2 euros) le tube, moins efficaces selon elle, car il s'agit de pilules pour réguler et non spécifiques pour un avortement.

Dans son étude sur la démographie, Silvia Salinas Mulder révèle d'autres méthodes utilisées pour provoquer 'une fausse couche', comme manger de la nourriture chaude, prendre du café salé, prendre des pilules⁶⁷⁹.

Les femmes ont également recours aux injections, aux lavages vaginaux et surtout à l'introduction d'objets non stérilisés divers dans le vagin, ce qui peut provoquer des hémorragies ou des infections sévères⁶⁸⁰.

Selon les enquêtes menées, la majorité des avortements se réalise entre la 3^{ème} et la 4^{ème} grossesse⁶⁸¹. L'expérience négative d'avortements antérieurs n'est pas suffisante pour que la femme se décide, volontairement, à utiliser des méthodes contraceptives pour éviter de futures grossesses non désirées.

Au-delà de provoquer des avortements, ces méthodes produisent des complications d'accouchement ; notamment observés: des accouchements prématurés, des mort-nés, des malformations du nouveau né. L'avortement en conditions insalubres provoque différents types de complications physiques et psychologiques depuis des conduites dépressives, anxieuses, de peur, sentiments de culpabilité, et autres jusqu'à la perforation utérine, des hémorragies et infections graves qui peuvent produire l'infécondité, et surtout la mort⁶⁸².

En Bolivie, « *une des principales causes du haut taux de mortalité maternelle est l'avortement provoqué, qui est le résultat direct des grossesses non désirées qui, comme nous le savons tous, sont le fruit d'une déficience d'éducation par rapport à la santé sexuelle et reproductive* »⁶⁸³. En effet, l'avortement est responsable d'une proportion considérable de la

⁶⁷⁹ Silvia Salinas Mulder, « Demography from the soul ». Bolivia, Final Research Report, December 2000.

⁶⁸⁰ Ces différentes méthodes utilisées pour avorter sont décrites dans diverses études : Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté ; Cuadreno de Capacitación en educación para la sexualidad, La Paz, Mayo de 2001 ; Silvia Salinas Mulder, « Demography from the soul » Bolivia, Final Research Report, December 2000 ; Ineke Dibbits, Magaly Terrazas, *Hablar sobre el aborto no es fácil*, Tahipamu, 1995.

⁶⁸¹ S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

⁶⁸² Emma Donlan Coady, Nery Humberto Ortega V., Lenny M. Morales Diaz (Ed.), *Iniciativa de Salud Reproductiva en la region andina – ISRRA*, Population Concern, 2003.

⁶⁸³ « *una des las principales causas de la elevada tasa de mortalidad materna es el aborto provocado, que es resultado directo de los embarazos no deseados que como todos sabemos son el fruto de una deficiente*

mortalité maternelle. Des données de la SNS non publiées estiment que l'avortement, notamment les complications d'avortement, est responsable de 27 à 35% de la mortalité maternelle (SAG, 1997). Selon le Ministère de la Santé, l'avortement provoquerait la mort de 400 femmes par an⁶⁸⁴.

Selon l'étude d'Ineke Dibbits, *Lo que puede en sentimiento*, en 1995, par an, environ 850 femmes boliviennes mouraient à cause d'un avortement mal effectué, ce qui en faisait la cause principale de mortalité maternelle⁶⁸⁵. Des données de la Red Ada révèlent qu'en Bolivie, annuellement, meurent plus de 300 femmes comme conséquence des avortements clandestins pratiqués dans des conditions de risque⁶⁸⁶.

D'après l'étude de Silvia Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994*, plus de la moitié des morts maternelles étaient dues à des complications de l'avortement.

Lors de la dernière présentation du rapport bolivien devant le CEDEF, ce dernier faisait déjà part de ses préoccupations quant au haut taux de mortalité maternelle, en grande partie à cause de l'avortement illégal et regrettait à cet égard que l'Etat ne puisse pas connaître les proportions des répercussions de la législation qui criminalise l'avortement⁶⁸⁷.

La mortalité maternelle

La mortalité maternelle est définie par l'OMS comme « *la mort d'une femme pendant qu'elle est enceinte ou dans les 42 jours qui suivent la fin de sa grossesse, indépendamment de la durée de sa grossesse, produite par un quelconque cause liée ou aggravée par la grossesse, ou son maniement, mais non pour causes accidentelles ou incidentes* »⁶⁸⁸.

ENDSA 1998 ne présente aucune donnée sur la mortalité maternelle. Selon ENDSA 1994, le taux de mortalité maternelle, taux officiellement reconnu, était estimé à 390 pour 100 000 naissances vivantes, soit pour 100 000 naissances vivantes, 390 mères décédaient ; cela signifiait que dans une année, près de 1500 femmes mouraient à cause de leur grossesse ou de l'accouchement (UNICEF, 1994). Cependant, ces taux varient, entre 371 et 480 pour 100 000 naissances vivantes, selon la source d'information utilisée (BM, 1994 ; ENDSA 1994 ; UNICEF, 1992).

educación en lo que hace a la salud sexual y reproductiva” (Javier Torres Goitia Caballero, Política Nacional de Salud, MSPS, page 5).

⁶⁸⁴ Organismo Andino de la Salud, *Convenio Hipolito Unanue. Estudio de reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la Subregión Andina. Informe de país: Bolivia*, non publié à cette date.

⁶⁸⁵ Ineke Dibbits, *Lo que puede en sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁶⁸⁶ « Cada día 40 mujeres son violadas en todo el país », El Diario, Sábado 28 de septiembre de 2002.

⁶⁸⁷ Concluding Observation of the Committee Bolivia 31/05/95, in G. Tamayo Leon, *Cuestion de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, Cladem, 2000, page 154.

⁶⁸⁸ “*la muerte de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales*”.

En 2000, le Ministère de la Santé publie un taux de 249/100 000 naissances vivantes. A cette même date, selon EBRP et le Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2001, le taux est estimé à 374. Aujourd'hui, le chiffre estimé, non officiel à cette date, est de 235⁶⁸⁹.

Malgré une baisse certaine par rapport aux taux de ENDSA 1994, malgré le développement continu et de plus en plus précis de plans et programmes gouvernementaux et non gouvernementaux pour baisser la mortalité maternelle, malgré l'importante protection de la femme enceinte, le taux de mortalité maternelle en Bolivie n'a pas significativement diminué et il reste l'un des plus élevés d'Amérique Latine. En Bolivie, le risque de mort d'une femme enceinte est 80 fois supérieur à celui des pays d'Europe et d'Amérique du Nord⁶⁹⁰. D'après UNICEF, en 1994, le taux de mortalité maternelle en Bolivie était 60 fois plus élevé qu'en Europe ou aux Etats-Unis.

Ce taux reste disparate. En zone rurale, il est plus élevé qu'en zone urbaine. Selon ENDSA 1994, il était de 274 en zone urbaine et de 524 en zone rurale. Dans certains départements, ce taux est considérablement plus haut que la moyenne nationale. Les taux varient également selon l'étage écologique : pour chaque femme des plaines qui meurt correspond 6 femmes de l'altiplano⁶⁹¹. Selon ENDSA 94, le taux atteignait 600 pour 100 000 naissances vivantes sur l'altiplano. Et selon le Docteur Javier Torres Goitia, ex-ministre de la santé, la moyenne nationale de la mortalité maternelle cache la tragédie de la mortalité maternelle dans les communautés indigènes.

Selon ENDSA 1994, les ¾ des morts maternelles se présentaient lors de la grossesse et l'accouchement, et selon le Plan Vie, politique nationale de santé qui s'inscrivait dans la Stratégie Nationale de Santé Reproductive, en 1994, une femme mourait pour complications de grossesse ou d'accouchement chaque 4 heures. La majeure partie de la mortalité maternelle est liée à la grossesse, aux complications de la grossesse. 62% de ces morts se produisent pendant la grossesse ; 23% pendant l'accouchement et 15% pendant la période postnatale⁶⁹².

Les principales causes cliniques de mortalités maternelles sont l'hémorragie, la toxémie et l'avortement. L'hémorragie requiert un traitement dans les deux heures, dans un établissement de santé doté de moyens pour réaliser des transfusions de sang et pour prendre d'autres mesures pour sauver la vie de la femme. La toxémie, également appelée 'éclampsie', et ses complications, peuvent être détectées par une attention prénatale compétente. Il s'agit d'un état d'hypertension, qui commence par des convulsions jusqu'à la mort. L'avortement, qui est

⁶⁸⁹ Il est très difficile en Bolivie d'évaluer la réalité démographique car il n'existe pas de réel accès à l'information, aux indicateurs tel que l'avortement par exemple. De plus, les mesures, les méthodes utilisées changent d'une enquête à l'autre. Il s'agirait là, chez certains, de problèmes plus politiques que scientifiques. Selon la méthode utilisée, la mortalité maternelle pour cause d'hémorragies est relativisée. En 2001, un groupe de travail incorpore de nouvelles variables pour mesurer le réel impact de la mortalité maternelle, dans le dernier recensement (1998). Le résultat offre un recensement très précis de toutes les Mortalités Maternelles, dont le taux est évalué à 235/100 000 naissances vivantes (rappelons le taux officiel : 390). Ces nouvelles données ne sont pas reconnues par le Ministère (hypothèse selon laquelle le Ministère redouterait de ne plus avoir de subventions des organismes extérieurs). La nécessité de mener des recherches, essentiellement quantitatives plus sérieuses, semble dès lors claire et primordiale. Mais le manque de moyen ressurgit alors.

⁶⁹⁰ Sandra Aliaga Bruch, *Es la salud sexual y reproductiva un tema clave ?*, PROCOSI, UNFPA, 1997.

⁶⁹¹ Organismo Andino de la Salud, *Convenio Hipolito Unanue. Estudio de reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la Subregión Andina. Informe de país: Bolivia*, non publié à cette date.

⁶⁹² Organismo Andino de la Salud, *op. cit.*.

généralement le résultat d'une grossesse non désirée, est pratiqué dans de mauvaises conditions, avec des instruments non stérilisés et sans hygiène⁶⁹³.

Selon certaines études, et notamment l'étude récente des Nations Unies, *Metas de Desarrollo de la Cumbre del Milenio : Progreso en Bolivia*, l'hémorragie occupe le premier lieu des causes de mortalité maternelle, et l'avortement ne représenterait que 10% des décès maternels. Or, il existe un lien très étroit entre hémorragie et avortement dangereux, voire une relation corollaire qu'il est cependant difficile d'évaluer. Les hémorragies de la première moitié de la grossesse sont en majorité provoquées par des avortements en conditions insalubres. Ce pourquoi, comme cela fut présenté précédemment, il est estimé que les complications de l'avortement, qui se présentent généralement sous forme d'hémorragies, sont l'une des principales causes de mortalité maternelle.

Il existe également d'autres causes de mortalité maternelle comme la dénutrition, l'anémie ou autres états liés à la société et qui font partie de la culture, l'histoire, les coutumes et les attitudes des couples, le niveau économique personnel, la discrimination, le machisme, l'ignorance et la méconnaissance des droits reproductifs et sexuels.

Les participantes des divers ateliers connaissent des cas de mortalité maternelle dans leur entourage. Selon elles, ces morts sont dues à des hémorragies, des infections, à un manque de suivi prénatal et d'attention médicale, essentiellement à la campagne. Lors de l'étude menée dans les hôpitaux, il fut également observé un cas de mortalité maternelle, une femme décédée lors de son accouchement (le bébé n'ayant pas survécu non plus).

La maternité sans risque

Pour être enceinte dans de bonnes conditions, il est important de savoir ce qu'il se passe chez une femme enceinte. Selon les médecins « *biologiquement toute grossesse avant 19 ans ou après 35 ans représente un certain risque pour la mère, pour le fœtus, pour les deux* »⁶⁹⁴. Une grossesse est également cliniquement considérée comme dangereuse quand une femme a de nombreux enfants, et lorsque les services n'apportent pas de soins suffisants, et de bonne qualité. Cependant, chaque grossesse est différente, chaque grossesse est une expérience particulière.

⁶⁹³ Définitions de Lithzy Flores Rejas, *Desarrollando capacidades para la participación. Modulo 4. Salud. Para la capacitación a mujeres de base y lideres*, SNV, DASA, page 50.

⁶⁹⁴ "biológicamente todo embarazo antes de los 19 años o después de los 35 representa cierto riesgo para la madre, para el feto y para ambos" (Lithzy Flores Rejas, *Desarrollando capacidades para la participación. Modulo 4. Salud. Para la capacitación a mujeres de base y lideres*, SNV, DASA, page 39).

L'espace des naissances

De nombreuses femmes boliviennes, notamment les femmes rurales, sont en permanence enceintes ou allaitantes. Dans l'ensemble, les grossesses sont rarement espacées de deux ans comme le recommandent les médecins. Ce manque d'intervalle, ajouté à une malnutrition et un travail intense et permanent, ne laisse pas au corps le temps de reconstruire ses réserves et de faire face à une autre grossesse dans de bonnes conditions de santé.

Selon ENDSA 94, 34% des naissances lors de l'enquête avaient pour espacement entre 24 et 35 mois, soit 2 à 3 ans, et 12,3% entre 7 et 17 mois. Les mères rencontrées savaient dans l'ensemble que les grossesses suivies portaient préjudice à la santé de la mère : la femme est faible, la matrice, le corps doivent se restructurer, et la mère doit se récupérer physiquement (et moralement). Cependant, deux participantes furent enceintes de façon suivie, à moins de deux ans d'intervalle ; et de nombreuses patientes avaient des enfants qui avaient à peine deux ans d'écart.

Le Contrôle Prénatal

Quand une femme sait qu'elle est enceinte, une forme importante de faire attention à la grossesse est de consulter de façon périodique. Les médecins recommandent un contrôle prénatal chaque mois, soit neuf au total, ou, au moins que le premier contrôle soit réalisé au quatrième mois, puis mensuellement. Cette attention est gratuite pour les femmes boliviennes à travers le SUMI. Le contrôle prénatal mensuel de la grossesse octroie les meilleures conditions pour le succès d'un accouchement et pour éviter les risques liés aux complications de grossesse. Réalisé par une personnalité médicale, le contrôle aide, en théorie, à découvrir les éventuels problèmes chez la femme enceinte, dont les complications pourraient affecter la santé de la mère et de la créature.

Les taux de contrôles prénataux sont bas en Bolivie, comme le montrait la majorité des histoires cliniques d'un hôpital visité d'El Alto, sur lesquelles figuraient 'Sin Control Prenatal' (Sans Contrôle Prénatal). Selon une enquête de l'UNICEF en 1994, au niveau national, le mois moyen pour la première visite prénatale était le cinquième et le nombre moyen de visites est de environ 1,4.

Selon ENDSA 89, plus de la moitié des femmes ne faisait pas de contrôle prénatal. Le pourcentage de mères qui eurent un enfant dans les trois ans précédents l'enquête et qui reçurent une attention prénatale médicale augmenta de 50% en 1994 à 63% en 1998. En zone urbaine, ce chiffre atteint presque 80% ; en zone rurale, il concerne à peine 40% de ces femmes⁶⁹⁵. Selon ENDSA 98, 30,3% des femmes enceintes ne reçurent aucun contrôle entre 1995 et 1998 (40,3% dans le département de La Paz).

Dans l'hôpital observé de La Paz, au moment de l'étude, les patientes ont fait en moyenne 6 contrôles prénataux. Les contrôles prénataux semblent plus fréquents chez les femmes affiliées à la CNS. Les patientes de l'hôpital d'El Alto avaient fait entre 0 et 7 contrôles

⁶⁹⁵ Selon Programa de Atención a la Salud de la Mujer y a la salud sexual y reproductiva, 2003-2007.

prénataux. Un nombre important de ces femmes avaient fait 0 contrôle, 5 et 2 contrôles. Aucune des patientes rencontrées, hospitalisées pour accoucher ou pour des problèmes liés à leur grossesse n'avait fait 9 voire 8 contrôles comme le recommandent les docteurs. Un nombre important de patientes n'avait fait aucun contrôle. Mais certaines des patientes de l'étude étaient enceintes, et parfois depuis peu, ce qui ne permit pas de déterminer le nombre de contrôles prénataux final.

Par manque d'information, on ne peut établir de relation entre le nombre de contrôle et le niveau d'éducation. Cependant, celles qui avaient fait le plus de contrôles prénataux étaient celles qui avaient un niveau scolaire intermédiaire (secondaire); à l'inverse, celles qui avaient fait moins de contrôles s'avéraient avoir un niveau primaire. Mais parmi les femmes analphabètes rencontrées, une avait fait cinq contrôles, une autre trois, et deux autres n'avaient fait aucun contrôle.

Les participantes des divers ateliers menés connaissaient l'importance des contrôles prénataux, inclus désormais dans le SUMI. La majorité expliquait qu'elles avaient médicalement contrôlé leur grossesse. Cependant, des participantes enceintes de plusieurs mois n'avaient toujours pas consulté.

L'accouchement sans risque

Selon les docteurs, il est préférable que les accouchements soient institutionnalisés, c'est-à-dire qu'ils se réalisent dans un centre de santé, par des personnes qualifiées, qui peuvent en cas de complications sauver la vie de la mère ou du nouveau-né. Certains médecins et personnes rencontrées accusent l'accouchement à domicile d'être une cause de mortalités, maternelle, et également infantile. Le Docteur Javier Torres Goitia explique qu'avec la multiplication par 3 de l'accouchement institutionnel, ces cinq dernières années, la Bolivie espère une baisse importante de la mortalité maternelle.

L'INE estime en 2002 que 35,37% des femmes au niveau national ont eu leur dernier accouchement chez elle (56,95% en zone rurale), et 65,05% des femmes l'ont eu avec l'assistance d'un personnel formé (44,07% en zone rurale). Les accouchements institutionnalisés ont augmenté en comparaison à 1994. Il s'est produit ces dernières années une amélioration significative des couvertures de l'attention aux accouchements par le personnel de santé, augmentant de 43% en 1994 à 60% en 1998. Il s'agit d'accouchements assistés par des médecins dans 93% des cas, par des infirmières ou auxiliaires dans 7% des cas. Pour les autres naissances (40%), dans 80% des cas, les femmes ont reçu seulement l'aide de parents ou amis. Les accoucheuses traditionnelles ('parteras tradicionales') n'assistent que 18% de ces accouchements⁶⁹⁶. Selon ENDSA 98, sur 100 femmes qui accouchèrent entre 1995 et 1998, 43,4 avaient accouché chez elle (56,6 dans le département de La Paz).

Lors de l'atelier au sein de la Fundación La Paz, les participantes connaissaient les sages-femmes traditionnelles, et la médecine traditionnelle pour assister un accouchement, mais ces participantes ne semblaient pas faire appel à leurs services et utilisation.

⁶⁹⁶ Données du Ministerio de Salud y Deportes – Dirección de Desarrollo de servicios de salud, Programa de atención a la salud de la mujer y a la salud sexual y reproductiva 2003-2007, Bolivia, 2003.

En Bolivie, de nombreux accouchements se passent à domicile. Diverses patientes déclaraient avoir mis au monde leur enfant à la maison. Une patiente racontait qu'elle avait eu ses deux premiers accouchements chez elle. Cette fois, elle pensait accoucher à l'hôpital car elle attendait des jumeaux, et cela pouvait être dangereux et requérir une césarienne. Une autre femme hospitalisée, mère de cinq enfants, expliquait qu'en général elle avait accouché dans un centre de santé, et qu'elle était ensuite transférée à l'hôpital. Elle évoqua également deux de ses accouchements à domicile où tout s'était passé pour le mieux.

Certaines de ces patientes racontaient leur expérience d'accouchement à domicile sans jamais connaître de problème. Mais d'autres expliquaient qu'elles avaient dû se rendre à l'hôpital à cause de complications, telles que des hémorragies, ou le besoin d'un curetage pour ne pas avoir fini la phase de délivrance. Quelques patientes, peu en réalité, étaient justement hospitalisées pour complications d'accouchements à domicile. Elles étaient très pâles et faibles. Une mère dont l'enfant était en néonatalogie racontait qu'elle avait chez elle mis au monde des jumelles, après huit mois de grossesse. Mais l'une d'entre elles décéda, et la mère s'est donc rendue à l'hôpital pour sauver la deuxième : « *je ne pouvais pas me permettre de perdre aussi l'autre* » (“*no podía permitir perder a la otra también*”).

Parmi les participantes des ateliers, certaines avaient également accouché chez elles. L'une d'entre elle racontait qu'elle avait eu tous ses enfants précédents chez elle, à la maison et seule. Pour le dernier, elle comptait aller à l'hôpital car, elle expliquait qu'elle avait eu une mauvaise expérience de son précédent accouchement. Des participantes estimaient que l'accouchement à domicile était plus agréable (de part la position choisie) ; d'autres pensaient qu'accoucher à la maison était dangereux.

L'étude sur la santé maternelle dans les communautés andines, de Denise Arnold et Juan de Dios Yapita, révèle que les femmes rurales préfèrent accoucher à la maison ; cependant, certaines pensent qu'à l'hôpital, les conditions sont plus sûres⁶⁹⁷. En revanche, selon l'étude du Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj⁶⁹⁸, les mères méconnaissent le risque qu'elles courent en étant soignées à domicile.

Selon le diagnostic qualitatif *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, « *parmi les jeunes femmes, il y a une tendance majeure d'avoir son accouchement à l'hôpital ou aux centres médicaux, et de participer aux services de contrôle prénatal* »⁶⁹⁹.

⁶⁹⁷ Denise Arnold con Juan de Dios Yapita y otros, *Las wawas del Inka : Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*, Informes de Investigación, II n°2, ILCA, 2002.

⁶⁹⁸ Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj – Population Concern Andes (Yolanda Vargas Quiroga, Luis Victor Aleman U.), *La maternidad en mujeres indígenas quechuas – Caso de diez ayllus de los municipios de Caiza “D” y Cotagaita del departamento de Potosí-Bolivia*, 2003.

⁶⁹⁹ “*Entre las mujeres jóvenes, hay una mayor tendencia a tener el parto en los hospitales o centros médicos, y de participar de los servicios de control prenatal*” (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 27).

Le contrôle post natal

Une semaine environ après l'accouchement, il est recommandé aux femmes boliviennes de faire un contrôle postnatal. Ce contrôle, par le personnel de santé dans l'institution médicale, où la femme a accouché ou effectué les contrôles prénataux, permet d'assurer le bon état de santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit d'un service gratuit, pris en charge par le SUMI ou la CNS. Lors de la consultation, la femme reçoit en théorie des informations sur sa santé, les vaccins et sur les soins à apporter au nouveau-né. Elle peut également en profiter pour s'informer et se renseigner sur les moyens de planification des prochaines grossesses. Les médecins conseillent d'attendre au moins deux ans avant d'être de nouveau enceinte.

La mortalité infantile et 'fracasos'

Le taux de mortalité infantile montre une décroissance. Selon ENDSA 98, sur 1 000 enfants qui sont nés en Bolivie entre 1993 et 1998, 67 sont morts dans la première année en comparaison avec 75 pour la période 1988-1993 (ENDSA 94). En zone urbaine, ce taux atteint 50 pour chaque 1 000 naissances vivantes, et 90 en zone rurale. La mortalité dans l'enfance comptabilise les enfants morts avant le cinquième anniversaire pour chaque 1 000 naissances vivantes. Elle était de 116 pour 1000 naissances vivantes en 1994 (ENDSA 1994), et de 92 pour 1 000 naissances vivantes selon ENDSA 1998.

Peu de cas, lors de l'investigation, ont été déterminés, et il existe peu d'informations pour tirer des conclusions ou des corrélations. On peut seulement souligner que parmi les patientes qui accouchèrent d'un mort-né, la majorité avait un niveau scolaire secondaire et ces mêmes patientes avaient entre 0 et 2 enfants. De même, l'information recueillie quant à la mortalité dans l'enfance est restreinte. On sait seulement que quatre des patientes rencontrées eurent au moins un enfant mort après la naissance.

Cependant, l'investigation rend compte des cas généraux, sans détails, de ce qu'on appelle 'fracasos' (échecs), qui regroupent les avortements, les mort-nés, les enfants morts après la naissance. Parmi ces cas déterminés, il existait une même proportion de femmes qui avait connu au moins un échec, que celles qui n'en avaient jamais eu lors de l'enquête. Certaines eurent divers échecs, différents ou semblables. Parmi l'ensemble de ces patientes qui avaient eu au moins un avortement, un mort-né ou un enfant décédé après la naissance, la majorité avait entre 20 et 29 ans (même moyenne d'âge chez les femmes qui n'ont jamais eu d'échec). Ainsi, selon l'étude, la probabilité de connaître ou non un échec semble se déterminer entre les 20 et 29 ans, information cependant relative étant donné le peu de cas révélés. La majorité des femmes qui avaient eu un ou plusieurs échecs avait étudié jusqu'à la primaire. La majorité de celles qui n'avaient jamais eu de 'fracasos' avait étudié jusqu'au niveau secondaire. Mais, les données manquent pour établir une quelconque corrélation. La probabilité de connaître un échec paraît augmenter avec le nombre d'enfants et de grossesses. A l'exception de deux patientes qui avaient 9 enfants et aucun échec, celles qui n'avaient jamais connu d'échec avaient pour la plupart entre 0 et 2 enfants ; les autres avaient dans l'ensemble de 0 à 8

enfants. De même, la majorité des premières n'avait été enceinte qu'une seule fois, les deuxièmes avaient été dans cette situation entre 1 et 12 fois.

Une patiente racontait qu'elle avait eu deux échecs antérieurs : la première fois, au troisième mois de grossesse, parce que, selon elle, elle avait le ventre fragile ; à sa deuxième grossesse, elle avait des problèmes, ce qui a provoqué, expliqua-t-elle, un avortement. Cette fois-ci, tout semblait normal et elle avait fait attention. Mais au moment de l'accouchement, comme le cordon ombilical était trop court, elle racontait que les médecins avaient dû faire une césarienne. Mais le bébé serait décédé. Désormais elle disait que son corps entier lui faisait mal, et qu'elle était moralement affectée. Elle ajoutait que c'était difficile de perdre un bébé. D'autres patientes rencontrées racontaient également leur expérience de mettre au monde un mort-né.

Les entretiens et les observations ont également révélé d'autres cas d'échec, tels que des malformations du nouveau-né. En effet, divers cas de malformations ou de problèmes physiques furent observés et nombre de ces bébés devait rester en néonatalogie. Une patiente racontait que son accouchement s'était mal passé, que son enfant était né malformé, avec un problème aux jambes (ce qui certainement ne lui permettrait pas de marcher dans le futur). Elle se mit à pleurer : « *comment va-t-il aller à l'école* » (“*Como el va a ir al la escuela*”)... Elle et son mari paraissaient très tristes, comme abattus. Ils expliquaient que durant la grossesse, ils avaient fait bien attention, plus qu'à la grossesse antérieure (durant laquelle la femme avait continué de travailler, elle avait voyagé), et montraient leur petite fille qui était « normale » (“*una pequeña normal!*”). La femme regrettait, expliquant qu'elle aurait dû continuer de travailler.

En Bolivie, malgré une progression des indicateurs de la santé reproductive et sexuelle (baisse du taux de fécondité, augmentation de la connaissance et de l'usage de méthodes contraceptives, baisse relative du taux de mortalité maternelle), les grossesses restent souvent non planifiées et parfois non désirées. Au moment de l'étude, la plupart des femmes rencontrées ‘no se cuidaba’ (ne faisait pas attention), n'utilisait pas de moyens contraceptifs, et expliquait que leur grossesse était un accident et qu'il était parfois difficile de l'assumer. Ce phénomène des grossesses imprévues et non souhaitées justifie celui de l'avortement, fait social en Bolivie. Chez les femmes étudiées, l'avortement est une expérience familière, parfois vécue ou tentée. Bien que les droits reproductifs et sexuels soient de plus en plus reconnus, ils n'ont pas été traduits par des améliorations véritables de la vie et de la santé des femmes. A 10 ans de la Conférence du Caire, et malgré d'importants efforts, la mortalité maternelle n'a pas été significativement diminuée, surtout en zone rurale. Des problèmes tels que les grossesses non désirées et le recours à l'avortement, demeurent irrésolus dans le pays.

Les problèmes et les droits en matière de reproduction et de sexualité se constituent au niveau familial, socioculturel, économique et politique. Des analyses sociodémographiques et politiques ainsi que de nombreux entretiens réalisés au sein d'entités politiques, sociales et médicales rendent compte d'un certain décalage entre les exigences politiques et la nécessité sociale. Comme l'indique Hugo Torrez dans “Opciones” (n°1, año 1, febrero de 1996), « *bien que le gouvernement ait exprimé un appui à la planification familiale comme un droit du couple et comme une mesure pour améliorer la santé materno infantile, l'implantation des actions ne répond pas efficacement aux nécessités des distinctes populations qui caractérisent la société bolivienne. Un exemple typique est le rare et l'inégal accès qu'a la population*

native rural aux services de santé »⁷⁰⁰. Selon les Catholiques pour le Droit de Décider, les politiques ne génèrent pas des composantes ou des programmes qui répondent concrètement aux différentes demandes de santé publique⁷⁰¹. Cela engendre un important décalage entre les aspirations de la population et ce qu'elle rencontre comme opportunités.

Les acteurs sociaux et politiques rencontrés ont régulièrement accusé le manque de ressources du gouvernement, du Ministère de la Santé et le manque réel de volonté politique. Alors que certains affirment un réel intérêt pour la contraception de la part du gouvernement (la preuve en serait sa position depuis une décennie), d'autres soulignent une faible volonté politique pour le thème de la santé reproductive et sexuelle. La non instrumentalisation des mesures du Caire et de Beijing est parfois justifiée par un manque de ressources et non par un manque de volonté politique. En revanche, nombreux sont ceux qui affirment le manque de volonté réelle des politiciens. Enfin, certains associent ces deux caractéristiques et mettent plutôt en avant l'hypocrisie du gouvernement (notamment avec la périphrase 'hémorragies').

En Bolivie, développer une politique publique de santé reproductive et sexuelle est notamment une tâche complexe du fait de sa diversité sociale, culturelle et géographique. De part la richesse culturelle, il est difficile de canaliser les demandes dans l'offre des services différenciés ou adaptés culturellement. Les politiques et les programmes de santé reproductive et sexuelle doivent répondre aux nécessités et perspectives des femmes depuis une approche interculturelle⁷⁰², de genre et de respect de leurs droits reproductifs et sexuels. Selon Sandra Aliaga, les avancées et les réussites, les reculs et les contradictions répondent aux circonstances diverses de la réalité diverse⁷⁰³.

Les mesures gouvernementales conditionnent directement la santé reproductive et sexuelle des femmes et l'exercice de leurs droits. Chaque avancée et chaque recul, ne serait-ce qu'idéologique, se répercutent sur la population. Cependant, des entités, des facteurs extérieurs entrent en jeu et influencent les décisions et les applications relatives à la santé et aux droits en matière de reproduction et sexualité.

*« Les chiffres nous démontrent que les mesures qu'ont prises les distincts gouvernements ont été insuffisantes et que les politiques publiques en santé sexuelle et reproductive manquent d'une approche intégrale de droits. Mais ce qui nous préoccupe le plus est l'intervention des agences d'USAID qui conditionnent leur appui aux organismes non gouvernementaux, qui travaillent dans la défense des droits humains, sexuels et reproductifs, en imposant la 'certification' qui interdit de parler du thème de l'avortement et de ses dramatiques conséquences, non seulement pour les femmes, sinon pour la société dans son ensemble »*⁷⁰⁴.

⁷⁰⁰ "aunque el gobierno ha expresado apoyo a la planificación familiar como un derecho de la pareja y como medida para mejorar la salud materno infantil, la implementación de acciones no responde eficazmente a las necesidades de las distintas población que caracterizan a la sociedad boliviana. Un ejemplo típico es el escaso y desigual acceso que tiene la población nativa rural a los servicios de salud".

⁷⁰¹ « A 10 años de El Cairo : Bolivia con desafíos pendientes », CDD – Fe Mujer, Vol. 1, n°10, Julio 2003.

⁷⁰² L'interculturalité en santé peut être pensée comme la capacité d'évoluer de façon équilibrée entre connaissances, croyances et pratiques culturelles différentes par rapport à la santé, la maladie, la vie et la mort, le corps biologique, social et relationnel.

⁷⁰³ Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁷⁰⁴ "Las cifras nos demuestran que las medidas que han tomado los distintos gobiernos de turno han sido insuficientes y que las políticas públicas en salud sexual y reproductiva carecen de un enfoque integral de derechos. Pero lo que aún nos preocupa mucho más es la intervención de agencias de USAID que condicionan su apoyo a los Organismos No Gubernamentales, que trabajan en defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, imponiendo la « certificación » que prohíbe hablar del tema del aborto y sus dramáticas

LES BARRIERES POUR L'APPLICATION ET L'EXERCICE DES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS

Les barrières politiques

En Bolivie, Diana Urioste Fernández, de la Coordinadora de la Mujer, explique que la politique est conditionnée par la pauvreté, le déficit du pays, par le manque de continuité et de coordination des politiques (malgré une certaine continuité de la politique de santé ces dernières années), et également par la coopération internationale.

En effet, l'instabilité politique, le manque de ressources propres et un manque réel de volonté, dénoncé par certains acteurs de la société civile organisée, rendent l'application des mesures gouvernementales relativement arbitraires, obsolètes, et alimentent d'importantes brèches entre le discours politique et sa réalisation. La Politique de Santé comme les actions de la majorité des organisations nationales et internationales travaillant sur le thème sont également fortement dépendantes de la Coopération Internationale et ainsi soumises à des pressions, des intérêts extérieurs, à des crédits conditionnés. L'action politique en matière de santé est également conditionnée par l'Eglise Catholique, un des principaux acteurs politiques et sociaux en Bolivie, qui prône une sexualité interdépendante de la procréation et le 'Droit à la vie'.

D'après les entretiens de médecins, de membres et de responsables d'organisations non gouvernementales, d'agences internationales, le SUMI, le Programme de Santé Reproductive et Sexuelle et la politique relative à ce thème sont régis et conditionnés par une incessante lutte entre la CNS et le Ministère de la Santé, par l'Eglise Catholique, par le financement et la source financière et par la pression du monde social (recensement, études, ONG).

L'instabilité politique et administrative

Au niveau politique, dans les décisions et les applications des mesures gouvernementales, la Bolivie connaît un problème de discontinuité, de non constance, qui ne permet pas la linéarité des programmes. Le pays est caractérisé par une importante instabilité politique. A chaque gestion gouvernementale, les fonctionnaires changent et, les politiques en matière de santé n'étant généralement pas protégées par la loi, d'autres programmes et plans à court terme sont mis en place. Il n'existe pas de continuité entre les gouvernements. Or, Sandra Aliaga, communicatrice sociale en thèmes de genre et de santé reproductive et sexuelle, explique à ce propos, que seule la continuité permet la réussite. D'un gouvernement à l'autre, l'approche de la santé reproductive et sexuelle, les priorités, les moyens d'application peuvent notamment

consecuencias, no sólo para las mujeres, sino para la sociedad en su conjunto” (Campaña 28 de Septiembre, publicación del 10/08/2002).

varier. La non soutenance des programmes de santé reste latente dans la création de ‘seguros’ dans chaque gestion du gouvernement qui augmente ou baisse la couverture d’attention médicale aux femmes enceintes et qui ne prennent pas en compte la santé intégrale de la population.

Maria Dolores Castro, de Population Council, note un certain affaiblissement du thème, tant au niveau national que international. Sandra Aliaga explique que les politiques dépendent notamment de la personnalité de celui qui gouverne, de l’importance qu’il donne au domaine en fonction de ses intérêts au sein du pouvoir. L’ex Ministre de la Santé, M. Torres Goitia fils, apparaissait pour beaucoup comme un homme progressiste. Mais il a appuyé et introduit le SUMI. Sandra prend également l’exemple de Gonzalo Sanchez de Lozada, qui institutionnalisa d’importantes mesures lors de sa gestion 1993-1997, mais qui lors de sa dernière gestion fit preuve d’une conscience réduite quant aux femmes et à la santé des femmes. Enfin, elle mentionne Carlos Mesa, alors nouveau président, présenté comme une personne très progressiste, de part les différentes interventions qu’il avait faites avant d’être président. Carlos Mesa choisit un Ministre de la Santé réputé conservateur, proche de l’Opus Dei, ce qui pouvait mettre en danger les progrès atteints.

L’étude menée est témoin de cette instabilité gouvernementale, et de la discontinuité des travaux politiques en matière de santé reproductive et sexuelle. En effet, depuis 2001, la Bolivie a connu de nombreux changements de gouvernements et présidents (Hugo Banzer Suarez, Tito Quiroga, Gonzalo Sanchez de Lozada, Carlos Mesa, Eduardo Rodriguez et Evo Morales). Dans cette instabilité institutionnelle constante, le soutien des politiques publiques en matière de santé reproductive et sexuelle n’a pas été possible pendant cette période. D’ailleurs, il faut souligner un changement certain entre le moment de l’enquête ici présentée et la réalité d’aujourd’hui.

Certaines personnes rencontrées dénoncent également l’instabilité technique, administrative et professionnelle dans les services de santé. Or, selon elles, la continuité technique, des ressources humaines en particulier, plus que la continuité politique, apparaît comme nécessaire.

La dépendance financière

Une réalité soulignée lors des entretiens est l’importante dépendance de la coopération internationale, pour ce qui relève des actions gouvernementales et sociales en matière de santé et de santé reproductive et sexuelle. Les agences de donation, de financement jouent ici un rôle d’envergure et exercent une grande influence sur la politique, sur les priorités à traiter. Le Ministère de la Santé, ainsi que la majorité des organisations de la société civile, voient leur autonomie ainsi limitée, et restent soumis aux pressions extérieures, aux crédits conditionnés (dont USAID détient le monopole), aux intérêts des agences de financement (sans mentionner l’important clientélisme qui règne en Bolivie).

Cependant, la santé n’est plus à présent une priorité pour les organismes de coopération, les financements seront bientôt suspendus, et après une aide de plus de 15 ans, l’Etat devra lui-même assurer le financement de sa politique en santé reproductive et sexuelle, et notamment

du SUMI. Un futur défi que devra relever le gouvernement, un défi inédit dans l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie.

Le manque de ressources économiques

Une personne entretenue a expliqué que lorsqu'il y avait des ressources, la santé reproductive et sexuelle n'était pas reconnue comme un droit. 20 ans plus tard, la sexualité et la reproduction sont reconnues comme des droits, mais les ressources manquent. En effet, certains ont souligné que les mesures du Caire et de Beijing n'avaient pas été instrumentalisées, non pas par manque de volonté politique mais par manque de ressources. Selon Marta Villa notamment, conseillère de la Vice-ministre de la Femme, l'Etat n'a pu accomplir ses engagements avec le peuple car il n'a pas d'argent.

Le CEASS (Central Nacional de Suministros) est l'institution décentralisée du Ministère chargée d'acheter les méthodes contraceptives. Mais, celle-ci est à l'heure actuelle trop faible pour acheter sur le marché international (Programme de l'UNFPA pour renforcer la capacité du CEASS).

La plupart des services médicaux des différents niveaux est équipée en service de planification familiale et la majorité du personnel fut formé dans ce sens. Mais, les activités en matière de planification familiale sont aujourd'hui suspendues dans la majorité des centres hospitaliers par manque de ressources financières, dû notamment aux déficiences du Programme National (déficit de la CNS qui s'était engagée à assumer la relève d'USAID). Ainsi, par exemple, les services d'orientation à l'Hôpital Materno-Infantil ne fonctionnent plus. Cependant, selon le Programme interne de santé reproductive et sexuelle de la CNS (programme parallèle au programme national, destiné aux assurés), les médecins se doivent de consacrer du temps aux thèmes spécifiques de santé comme la planification familiale. Or, les observations rendent compte d'une application vaine.

Enfin, dans certains centres de santé, d'El Alto notamment, comme l'Hôpital Holandes, les activités en matière de planification de la famille sont en cours : l'Eglise n'est désormais plus le donateur principal, ce qui permet d'introduire de telles mesures. Mais, de nouveau, les docteurs expliquent que le manque d'argent et de formation rend le processus lent et difficile.

Le désintérêt des gouvernements municipaux

Après la Loi de Décentralisation (1994), des budgets furent attribués aux municipios, budget évalué selon la population (en moyenne 200 pesos/personne). Or le Docteur Conde, alors Coordinateur National de Santé Sexuelle et Reproductive, explique que le processus est difficile puisque les municipios, qui jusque là n'étaient nullement subventionnés, reçurent du jour au lendemain une importante somme. Dès lors, les maires ont investi cet argent à d'autres fins que pour les centres de santé de la commune. Pourtant, le 'municipio' a la possibilité de gérer, contrôler et agencer la santé selon les besoins, selon la culture des habitants (le Ministère ne peut gérer et superviser tous les centres), dans le cadre de la participation de la communauté, et d'un échange interculturel.

Une idée du dernier gouvernement de Gonzalo Sanchez de Lozada pour avancer, était de déléguer les responsabilités politiques, et notamment de santé, aux municipios à travers la Loi

de Décentralisation. Mais aucun effort réel, aucune mesure concrète n'ont été observés en matière de santé reproductive et sexuelle. Les mairies, les maires et les professeurs ne montrent aucun intérêt à diffuser la planification familiale, à acheter eux-mêmes les méthodes de contraception, ni de voir alors la population de leur commune se réduire, étant donné que selon la loi, les budgets sont attribués en fonction du nombre d'habitants. La municipalité recevrait moins d'argent ; le professeur d'école verrait sa classe fermer et se retrouverait sans emploi. Peu d'argent fut donc investi dans ce domaine. Demeure l'idée selon laquelle la planification familiale, à travers l'usage de méthodes contraceptives, est une mesure pour réduire la population, et de plus, une mesure impérialiste. “*¡si los gringos desean la planificación familiar, tienen que pagarla ellos mismos!*” (« si les américains souhaitent la planification familiale, ils n'ont qu'à la payer eux-mêmes ») serait, d'après les entretiens menés, une revendication récurrente. Le gouvernement devra ainsi se mobiliser pour assurer une disponibilité de la contraception (résoudre le problème financier, de logistique, de soutien, le problème d'identification des nécessités, et celui de la distribution).

D'autre part, la santé reproductive et sexuelle n'est pas une priorité pour les communes. En effet, la Loi de Participation Populaire transfère la propriété et l'administration des services de santé, entre autres, aux gouvernements municipaux. Ainsi, le municipio joue ou devrait jouer un rôle protagoniste dans la qualité et la diffusion des services de santé reproductive et sexuelle. Cette opportunité dépend cependant de deux facteurs : les autorités qui doivent reconnaître que la santé des femmes constitue une priorité en santé, et la capacité qu'ont les autorités locales de santé à assumer un rôle de défenseur de la santé des femmes au niveau municipal. Mais, les entretiens tant auprès des leaders communautaires qu'auprès des prestataires de santé suggèrent que ni la santé de la femme en général, ni la santé reproductive en particulier, n'étaient perçues comme un thème crucial de la santé⁷⁰⁵.

La dépendance de la coopération internationale

Par manque de ressources économiques propres, en matière de santé reproductive et sexuelle, la plupart des activités du gouvernement, dont celles du Programme de Santé Reproductive et Sexuelle, et de la société civile organisée est financée par la coopération internationale. La Bolivie a développé de nombreuses relations de coopération, notamment bilatérale avec l'Union Européenne, les Etats-Unis (USAID), le Japon (JICA), l'Allemagne (GTZ) et les Pays Scandinaves. Les agences des Nations Unies, telles que l'OPS, l'UNICEF, le FNUAP, et les banques multilatérales de développement, la Banque Mondiale (BM) et la Banque Interaméricaine de Développement (BID) représentent également une importante coopération.⁷⁰⁶

Ces agences de donation et de financement jouent un rôle notoire dans la définition des politiques de santé destinées aux femmes, et exerce une pression directe sur les décisions et

⁷⁰⁵ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996.

⁷⁰⁶ Agences de Coopération : BID, BM, FNUAP, USAID, UNICEF; Assistance Technique : GMS, OPS, IPPF et agences de USAID; Agences donatrices, convention avec la SNS : GTZ (Allemagne), JICA (Japon), ODA (Angleterre), in Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996.

les actions publiques et politiques, en soumettant les ONG et le gouvernement bolivien à des crédits conditionnés.

La politique nationale de santé, au niveau social et gouvernemental, suit donc des lignes financières depuis la coopération internationale pour l'exécution de projets en santé reproductive et sexuelle, et droits relatifs, sans les questionner ni même générer des apports innovateurs ; elle est ainsi influencée et conditionnée par les intérêts de certaines agences, et notamment ceux d'USAID. Or, selon le Secrétaire Technique de CONAPO, la formulation et l'application de politiques démographiques sont un droit souverain de chaque nation et la coopération internationale devrait se soumettre à ce droit⁷⁰⁷.

Cependant, les agences de coopération liées au Caire laissent peu à peu la région, et notamment la Bolivie, parce qu'elles considèrent que les indicateurs de fécondité et de santé reproductive (avec certaines exceptions) ne sont plus prioritaires. La fin des programmes planifiés et le désintérêt croissant de la coopération souligné par les personnes rencontrées mettent progressivement fin à de nombreuses subventions extérieures.

Au-delà d'une dépendance financière fortement influente, derrière chaque mesure gouvernementale se cacherait une composante idéologique, qui annulerait certaines initiatives. Les politiques gouvernementales en Bolivie, ainsi que les activités de certaines ONG, sont marquées par une importante dépendance idéologique, notamment celle des Etats-Unis et de l'Eglise.

La dépendance idéologique

La Règle d'Obstruction Globale

L'agence nord américaine de coopération, USAID ('United States Agency for International Development'), tient presque le monopole de la coopération financière et budgétaire en matière de santé reproductive et sexuelle. Elle est en effet la principale source financière du Ministère de la Santé, des Organisations Non Gouvernementales et des programmes liés au thème.

En tant qu'agence des Etats-Unis, USAID suit et applique la Loi Mordaza, aussi appelée 'Politique de Mexico' ou 'Règle d'Obstruction Globale'. Cette Loi interdit toutes les institutions financées par le gouvernement nord-américain, ou certifiées par USAID, de travailler sur le thème de l'avortement. En échange de l'aide financière des Etats-Unis en matière de planification familiale, les ONG étrangères qui reçoivent des fonds à travers USAID doivent s'abstenir d'informer les femmes sur l'option de l'avortement légal et sur les services d'avortement sûr, de s'impliquer dans les débats publics ou diffuser l'information sur les risques de santé associés à l'avortement dangereux, et de manifester leur appui aux lois en vigueur qui appuient l'avortement ou promouvoir les services d'avortement dont les fonds ne proviennent pas des Etats-Unis. Etablie en 1984, sous la présidence de Reagan, Clinton met

⁷⁰⁷ Hugo Torres Pinto, Franklin Garcia P., Jaime Montano G., *Consideraciones Reproductivas de la poblacion boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificacion y Ordenamiento Territorial, Direccion General de Planificacion Estrategica, Unidad de Politicas de Poblacion, La Paz, 1997 (Segundo Edicion).

fin à cette règle en 1993. Mais elle est restituée par Décret, le 22 janvier 2001, premier jour de mandat du Président Bush junior.

Cette mesure a eu un fort impact en Bolivie, essentiellement parmi les ONG qui appartiennent directement au circuit d'USAID, où on n'aborde plus le thème de l'avortement en aucun cas, ni même comme problème de santé publique. Ainsi, par exemple, le CIES qui travaillait pour la dépénalisation de l'avortement a dû cesser toutes activités se référant à l'avortement. Lors de la réunion régionale Caire+10, le gouvernement bolivien a lancé le Plan National de Género et le Plan National de Santé et de Droits Sexuels et Reproductif en récupérant des thèmes comme la pilule du lendemain et l'attention à l'avortement mais la révision finale a été menacée par l'intervention de USAID⁷⁰⁸.

La Règle d'Obstruction Globale oblige les organisations liées aux droits reproductifs et sexuels, aux services de santé à renoncer à leur liberté d'expression, leurs revendications, leurs engagements, notamment par rapport au Programme d'Action du Caire, ou à renoncer aux fonds qui sont nécessaires pour développer leurs plans de planification familiale ou autres services de santé reproductive et sexuelle. Chez la plupart des acteurs sociaux rencontrés, membres ou responsables d'ONG, qui généralement « certifie », cette politique imposée des Etats-Unis affaiblit la prestation de services de santé reproductive et sexuelle intégrale, avorte les divers aspects de santé et de droits qu'affrontent les femmes boliviennes, et ébranle les engagements mondiaux en matière de droits reproductifs et sexuels. Maria Dolores Castro explique qu'en Bolivie, face à la pression nord-américaine, l'avortement et l'attention post avortement ont perdu notamment beaucoup d'espace.

« Toutes ces actions menacent de freiner les avancées vers la réussite du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), réalisée en 1994, et des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. En bâillonnant la discussion publique sur les droits et la santé des femmes, ces politiques affaiblissent également un secteur clé de la société civile au moment où la promotion du développement social, économique et démocratique est crucial et une mesure manifeste des Etats-Unis »⁷⁰⁹.

L'Eglise Catholique

La Bolivie est constitutionnellement un pays catholique. L'Eglise est un important médiateur politique et canalisateur des alliances sociales entre les organisations de la société civile, de l'Assemblée des Droits Humains d'un côté, et du gouvernement et des partis politiques de l'autre. Dans le domaine des droits des femmes, et des droits reproductifs et sexuels notamment, la politique du Vatican mène une politique particulièrement militante.

A l'unanimité des entretiens, certaines hiérarchies de l'Eglise et du Ministère de la Santé demeurent conservatrices, ce qui explique les différentes réalités liées aux grossesses non

⁷⁰⁸ Relatoria. Reunion redes y campañas regionales Cairo+10, La Paz, 30 y 31 de agosto, 2003.

⁷⁰⁹ "Todas estas acciones amenazan con frenar los avances hacia el logro del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en 1994, y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Al amordazar la discusión pública sobre los derechos y la salud de las mujeres, estas políticas también socavan a un sector clave de la sociedad civil en momentos en que la promoción del desarrollo social, económico y democrático es crucial y una meta manifiesta de los Estados Unidos" ("La otra guerra de Bush, Ataque a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres", International Women's Health Coalition, non daté).

désirées, à l'avortement et aux mortalités maternelles. Les déclarations de Jean Paul II ont montré un certain recul par rapport à son prédécesseur, Paul VI qui prônait l'égalité et déclarait en 1975, année internationale de la femme, que « *l'Eglise, aujourd'hui, comme celle des origines, ne peut pas ne pas être du côté de la femme, surtout là où elle est rabaisée au rang d'objet passif et insignifiant* »⁷¹⁰. Jean Paul II a réaffirmé le rôle traditionnel de la femme, mère et épouse, et la défense du droit à la vie, une position renforcé par son successeur, Benoît XVI, souvent caractérisé comme proche de l'Opus Dei, organisation intégriste née sous l'Espagne franquiste qui rejette les courants modernisateurs de l'Eglise. Le poids politique et social de l'Eglise joue de façon décisive sur la possibilité d'enlever le traitement du thème du domaine moral pour le situer comme problème de santé publique et de justice sociale⁷¹¹.

L'avortement est la « *mère des batailles* » de l'Eglise Catholique⁷¹². En effet, l'avortement est au cœur des contentieux sur le droit des femmes à contrôler leurs corps, et caractérise une tension entre le séculaire et le religieux concernant la vie humaine. L'Eglise Catholique garde une position ferme sur le thème de l'avortement. Vie Humaine Internationale (Human Life International) est l'organisation catholique la plus grande au monde qui se dédie à la défense de la vie humaine et de la famille, avec plus de 80 bureaux sur les cinq continents.

La doctrine catholique condamne toute interruption provoquée de la vie du fœtus, et prône le droit à la vie, « *la dignité inviolable de toute personne humaine* », et « *la méconnaissance de la dignité de nombreuses mères qui sont manipulées par les idéologies comme celles de Catholiques pour le Droit à Décider, et qui souffrent plus tard des conséquences physiques et psychologiques néfastes de l'avortement légal ou illégal* »⁷¹³. Les Catholiques pour le Droit à Décider (CDD) d'Amérique Latine est une organisation internationale de femmes catholiques créée en 1989, ayant son siège à Washington, et des bureaux dans divers pays d'Amérique Latine, en Bolivie notamment. Sa proposition est de faire connaître le droit de décider des femmes comme agents moraux capables et le droit 'd'appréhender' les enseignements de l'Eglise comme une option éthique.

Les CDD d'Amérique Latine collaborent avec la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe (RSMLAC) et le Comité para América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), et participe à la campagne du 28 septembre « Pour la dépénalisation de l'avortement en Amérique Latine et aux Caraïbes ». L'Eglise Catholique estime que cette organisation de femmes est un groupe destiné à créer la confusion par rapport à la doctrine de l'Eglise Catholique qui a toujours condamné l'avortement et défendu la vie.

L'Eglise Catholique n'a pas toujours rejeté la pratique de l'avortement. Ce n'est que depuis 1869 qu'elle parle d'excommunication pour la pratique de l'avortement. « *Depuis ses débuts, le christianisme considéra tout avortement comme condamnable, même si l'Eglise n'avait –ni n'a– une position fixe sur le moment où le fœtus se convertit en personne. Les siècles précédents, l'avortement était considéré clairement comme un péché contre les codes sexuels*

⁷¹⁰ Elisabeth Paquot, *Terre des Femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspéro, 1982, page 17.

⁷¹¹ *Diagnostico Nacional Bolivia, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos. Campaña por la Convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos*, CLADEM, Bolivia, 2003.

⁷¹² Expression de Sonia Montaña, "Los Derechos Reproductivos de la mujer", in Laura Guzmán, Gilda Pacheco Greamuno (comp.), *Estudios Basicos de Derechos Humanos IV*, IDH Serie Estudios de Derechos Humanos, tomo IV, 1996.

⁷¹³ Vida Humana Internacional, « Las 'Católicas' por el Derecho se jactaron de su macabro 'triumfo' en Bolivia ».

de l'Eglise –non comme un péché d'assassinat. Quand en 1869, le Pape Pie IV déclara que toutes les femmes qui avortaient étaient susceptibles d'excommunication, quelle que soit la durée de la grossesse, l'Eglise Catholique assumait son rôle actif contre l'avortement »⁷¹⁴. L'argument du "droit à la vie" est un concept relativement récent au sein de l'enseignement de l'Eglise. Il ne s'agit donc pas d'un principe religieux immuable.

D'autre part, ce concept reste relatif et critiqué puisque le début de la vie humaine reste un mystère y compris dans le monde scientifique. En effet, dans le milieu médical, il n'existe pas de position claire et déterminée à ce propos, étant donné que la science ne peut résoudre la question du début de la vie humaine.

Si, selon la féministe indienne Chandra Rami Chopra, « 'le point commun à toutes les lois religieuses, c'est la discrimination contre les femmes' »⁷¹⁵, la position de l'Eglise Catholique semble être la plus radicale de l'ensemble des religions en matière de droits reproductifs et sexuels. La plupart des doctrines religieuses reconnaît le droit des femmes à juger si les circonstances d'une grossesse justifient un avortement. L'Islam permet l'avortement pendant les 40 premiers jours de grossesse car il considère que le fœtus n'a encore qu'une forme de semence. Dans la religion juïque, le fœtus ne vaut pas une vie humaine et l'avortement est jugé possible si la vie de la femme est en danger⁷¹⁶. L'Eglise protestante se montre également moins rigide sur la pratique de l'avortement et sur la sexualité. Seule l'Eglise Catholique continue de condamner l'avortement en toute circonstance, et mène une campagne de lutte contre la pratique. A cet égard, l'Eglise Catholique refuse la pilule du lendemain pour la considérer comme abortive. Or, cette pilule retient ou retarde la libération de l'ovule ; elle n'a aucun effet si la grossesse (la fécondation) a commencé.

De même, presque toutes les religions reconnaissent la planification familiale et estiment que la contraception est un élément important pour l'exercice d'une sexualité responsable. A la Conférence du Caire, puis celle de Beijing, pour la première fois au 20^{ème} siècle, l'Eglise en tant qu'Etat est un acteur politique dans les domaines de transcendance nationale et internationale, et mène une politique conservatrice militante, de grande influence en Amérique Latine. Ainsi neuf pays de la région émettent des réserves « sur tout ce qui pouvait être interprété comme moralement permissif » (CIPD'94, 5-13 septembre 1994). Certes, l'avortement et la sexualité hors mariage sont contraires à certaines législations des Etats musulmans, et, au nom de la « charia », des réserves ont été également émises (notamment le refus de l'égalité homme-femme). « Toutefois, à la différence des Etats islamiques les plus durs qui utilisent sans problème les moyens de contraceptions modernes, le Vatican a réitéré son opposition totale aux contraceptifs, à la stérilisation et même à l'usage du préservatif comme moyen de lutter contre le SIDA » (CIPD'94, 5-13 septembre 1994).

La résistance traditionnelle de l'Eglise qui s'oppose à toutes les méthodes sauf l'abstinence périodique, fut longtemps un obstacle important à l'ampliation des services de planification

⁷¹⁴ "Desde sus inicios, el cristianismo consideró todo aborto pecaminoso, aun cuando la Iglesia no tenía –ni tiene- una posición fija sobre cuando el feto se convierte en persona. En los siglos más tempranos, el aborto se consideraba claramente un pecado contra los códigos sexuales de la Iglesia –no un pecado de 'asesinato'. Cuando en 1869, el Papa Pio IV declaró que todas las mujeres que abortaban estaban sujetas a la excomunión, cualquiera que fuera la duración del embarazo, la Iglesia Católica asumió su papel activo contra el aborto" (Nuestro cuerpos, nuestras vidas, New York Siete Cuentos, 2000, "El Aborto", pages 413-440).

⁷¹⁵ Jacques Véron, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Edition du Seuil, 1997, page 113.

⁷¹⁶ Laurence Podselver, « La femme dans le judaïsme », in Elisabeth Paquot, *Terres des Femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982.

familiale. Dans de nombreux centres de santé financés principalement par l'Eglise, l'institutionnalisation de la planification familiale était impossible, comme l'a expliqué le Docteur Cuba, Gynécologue Obstétricien de l'Hôpital Holandes d'El Alto, qui était auparavant subventionné par l'Eglise. Le SNS a des accords avec l'Eglise Catholique pour l'offre de services en santé. L'introduction de méthodes contraceptives dans l'offre régulière d'attention a généré une certaine tension entre le SNS et l'Eglise Catholique.

Cependant, l'Eglise a joué un rôle de plus en plus important « *dans la reconnaissance et la diffusion du concept de paternité responsable, qui implique non seulement le droit mais sinon le devoir du couple de déterminer et planifier le nombre et l'espacement des enfants qu'il puisse élever en de bonnes conditions* », soit dans la reconnaissance de l'exercice des droits reproductifs et sexuels⁷¹⁷. Si elle maintient une position radicale, jugée extrémiste, par rapport aux méthodes modernes ou artificielles de contraception, elle modère aujourd'hui ses critiques relatives à la planification familiale, jusqu'à désormais s'engager et enseigner la planification de la famille à travers la promotion des méthodes naturelles (ateliers, formation, financements). L'Eglise catholique et le Conseil Latino-américain des Eglises Historiques s'opposent au contrôle de la natalité ; cependant ils acceptent la décision du couple pour planifier la croissance de leur famille, et préconisent des politiques préventives et éducatives. En 1994, la Direction Nationale de Santé et de Nutrition de la Femme et de l'Enfant ('Dirección Nacional de Salud y Nutrición de la Mujer y el Niño') signe un accord avec la Conférence Episcopale de Bolivie à travers lequel les deux instances s'engagent à collaborer dans la lutte pour réduire la mortalité maternelle, éviter les avortements induits, promouvoir l'allaitement maternel, la planification familiale et l'espacement entre les grossesses, en garantissant une place importante des méthodes de contraception naturelles dans cette promotion⁷¹⁸.

La religion ne semble pas si déterminante dans la réalité sociale bolivienne. Il s'agirait essentiellement d'une légitimité dans le discours officiel. Son rôle politique dépasse son poids dans la société. Le traitement de l'avortement ne dépendrait pas de la société civile mais du parlement, où les pressions sont les plus fortes.

En juillet 1997, dans le cadre de la Campagne 28 de Septiembre, une enquête d'option sur l'avortement a été réalisée par Diagnosis et Marketing SRL auprès de 1836 personnes dans les 14 villes capitales et intermédiaires du pays. Cette enquête rend compte du poids des enseignements de l'Eglise. Les résultats révèlent que 32% des interrogés connaissaient l'interdiction de l'Eglise sur l'utilisation de méthodes contraceptives modernes et 43% savaient que l'avortement était interdit sans exception⁷¹⁹. 86% des personnes enquêtées pensaient que la décision d'un avortement revenait à la femme avec son conjoint ou à la

⁷¹⁷ “*en el reconocimiento y la difusión del concepto de paternidad responsable, que implica no solo el derecho sino el deber de la pareja de determinar y planificar el número y el espaciamiento de los hijos que pueda criar en condiciones adecuadas*” (Hugo Torres Pinto, Franklin Garcia P., Jaime Montano G., *Consideraciones Reproductivas de la población boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación y Ordenamiento Territorial, Dirección General de Planificación Estratégica, Unidad de Políticas de Población, La Paz, 1997).

⁷¹⁸ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 24.

⁷¹⁹ Cecilia Olivares Mansuy, *Una encuesta Nacional de Opinión sobre Aborto en Población Urbana*, CIDEM, 1998.

femme seule ; 63% pensaient que la dépénalisation éviterait la mort de nombreuses femmes ; 55% révélaient que le nombre d'enfants non désirés ou maltraités diminuerait. Les résultats montrent également que l'avortement doit être légal quand la vie de la femme est menacée et quand elle a le SIDA (68% de la population, dans les deux cas), s'il s'agit d'inceste (56%), quand c'est une violence sexuelle (53%) et quand il y a une malformation du fœtus (45%). 63% étaient d'accord pour les avortements permis par la loi (viol, inceste, risque pour la santé ou la vie de la femme) se réalisent de façon légale dans les cliniques privées et dans les centres de santé publique. Par rapport à la position de l'Eglise Catholique sur avortement, 40% des femmes et 44% des hommes la rejetaient⁷²⁰.

Selon ce sondage, une importante partie de la population enquêtée ne connaît pas la prohibition de l'Eglise sur l'usage de méthodes contraceptives modernes et la majorité des personnes rencontrées était favorable à une législation de l'avortement pour motifs de santé, violence ou qualité de vie⁷²¹. De même selon le Sondage d'AMUPEI auprès de 1590 personnes de La Paz, El Alto, Cochabamba et Santa Cruz en juin 2001, le thème de l'avortement était une préoccupation pour 9% des interviewés qui s'inclinaient en faveur de l'accomplissement de la loi pour les cas d'avortements légaux^{722, 723}.

Une enquête réalisée auprès de médecins en 1974 révélait déjà que ¾ du total des médecins rencontrés considéraient que la fécondité élevée soulignait un problème sanitaire. Par rapport à la position de l'Eglise Catholique sur la contraception, 45% considéraient qu'elle était erronée et inconséquente avec la réalité sociale. 28% des médecins manifestèrent leur accord et reconnaissance que ce droit doit être plus diffusé et accepté dans la société bolivienne. Depuis le point de vue médical, le consensus général sur la planification familiale était qu'elle élevait la qualité de la vie familiale principalement et n'était pas similaire à la réduction de la natalité⁷²⁴.

L'influence de l'Eglise s'exercerait principalement au niveau du macro politique : financement de campagnes électorales, appui électoral. Elle conditionne ainsi certaines thématiques de la santé reproductive et sexuelle, et des droits reproductifs et sexuels. D'après les entretiens, cette pression de l'Eglise est même devenue un enjeu électoral par rapport au thème de la planification familiale. Sous le gouvernement de Hugo Banzer Suarez, par exemple, les méthodes contraceptives furent diffusées (et ainsi démocratisées). Or, on lui a

⁷²⁰ Campaña 28 de Septiembre « Por el Derecho a Decidir », Ley para la interrupción legal del embarazo, Bolivia, 2003.

⁷²¹ Selon une enquête réalisée au Mexique également pour la Campagne 28 Septembre, proche de 70% de la population mexicaine pensent que l'on peut être un bon chrétien et être en désaccord avec l'Eglise par rapport à l'avortement (Reunión Nacional, Campaña 28 de Septiembre, « Por la despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe », « Por el Derecho a Decidir », No estás sola. Hablemos del Aborto, CIDEM, 2002).

⁷²² Sondeo de Opinión sobre "Mujer y Participación Ciudadana", AMUPEI, Sept. 2002.

⁷²³ Ces résultats sont cependant à relativiser car lors de l'enquête, un certain poids de la religion catholique a été observé, dans le choix des prénoms par exemple. Certaines patientes décidaient de prénoms de Saints, en fonction du jour de la naissance. Une patiente a choisi « *Maria Teresa* » pour sa petite fille qui venait de naître : « *Elle va s'appeler Maria Teresa... de la petit mère, de Calcutta, non ? (...) C'est le nom que je veux (...) avec mon époux. Le nom... de la petite mère... qui aidait beaucoup, les pauvres, non ?* » (« *Se va a llamar Maria Teresa... de la madrecita, de Calcuta, no ? (...) Eso nombre quiero (...) con mi esposo. El nombre... de la madrecita... que ayudaba alta, tantos pobres, no?* »). D'autre part, les femmes rencontrées lors de ateliers se montrent contre l'avortement. A l'unanimité ou presque, les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz rejetaient une éventuelle législation ou dépénalisation de l'avortement parce que cela le convertirait en une pratique naturelle, commune et serait utilisé comme un moyen de contraception..

⁷²⁴ Antonio J. Cisneros, *Actitudes y Factores Condicionantes de la profesion médica en Bolivia*, CIS, Serie Estudios de Población y Desarrollo n°1, noviembre 1974.

conseillé de supprimer ce processus, sans quoi il n'aurait plus le soutien de l'Eglise. Hugo Banzer a donc dû abandonner ces initiatives.

En matière de santé reproductive et sexuelle, l'influence dans la région de l'administration Bush et de l'Eglise Catholique constitue un danger de rétrocession ("*retroceso en peligro*", selon Sandra Aliaga), et menace de façon permanente les progrès. Sandra Aliaga explique que ces forces conservatrices furent d'autant plus une menace avec la nomination, sous Mesa, d'un Ministre de la Santé jugé proche de l'Opus Dei.

Sonia Montaña remarque, depuis 1994, et notamment la Conférence du Caire, une montée de l'offensive conservatrice au sein de l'Eglise et de la société, qui souhaite ébranler le consensus du Caire⁷²⁵. Aujourd'hui, ces secteurs ont l'appui ouvert de l'administration Bush. Dans de nombreux pays, ces forces conservatrices expriment leur opposition à l'agenda du Caire selon 2 arguments : que la CIPD promeut les relations sexuelles des mineurs d'âge et la pratique de l'avortement⁷²⁶.

Récemment, « à Santiago du Chili (en mars 2004) et à San Juan de Puerto Rico (en juin 2004) ont été célébrées les Conférences Régionales pour évaluer les avancées 10 ans après le Plan d'Action du Caire. Avec l'appui de l'administration Bush, le Vatican à travers ses organisations 'pro vie' tenta de façon déterminée de rompre le consensus créé à ce moment et travailla de manière ardue pour que s'ouvre de nouveau le débat sur des thèmes comme la 'santé reproductive', 'l'éducation sexuelle pour les adolescents', 'l'accès aux méthodes contraceptives modernes et sûres', entre autres (...). Cependant, ils n'y parvinrent pas et la Bolivie, une fois de plus, ratifia le Plan d'action du Caire. Le Président de la République, lui-même, écrivit un préambule à la Déclaration des Principes sur la Population et le Développement Durable qui fut lu à Santiago du Chili devant les pays de la région, d'Europe et de nombreuses agences des Nations Unies. L'engagement –et la crédibilité– de notre Etat devant la communauté des nations ne servirent pas beaucoup quand à peine deux mois après, il reçut la visite de l'Eglise Catholique »⁷²⁷. Ce processus de développement en Bolivie fut initié de la même façon en Uruguay.

⁷²⁵ Sonia Montaña in Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁷²⁶ Relatória. Reunion Redes y Campañas Regionales Cairo + 10, La Paz, 30 y 31 de Agosto, 2003.

⁷²⁷ "en Santiago de Chile (marzo 2004) y en San Juan de Puerto Rico (junio de 2004) se celebraron sendas Conferencias Regionales para evaluar los avances despues de 10 años del Plan de Acción de El Cairo. Con el apoyo de la administración Bush, El Vaticano a través de sus organizaciones « pro vida » intentó denodadamente romper el consenso creado en aquel momento y trabajaron arduamente para que se reabriera el debate sobre temas como 'salud reproductiva', la 'educación sexual para adolescentes', 'el acceso a métodos anticonceptivos modernos y seguros', entre otros (...). Sin embargo, no lo consiguieron y Bolivia, una vez más, ratificó el Plan de Acción de El Cairo. El propio Presidente de la Republica escribió un preámbulo a la Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible que fue leida en Santiago de Chile ante los países de la region, de Europa y de numerosas agencias de Naciones Unidas. El compromiso –y con ello la credibilidad– de nuestro Estado ante la comunidad de naciones no sirvió de mucho cuando apenas dos meses despues recibió la visita de la Iglesia Católica" (Ramón Torre Cañal, Maria Stopes, « Ley de derechos sexuales y reproductivos en Bolivia : la opinión pública ante el debate », Santa Cruz de la Sierra, 23 de agosto de 2004).

Les barrières sociales

« *S'il existe des différences biologiques entre hommes et femmes qui peuvent être à l'origine de disparités entre les uns et les autres en matière de santé, il existe aussi des facteurs sociaux qui influent sur la santé des hommes et des femmes et dont les effets peuvent varier d'une femme à l'autre. C'est pourquoi il faut accorder une attention particulière aux besoins et aux droits en matière de santé des femmes qui appartiennent aux groupes vulnérables et défavorisés, telles que les migrantes, les réfugiées et les déplacées, les fillettes et les femmes âgées, les prostituées, les femmes autochtones et les femmes handicapées physiques ou mentales* » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 6).

« *Les facteurs socioéconomiques ayant spécifiquement une incidence sur les femmes en général et sur certains groupes de femmes en particulier. Par exemple, le fait que les femmes disposent de moins de pouvoir que les hommes à la maison et sur le lieu de travail peut avoir des répercussions négatives sur leur nutrition et leur santé. Les femmes peuvent aussi être la cible de formes de violences spécifiques. Les fillettes et les adolescentes sont souvent exposées à des violences sexuelles exercées par des hommes adultes ou des membres de leur famille, et risquent donc des traumatismes physiques et psychologiques ainsi que les grossesses non voulues ou prématurées* » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 12.b).

Selon le Docteur Javier Torres Goitia, en Bolivie, plus que dans n'importe quel autre pays, les déterminants socioéconomiques et sociaux influencent clairement le processus de santé (et de maladies). La santé reproductive et sexuelle est un phénomène plus que biologique. Il s'agit d'un phénomène social et culturel. La situation économique, sociale et culturelle, les relatifs de pouvoir, l'inéquité de genre, la discrimination et la violence sexuelle et domestique sont des facteurs qui ont montré un haut niveau d'influence sur la construction de la santé sexuelle et reproductive en Bolivie, dans les aires périurbaines de La Paz notamment. Le Docteur Aramayo, conseiller en droits reproductifs et sexuels de la Commission des Droits Humains du Parlement, explique que derrière la santé reproductive et sexuelle se cachent la pauvreté et la ségrégation de la femme. « *Les risques 'sociaux' (la pauvreté, l'ignorance par rapport à la planification familiale et les grossesses de jeunes célibataires) sont plus significatifs que les risques 'biologiques'* »⁷²⁸. Selon Rose Mery, du clud de Mères de Mallasa, il y a trois sortes de santé : la santé physique, mentale et spirituelle. Or la condition de la femme touche tout type de santé.

La condition socioéconomique des femmes

La pauvreté disproportionnée des femmes, leur faible statut social, les exposent à des risques importants de santé, de santé reproductive et sexuelle notamment. La santé des femmes, et

⁷²⁸ «*Los riesgos 'sociales' (la pobreza, la ignorancia acerca de la planificación familiar y los embarazos de jóvenes solteras) son más significativos que los riesgos 'biológicos'*» (Denise Arnold con Juan de Dios Yapita y otros, *Las wawas del Inka : Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*, Informes de Investigación, II n°2, ILCA, 2002, page 18).

l'exercice de leurs droits reproductifs et sexuels, sont affectés par des facteurs biologiques, sociaux et culturels complexes.

La fécondité est un phénomène social et non seulement biologique. Le taux de fécondité varie selon le lieu de résidence, le niveau d'éducation, le milieu social. Ainsi, le changement du niveau de fécondité ne s'attribue pas seulement à un niveau déterminé d'utilisation de contraceptif mais inclut d'autres facteurs intermédiaires. Les niveaux de fécondité sont fortement associés à des variables économiques, sociales et démographiques. Cependant, les facteurs socio économiques n'affectent pas directement la fécondité sinon à travers des 'variables intermédiaires'.

Des facteurs sociaux et culturels conditionnent également la connaissance, l'utilisation et la relation information-usage des moyens de contraception. Comme cela fut mentionné, le pourcentage le plus important d'utilisation se trouvait parmi les femmes de majeur niveau d'instruction et celles vivant en zone urbaine. En zones rurales, l'utilisation de méthodes modernes est réduite ce qui peut s'attribuer à des facteurs culturels, d'information, d'accès aux sources, de coûts qu'impliquent le service et la qualité d'attention.

De même, les causes de mortalité maternelle sont également sociales. « *Les causes sociales de la mortalité maternelle incluent le bas niveau général de santé concourant aux hauts taux de fécondité, l'extrême pauvreté et le manque d'accès à la santé et l'assainissement basique* »⁷²⁹. La mortalité maternelle est donc liée au mauvais état de santé et de nutrition des femmes, à l'âge de la femme à la grossesse, à l'accès aux services de santé reproductive et sexuelle, lié au manque de route, de transport et à la méconnaissance des pratiques traditionnelles d'attention à la maternité, légalisées dans la population et indigène comme unique service de santé accessible à la femme. La mortalité maternelle est également liée à des facteurs structurels comme la pauvreté, la discrimination culturelle et de genre.

La pauvreté

Selon le Docteur Javier Torres Goitia, la pauvreté et la marginalisation sociale sont les grandes causes qui conditionnent les bas niveaux de santé. La pauvreté est la toile de fond des hauts taux de morbidité et mortalité dans le pays. Il existe une intime relation entre le développement national et la santé générale de la population.

A Potosi, par exemple, où 80% des foyers sont pauvres et 53% extrêmement pauvres, où l'IDH est de 0,43⁷³⁰, le SUMI ne réussit pas à affronter le problème pleinement. La santé dans la zone est conséquente de son niveau de pauvreté, de marginalité géographique, communicationnelle, en plus de la présence solide de la culture ancestrale et des pratiques traditionnelles de la santé.

⁷²⁹ "Las causas sociales de la mortalidad materna incluyen el bajo nivel general de salud concurrente con las altas tasas de fertilidad, extrema pobreza y falta de acceso a la salud y saneamiento basico" (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 16).

⁷³⁰ Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj, Population Concern, La maternidad en mujeres indigenas quechuas. Caso de Diez Ayllus de los Municipios de Caiza « D » y Cotagarta del Departamento de Potosi – Bolivia, 2003.

D'après les entretiens, la pauvreté apparaît comme un important facteur et problème qui limite ou du moins conditionne la santé reproductive et sexuelle et les Droits qui en découlent. En effet, le manque de ressource rend inaccessible les services de santé, les consultations, les médicaments ou les méthodes contraceptives. D'autre part, les nécessités sociales ont généralement un effet négatif sur les choix reproductifs et sexuels des femmes pauvres.

Une étude publiée dans le *Diario* en 2002 révèle que « *l'utilisation de méthodes contraceptives diminue de 9,6% chez les femmes qui se trouvent en condition de pauvreté dans le pays, selon une étude multidisciplinaire des Ministères de Santé et de Développement Durable (...). L'étude montre que la méthode traditionnelle la plus fréquemment utilisée est le 'ritmo'. Sa condition inévitable pour son efficacité est la connaissance précise de la période fertile durant le cycle de l'ovulation de la femme. Les résultats de l'étude révèlent que chez les femmes non pauvres, la connaissance de la méthode du 'ritmo' est de 83,5% et en moindre mesure chez les femmes pauvres avec 67,4%. L'analyse des chiffres indique que les femmes les plus pauvres sont les plus exposées au risque de grossesse non désirée, dû à la méconnaissance du cycle fertile* »⁷³¹. Les femmes les plus pauvres semblent donc plus exposées aux grossesses non planifiées, non désirées. Selon Carlos Carafa, cité par Sandra Aliaga dans *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, le meilleur contraceptif reste le développement car où il y a une sécurité économique, éducative, autonome et de bonnes conditions de santé, il existe une fécondité choisie et équilibrée⁷³².

Dans tous les milieux sociaux cependant, le taux de fécondité est en baisse. Il existe un certain « malthusianisme de la pauvreté »⁷³³. « *Pour les populations en voie de paupérisation, c'est l'aggravation de la misère et non l'amélioration du bien être qui tient lieu de transition démographique* »⁷³⁴. Mais en général, la baisse du taux de fécondité a été essentiellement protagonisée par les femmes des strates socioéconomiques les plus privilégiées, comme le souligne Silvia Salinas Mulder⁷³⁵.

Ineke Dibbits explique que dans les années 90, la propagande de télévision promouvait la 'famille heureuse' avec un maximum de deux enfants. Les matériaux écrits donnaient l'idée que la pauvreté pouvait être éliminée simplement par l'utilisation de méthodes de planification familiale. La planification pour les pauvres se convertissait alors en un problème social, en une responsabilité ou presque un devoir et pour les plus aisés, en un droit à choisir⁷³⁶.

Le phénomène de l'avortement touche toutes les classes sociales et culturelles. Cependant pour la femme à revenus moyens et hauts, cela sera un problème de conscience, d'équilibre

⁷³¹ "el uso de métodos anticonceptivos disminuyó en 9.6 por ciento entre las mujeres que se encuentran en condición de pobreza en el país, según un estudio multidisciplinario de los ministerios de Salud y Desarrollo Sostenible (...). El estudio muestra que el método tradicional más frecuentemente utilizado es el ritmo. Su condición ineludible para su efectividad es el conocimiento preciso del período fértil durante el ciclo de ovulación de la mujer. Los resultados del estudio revelan que entre las mujeres no pobres el conocimiento del método ritmo es 83.5 por ciento y en menor medida de las mujeres pobres con 67.4 por ciento. El análisis de las cifras indica que en total las mujeres más pobres son más expuestas al riesgo de embarazos no deseados, debido al desconocimiento del ciclo fértil" (ANF, « Uso de anticonceptivos bajó entre las mujeres más pobres », El Diario, Lunes 9 de septiembre de 2002).

⁷³² Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁷³³ M. E. Cosío Zavala, dans *Transition démographique et développement social dans les PVD*, NY, ONU, 1992.

⁷³⁴ Louise Lassonde, *Les défis de la démographie*, Ed. La Découverte, 1996, page 107.

⁷³⁵ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

⁷³⁶ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

entre « l'âme et le corps » ou la peur de la réaction sociale, alors que pour une femme de faibles revenus, ce sera un problème d'impuissance face aux ressources économiques et/ou de risque de vie.

Les données et analyses du lien entre comportement démographique et pauvreté a servi de nombreux auteurs pour contredire la thèse de Malthus, et pour soutenir que, du moins en Bolivie, la pauvreté n'est pas directement associée à la population. Selon Hugo Moldiz Mercado, le manque de correspondance entre la population et la satisfaction des besoins de base est lié à la façon dont la richesse nationale est redistribuée et non à l'excès de population⁷³⁷. En Bolivie, plus de 60% de la population vit en condition de pauvreté, et le pays n'a pas évité le phénomène mondial de la féminisation de la pauvreté. Si les analyses ont montré qu'il n'y a pas de relation directe entre le comportement démographique et la pauvreté, on peut cependant affirmer qu'il existe un lien entre l'exercice des droits reproductifs et sexuels et la condition socioéconomique des femmes.

L'éducation

L'école est un agent de socialisation important qui influe sur le comportement en matière de reproduction et sexualité, et contribue à une meilleure qualité de santé des femmes. Diverses enquêtes de santé montrent une corrélation directe entre les meilleurs niveaux éducatifs et les meilleurs indicateurs de santé reproductive des femmes. « *Le niveau scolaire des couples, et plus particulièrement celui des femmes, modifie leur comportement en matière de reproduction et influence beaucoup leur façon d'envisager le couple et la sexualité. Plus la scolarité est poussée, plus le couple semble sensible aux questions des droits des femmes dans le domaine de la sexualité et dans les décisions ayant trait à la maternité* »⁷³⁸. En Bolivie, comme dans les autres pays de la région, l'éducation favorise l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes. Il existe donc une certaine corrélation entre ces droits et le droit à l'instruction.

Le niveau d'instruction et la scolarité sont étroitement liés au taux de fécondité. Plus le nombre d'années d'étude diminue, plus le taux de fécondité des femmes augmente. Selon un document de la Coordinadora de la Mujer, c'est une preuve évidente que l'exercice du droit à la santé est totalement lié au droit à l'éducation⁷³⁹. De même, l'influence de l'éducation sur la connaissance de méthodes paraît indéniable. Le niveau d'éducation n'est pas seulement associé à la connaissance de méthodes contraceptives, il est également étroitement lié à leur utilisation. A un meilleur niveau d'instruction correspond un meilleur accès aux services, à la connaissance sur où pour obtenir l'information et leur distribution comme les revenus pour acquérir les services nécessaires. On observe donc une relation positive entre le niveau d'instruction et la pratique contraceptive.

Carmen Velasco, de Promujer, explique que la santé reproductive est liée au niveau d'éducation, étant donné qu'une femme qui a une certaine auto-estime, qui valorise sa vie pour autre chose que la maternité, a un meilleur contrôle de sa santé sexuelle et reproductive.

⁷³⁷ Silvia Salinas Mulder, « Demography from the soul ». Bolivia, Final Research Report, December 2000.

⁷³⁸ Nations Unies, CEDAW, Examen des rapports présentés par les Etats Parties en vertu de l'article 18 de la Convention, 3^{èmes} rapports périodiques des Etats Parties, Mexique, CEDAW/C/MEX/3, 7 décembre 1992, page 46.

⁷³⁹ Coordinadora de la Mujer, *Documento de Trabajo – Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, sept. de 2003.

Elle appréhende le fait d'avoir de nombreux enfants comme un sentiment d'être utile et valorisée. La maternité reste l'unique recours gratuit des populations pauvres (valorisation de la procréation par la société). A un meilleur pouvoir (valorisation de la femme par rapport à ce qu'elle a fait, à ce qu'elle connaît) correspond une meilleure maîtrise de sa santé sexuelle et reproductive, une attention plus particulière à sa satisfaction sexuelle.

« (...) L'évolution de leur statut modifie aussi, semble-t-il, les idées reçues sur leur fonction de génitrice (...). Il va de soi que la relation de cause à effet tient au refus, exprimé par les femmes ayant bénéficié d'une forme ou d'une autre d'éducation, de se voir réduites à leur rôle de génitrices. L'instruction a élargi leur horizon, les a mises au contact de quelques notions, au moins, de planification familiale et les a dotées d'une plus grande latitude pour exercer leur rôle d'argent dans les décisions familiales, y compris en matière de fécondité et de naissance »⁷⁴⁰. La santé reproductive et sexuelle est également dépendante des caractéristiques culturelles des femmes. Une étude menée en 1997 révèle que la langue contribue à refléter les conduites reproductives et sociales de la population. Selon les résultats de celle-ci, il existe une relation entre la langue pratiquée dans le foyer avec la connaissance de méthodes de planification familiale. La langue pratiquée est une règle qui reflète le niveau d'opportunité qu'a la femme pour accéder et recevoir les distincts services, bien que limités, que prête la société. Parler castillan permet à la femme d'accéder à l'éducation avec plus de facilité, lui permet une communication et une perception plus ample pour recevoir des connaissances transmises par les acteurs et agents dédiés à ce travail⁷⁴¹.

« Parfois, je suis triste parce que je ne sais pas parler le castillan. Je dois rester silencieuse, parfois j'ai peur. C'est un problème de ne pas savoir, car d'autres personnes parlent un castillan pur. Petite, j'ai été à l'école jusqu'au deuxième cours, mes parents m'ont retirée de l'école pour que je surveille les chèvres. A l'école, les professeurs ne pouvaient pas nous enseigner le castillan » (« A veces me pongo triste porque no sé hablar castellano. Tengo que estar callada, a veces tengo miedo. Es un problema no saber, porque otras personas hablan castellano puro. De chica fui a la escuela hasta segundo curso, mis papás me sacaron para que vea a las cabras. En la escuela, ni los profesores podían enseñarnos a hablar castellano », Martha Huanca Avendaño, 29 años, Verano, in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

D'autre part, il existe une plus importante vulnérabilité de la femme rurale et indigène à travers la marginalisation ethnique, géographique, communicationnelle et économique, la déconsidération et la discrimination des conceptions et pratiques traditionnelles.

⁷⁴⁰ Armartya Sen, « Un nouveau modèle économique ». La liberté des femmes. Attout du Développement, [extrait, *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Odile Jacob, 1999/2000], page 22.

⁷⁴¹ Hugo Torres Pinto, Franklin Garcia P., Jaime Montano G., *Consideraciones Reproductivas de la poblacion boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificacion y Ordenamiento Territorial, Direccion General de Planificacion Estrategica, Unidad de Politicas de Poblacion, La Paz, 1997 (Segundo Edicion).

Le machisme et la Madresposa

Les caractéristiques socioculturelles de la société bolivienne s'avèrent des éléments primordiaux à considérer lorsque l'on aborde le thème de la Santé Reproductive et Sexuelle en Bolivie. De par la diversité culturelle notoire en Bolivie, il existe de nombreux patrons culturels de comportement reproductif et sexuel, qui conçoivent la Santé Reproductive et Sexuelle et ses droits relatifs selon des perceptions particulières et des pratiques propres. Ces patrons culturels sont également déterminés par la suprématie masculine, qui règne dans la majeure partie du monde, et qui est fortement ancrée dans la société bolivienne. Le machisme est un élément clé de la planification familiale, et agit sur la santé reproductive et sexuelle dans son ensemble. Il entretient notamment l'image de la « madresposa », conception de la femme renforcée par l'influence de l'Eglise Catholique.

Le machisme

Il est important lorsque l'on travaille sur les femmes, de s'intéresser également aux hommes. Le machisme, en vigueur en Bolivie, conditionne, voire réduit, l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes. La condition d'inégalité entre homme et femme (ou inégalité de genre) a un effet négatif sur la santé de la femme et en particulier sur sa santé reproductive et sexuelle. Le thème du machisme a été présent dans les observations et les discussions avec les patientes hospitalisées et les participantes des ateliers. Les discours, les histoires ont révélés que le machisme faisait partie du quotidien de nombreuses femmes. Des histoires personnelles, des anecdotes rendent compte de maris ou fils qui n'aident pas dans le foyer, ou qui ne partagent pas les responsabilités familiales, de maris ou compagnons qui trompaient leur femmes, les maltrahaient ou les menaçaient.

Ainsi, le machisme, entendu comme « *idéologie et comportement fondés sur l'idée que l'homme doit dominer la femme et qu'il faut, en tout, faire primer de supposées vertus viriles* »⁷⁴² est un élément clé de la fécondité, de la planification familiale, et est parfois responsable de grossesses non planifiées, non désirées, d'avortements et de mortalités maternelles. Le rôle de l'homme dans la santé reproductive et sexuelle de la femme est important, ce pourquoi il commence à être pris en compte dans les politiques et les activités d'ONG.

Dans une société machiste, il règne une certaine préférence pour avoir un garçon. Dans la société patriarcale bolivienne, il y a une préférence (surtout par le père) d'avoir un fils plutôt qu'une fille. Le garçon reçoit alors un traitement préférentiel par rapport à la nourriture et pour les soins de santé. Mais, il n'y a pas pour autant de statut nutritionnel des garçons supérieur à celui des filles selon l'étude d'UNICEF, Children and Women de 1994.

Lors de l'étude, certaines patientes ont expliqué en effet, qu'elle et surtout le mari préféraient ou auraient préféré un garçon.

« [Le mari] *sentait plus que moi. Moi, je ne savais pas ce que c'était parce que... parfois il lui parlait et cela bougeait (...)* par exemple 'mon petit fils, comment ça va, bienvenu' [paroles du père] *et il bougeait [rires]. 'Tu es un petit homme' (...). Moi j'en savais rien. A l'inverse... (...)*

⁷⁴² Le Petit Larousse illustré 1999. © Larousse, 1998.

je lui parlais, et tout, mais ... (...). De toute façon, je suis tombée malade (...). Et donc (...)... C'est douloureux [l'accouchement]. Je demandais ce que c'était... (...). 'C'est un garçon'... Et moi... [elle mime sa surprise]. Alors, (...) c'est pareil de toutes façons. La doctoresse nous dit 'et alors, c'est quoi?'... 'un garçon'. (...) Et jusqu'au dernier moment. Moi je n'y croyais pas. Et voilà... maintenant je suis avec un petit garçon... »⁷⁴³.

Une autre patiente expliquait : « *Je voulais que cela soit un petit garçon. Si (...). Si, mais bon...* »⁷⁴⁴.

Pendant la grossesse, « *on sait que c'est un petit garçon... (...), si... on sait...* »⁷⁴⁵.

Enfin, une autre mère, en revanche espérait une petite fille: « *Je pensais que ça allait être une petite fille... Je voulais que cela soit une petite fille... (...), mais quand je l'ai dit [à son mari] que (...), cela ne le dérangeait pas que ça ne soit pas une fille... [Interruption] Je voulais que cela soit une fille... Parce que mon premier enfant est un garçon (...), un couple (...), donc (...) je voulais mais en le voyant, maintenant, peu m'importe (...). C'est un garçon...* »⁷⁴⁶. Pour le prochain, elle déclara qu'elle voudrait une petite fille, et qu'elle se renseignera sur les procédures à suivre pour avoir une fille.

Plus tard, lors d'une discussion avec une autre patiente et un interne, la patiente demanda au docteur pourquoi les hommes préféraient avoir un 'varoncito'. Elle prit l'exemple de son mari qui voulait une petite fille... Puis, il avait changé d'avis car ses copains préféraient que cela soit un petit garçon... Quand elle a accouché et qu'il s'est avéré que c'était un petit garçon, tous ses copains l'ont félicité : « *c'est un garçon, félicitations !* ». Elle se demanda alors si cela avait à voir avec l'orgueil masculin (« *Tiene que ver con el orgullo, no ?* »).

Les limites de la contraception, au niveau individuel, viennent principalement de la culture. Le machisme joue un rôle important dans l'incapacité de la femme pour prendre des décisions sur sa fécondité. Le machisme, entretenu par l'Eglise catholique, conditionne fortement l'utilisation voire l'acceptation des méthodes contraceptives, et est souvent présenté comme un élément clé de la planification familiale. D'un côté, les hommes sont dénoncés comme non responsables de leur sexualité ; de l'autre, par perte de contrôle et de pouvoir sur la sexualité de la femme, les hommes ont tendances à rejeter l'utilisation de moyens de contraception, notamment modernes.

La pression de l'homme pour avoir des relations sexuelles, et le manque de dialogue et de collaboration de l'époux ou du compagnon vouent à l'échec la méthode du 'ritmo', méthode la plus utilisée. A la campagne, par exemple, le patron de la migration masculine rend l'abstinence périodique difficile : la femme ne peut souvent pas rejeter la demande du mari à avoir des relations sexuelles lorsque ce dernier est de retour au foyer, même si elle est en

⁷⁴³ “[el marido] *sentia mas que yo. Yo no sabia que era porque... a veces le hablo y se mueve (...)* por ejemplo ‘*ya mi hijito, como estas, bienvenido*’ [paroles du père] y se movia [rises]. ‘*Eres hombrecito*’ (...) *Yo no sabia. En cambio...* (...) *yo le hablaba, todo, pero...* (...). *De todos modos, me he enfermado (...). Entonces (...)*... *Y ahí es doloroso [el parto]. Yo le pregunte que era...* (...) ‘*Es varon*’... *Y yo...* [elle me mime sa surprise] *En cambio, (...)* *Igual de todos modos. La Doctora nos dice ‘Y al final, ¿que?’... ‘varon’. (...)* *Y hasta el ultimo. Mientras que no creia. Y nada... ya estoy con varoncito...*”.

⁷⁴⁴ “*Quería que sea varoncito. Si (...). Si, pero, bueno pues...*”.

⁷⁴⁵ Durante el embarazo, “*se sabe que es varoncito... (...), si... se sabe...*”.

⁷⁴⁶ “*Pensé que va a ser mujercita... Quería que sea mujercita... (...), pero cuando le he dicho [a su marido] que (...), no le importaba que no sea mujercita... [Interruption] Quería que sea mujercita... Porque mi primer hijo es varon (...), una pareja (...), entonces (...)* yo quería pero al ver, ya no me importaba (...). *Es varon...*”.

pleine période fertile. D'autre part, les entretiens menés révèlent que si la femme maîtrise la méthode du ritmo, le cycle se rompt au moment des fêtes avec notamment la consommation d'alcool. En Bolivie, on observe d'ailleurs une importante augmentation des grossesses après la période du carnaval, en février, grand moment de fête.

Par rapport aux relations sexuelles et au désir des femmes, par rapport à la communication comme mesure de prévention contraceptive, les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz expliquaient que ce n'était pas facile dans un couple : « *l'homme ne comprend pas* », « *l'homme doit accomplir ses nécessités* » ; et la communication fut décrite comme plus difficile encore avec l'alcool, quand l'homme rentrait à la maison totalement ivre. L'une d'entre elles souligna que si l'homme respectait le choix de la femme de ne pas avoir de relations, cela signifiait qu'il fréquentait une autre femme. Cependant, une ajouta que « *l'homme doit connaître les désirs de la femme, ses préférences, et inversement* », en argumentant que la femme aussi avait des nécessités, qu'elle demandait également.

Par rapport à la planification familiale, il existe une idée masculine selon laquelle l'utilisation de méthodes contraceptives, notamment modernes, est un moyen d'infidélité pour la femme. En effet, la plupart des hommes considère que les femmes qui utilisent une régulation volontaire de la fécondité le font dans le but de pouvoir aller avec d'autres hommes. L'utilisation de méthodes contraceptives procurerait plus de jouissance à la femme qui n'a désormais plus le souci de la grossesse. D'autre part, en n'ayant pas les enfants de façon consécutive, ou après en avoir eu un certain nombre, la femme aurait du temps libre pour se distraire ; le simple fait qu'une relation sexuelle ne va plus signifier un danger de grossesse peut conduire à l'infidélité. L'utilisation de méthodes de contraception est ainsi associée au plaisir sexuel de la femme, resté tabou dans la société bolivienne, et à l'infidélité. Ce pourquoi de nombreux hommes sont réticents aux méthodes de planification familiale : ils ont peur que leur femme leur soit infidèle.

L'amplification de méthodes de planification familiale procure un certain pouvoir aux femmes et en contrepartie, en fait perdre à l'homme. Avec l'usage de méthodes naturelles, ou la non utilisation de méthodes, l'homme peut contrôler, maîtriser et décider de la sexualité de la femme. Malgré l'institution du mariage toujours en vigueur qui formellement garantit la fidélité de leur femme, avec l'utilisation de moyens contraceptifs modernes, il est désormais plus difficile pour les hommes de contrôler leur propre paternité et la sexualité de leur femme.

Lors de l'étude de terrain, cette réticence du mari ou compagnon à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, de peur d'infidélité, a été illustrée par des anecdotes et histoires personnelles. Une patiente expliquait qu'elle utilisait un stérilet mais que son mari ne le savait pas car il rejetait cette option : « *tu es à moi* » (« *Eres mía* »), lui disait-il. Ainsi, il a été observé et raconté des cas de femmes qui cachaient à leur mari l'utilisation de méthodes modernes pour réguler leur fécondité.

D'autre part, les hommes ont également tendance à refuser la planification familiale car ils se considèrent, et sont considérés par leurs compères, comme virils, « machos » lorsqu'ils ont de nombreux enfants. Pour les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz, il s'agit là d'un prétexte pour que la femme ne sorte pas de la maison, un prétexte entretenu par la femme elle-même qui préfère souvent rester à la maison : « *le bébé va tomber malade* », ou « *il va tomber malade, je vais rester avec lui/elle* ». De nombreux maris, y compris ceux des participantes, les empêchaient ou les avaient empêchées de travailler. Une participante souligna le fait que

l'homme ne se rendait pas compte que plus ils allaient avoir d'enfants, plus les nécessités étaient importantes et donc plus la femme avait besoin de travailler.

Par rapport au thème de la demande en planification, comme cela a été observé, on remarque l'importance du mari ou du compagnon. Une doctoresse a expliqué que quand une patiente était orientée en matière de planification familiale, souvent elle souhaitait parler avec son mari ou son compagnon avant de se décider pour une éventuelle méthode contraceptive. En effet, lorsque l'on a demandé aux patientes des maternités comment elles allaient faire pour attendre le temps désiré pour une autre grossesse ou pour ne plus avoir d'enfant, la plupart répondait qu'elle voulait consulter leur mari.

« Donc, ça aussi je vais lui en parler pour décider... Si peut-être un stérilet ou pour lui demander... »⁷⁴⁷.

« J'ai pensé... Ligature de trompes... pour ne pas avoir plus d'enfant... Moi, en vérité, je ne veux pas plus d'enfant. Mais, je dois consulter mon époux, voir ce qu'il dit »⁷⁴⁸.

« Ca dépend aussi quelle méthode on peut utiliser (...). Je vais voir... lequel je supporte le plus et ce que nous allons faire. Planification... Cela dépend aussi de mon mari, non... »⁷⁴⁹.

« Je vais parler avec mon époux »⁷⁵⁰.

Les médecins expliquaient aux patientes qu'elles seules devaient décider de l'éventuelle utilisation de méthodes contraceptives. Certains ajoutaient que ce n'était sûrement pas le mari ou le compagnon qui allaient s'inquiéter d'une autre grossesse, et surtout que ces derniers ne les avaient pas achetées et qu'elles étaient libres. Cependant, le discours était contraire aux opportunités offertes aux femmes. En effet, dans les hôpitaux étudiés, certaines méthodes, telles que la ligature des trompes, requéraient l'autorisation et la signature du mari ou compagnon, même si le couple était officiellement séparé, et non officiellement divorcé, ou s'entendait mal. Depuis les conférences du Caire et de Beijing, cette autorisation n'est officiellement plus requise dans les textes et normes du gouvernement. Cependant, la pratique est restée commune dans de nombreux centres de santé, sous forme directe ou indirecte. Cette requête fut justifiée par les médecins comme un processus qui évitait les plaintes ou les procès qui eurent lieu dans le passé. Cependant, cette politique est dénoncée comme alimentant le machisme en ne considérant pas la femme comme maîtresse de ses propres décisions, de son propre corps.

La demande d'autorisation du conjoint ou compagnon pour une ligature des trompes peut limiter le choix d'une telle méthode par le rejet ou l'absence de l'homme. A son dernier accouchement, une patiente a expliqué qu'elle souhaitait une ligature des trompes pour réellement ne plus avoir d'enfants. Son mari, sous pression maternelle, a refusé. D'autres femmes hospitalisées ont connu le même refus. Une patiente était motivée pour se faire ligaturer les trompes après un avortement incomplet. Mais elle expliquait qu'elle s'entendait très mal avec son mari, qui, de plus, ne vivait presque plus avec elle, et qui avait une autre

⁷⁴⁷ "Entonces, eso también le voy hablar con el para decidir... Si talvez la T de cobre o para preguntarle...".

⁷⁴⁸ "Yo he pensado... Ligamento de trompa... para no tener más bebe... Yo, la verdad, no quiero mas bebe. Pero, tengo que consultar a mi esposo, que es lo que dice".

⁷⁴⁹ "Depende también cual método se puede usar (...). Voy a ver... cual suporto mas y cual vamos a hacer. Planificación... Depende de mi esposo también, no...".

⁷⁵⁰ "Voy a hablar con mi esposo".

femme. Elle a donc préféré abandonner cette option contraceptive, pour ne pas avoir à convoquer le mari (celui-ci fut tout de même convoqué lors de la pose du stérilet de sa femme, pour indirectement traiter du problème de violence domestique dont souffrait sa femme). De par le refus du mari, ou la peur de lui demander une autorisation, certaines femmes sont de nouveau enceintes, sans le désirer, une grossesse parfois vécue comme un drame.

De telles expériences ont été racontées par les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz. Une participante racontait que le docteur lui avait refusé la ligature des trompes. Après son dernier accouchement, elle expliquait qu'elle ne voulait pas d'autres enfants. Elle était séparée de son mari. Mais sans l'autorisation de celui-ci, l'intervention était impossible. Selon le médecin, c'était le mari qui devait décider. Une autre participante déclarait qu'elle avait également souhaité une stérilisation, et que son mari devait signer une autorisation. Elle racontait qu'il était d'accord, mais que son entourage, en particulier sa sœur, avait fait pression pour qu'il refuse de signer.

Le machisme en plus d'agir sur l'auto-estime de la femme affecte directement la santé reproductive et sexuelle. A travers le refus de la planification familiale, ou de consultation gynécologique et obstétrique par des médecins hommes, à travers la violence domestique et sexuelle, une autre expression du machisme, la suprématie masculine contribue aux hauts taux de fécondité, aux grossesses non planifiées, non désirées ou difficiles, et donc aux avortements aussi bien naturels que provoqués. Face à la réticence du mari ou compagnon à l'utilisation de moyens contraceptifs, l'avortement peut, par exemple, devenir une forme de contraception chez les femmes. « *Les deux principales conséquences que le machisme a sur la santé de la femme sont : premièrement, il conduit à des grossesses à haut risque, et deuxièmement, il contribue aux hauts niveaux de grossesses non désirées et d'avortements induits* »⁷⁵¹.

L'homme joue donc un important rôle dans la planification de la famille. Il apparaît ainsi nécessaire, comme le soulignaient de nombreuses personnes rencontrées, de développer des activités pour l'homme, pour l'informer et l'impliquer dans le processus de régulation volontaire des grossesses.

Une étude de Skibiak et del Castillo menée en 1993, et reprise dans la révision bibliographique *Expandiendo opciones de planificación familiar, Diagnostico Cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, justifie que les hommes souvent ne savent pas que leur femme utilise une méthode moderne par le manque de communication dans le couple. Cette étude montre également que les hommes obtiennent plus d'information sur la planification familiale de leurs amis et collègues de travail que du système de santé formelle. Enfin, elle contredit la croyance selon laquelle les hommes en Bolivie s'opposent à ce que leur femme utilise la planification familiale parce qu'elle augmente l'activité extra conjugale et la promiscuité. Le fait que les hommes constituent une barrière considérable à l'utilisation de moyens de contraception serait un mythe mais les femmes continueraient à percevoir et à vivre cette opposition.

⁷⁵¹ “*Las dos consecuencias principales que el machismo tiene sobre la salud de la mujer son: primero, lleva a los embarazos de alto riesgo, y segundo que contribuye a los altos niveles de embarazos no deseados y abortos inducidos*” (Lithzy Flores Rejas, *Desarrollando capacidades para la participación. Modulo 4. Salud. Para la capacitación a mujeres de base y lideres*, SNV, DASA, page 50).

Cependant, le fait que l'homme accepte la planification familiale et l'utilisation de méthodes modernes n'est pas une garantie qu'il partage les responsabilités ni qu'il respecte les préférences des femmes et leurs droits sexuels et reproductifs.

Etre mère : une expérience difficile

A travers les observations et les discussions, la grossesse et surtout l'accouchement furent présentés comme une expérience difficile, douloureuse, "*como la muerte*" (« *comme la mort* »). De nombreuses femmes expliquent qu'elles ont eu des grossesses difficiles. Une patiente explique que « *ça me faisait mal jusqu'aux pieds* » ("*hasta los pies me dolian*"), et que le poids l'avait fait beaucoup souffrir. Une autre mère raconte qu'à son premier mois de grossesse, elle a été hospitalisée car elle souffrait beaucoup, notamment de migraines. Depuis, elle a perdu beaucoup de poids, et beaucoup de sang.

L'enquête rend compte effectivement de nombreuses patientes hospitalisées pour grossesses difficiles, des patientes qui ne pouvaient manger ou marcher. L'une d'entre elles pleurait de douleur et le personnel souhaitait la transférer à l'Hôpital de la Femme. Des patientes expliquaient qu'elles avaient perdu du sang, et que pendant les premiers mois de la grossesse, elles étaient très faibles. Dès lors, elles avaient décidé de faire attention.

Un interne expliqua que chaque patiente avait sa propre expérience de la grossesse, et qu'il y avait des femmes contentes de leur grossesse. Les patientes enceintes pour la première fois vivaient souvent la « *pire* » expérience de leur vie ; mais quand elles voyaient le bébé, elles devenaient « *gagas* » ("*chochas*"). Il ajouta que chez certaines femmes, c'était une mauvaise expérience.

Pour diverses patientes, l'accouchement suscitait préoccupations et peurs. Une patiente, attendant son tour pour accoucher, racontait qu'elle avait perdu deux litres d'eau et demandait si cela était normal. Elle attendait pourtant son septième enfant. D'autres futures mères redoutaient la césarienne. Le docteur dit à l'une d'entre elles, hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré, qu'elle aurait certainement une césarienne, à cause notamment de son âge (la patiente avait 36 ans). Elle craignait l'intervention car son enfant allait sûrement devoir rester en néonatalogie. Elle expliquait qu'elle ne voulait pas de nouveau perdre son enfant. En revanche, une patiente rencontrée déclara qu'elle souhaitait une césarienne, à cause de la douleur et de sa peur de l'accouchement⁷⁵².

« *Ah non... fatal... douloureux (...). J'étais désespérée, je voulais une césarienne. Parce que je n'en pouvais plus. La douleur était très forte... Et le docteur ne voulut pas... Il m'a dit que non, qu'après je vais regretter, qu'on allait essayer comme ça et... il est né, voilà...* »⁷⁵³.

« *L'accouchement est difficile... Ouaih, c'est le plus chiant... J'ai failli mourir... J'ai failli mourir... Je ne voulais pas y aller moi... (...)... Ah ! Je voulais l'avoir normalement... normalement... le mercredi... je suis ici depuis une semaine... Normalement je voulais l'avoir*

⁷⁵² Lors de l'étude, il s'est avéré que les femmes ne maîtrisaient pas les causes cliniques de l'accouchement par césarienne, et pensaient souvent qu'il s'agissait d'un choix, d'une décision d'elle-même ou du médecin.

⁷⁵³ "*Ah no... fatal... doloroso (...). Yo estaba desesperada, quería cesárea. Porque no daba. El dolor era muy fuerte... Y el doctor no quiso... Me ha dicho que no, que después me voy a arrepentir, que me va intentar como es y ya pues... nació, así...*".

(...). *J'en pouvais plus... C'est le dernier... (...). Le bébé est en train de mourir... dans mon ventre (...)* »⁷⁵⁴.

Les patientes ont décrit, dans l'ensemble, une expérience « horrible », mais avec la gratification de « *le bébé est là* » (“*ya esta el/la hijo/a*”) :

« *Et le moment arrive et maintenant oui... c'est si beau d'avoir ce bébé (...). C'est la première fois que je souffre autant... [Il y a des souffrances dans la vie] mais je n'ai jamais autant souffert. C'est le plus dangereux (...)* »⁷⁵⁵.

« (...) *une expérience bien difficile (...)* en criant, je voulais tous les taper. *C'est que la douleur est bien moche... (...). Mais maintenant ma fille est là...* »⁷⁵⁶.

La césarienne fut parfois décrite comme pire que l'accouchement par voie naturelle, car selon une patiente, la césarienne ne permet pas de sentir la douleur d'être mère. Les participantes de l'Atelier « Santé Maternelle » ont expliqué que désormais, de nombreuses femmes ne connaissaient pas la douleur de mettre un enfant au monde grâce à la césarienne, et semblaient le regretter. Une mère racontait que lorsqu'elle était arrivée à l'hôpital après avoir perdu les eaux, elle souhaitait une césarienne par peur de la douleur. Au moment de l'accouchement, une intervention chirurgicale a été envisagée. Mais la participante expliquait qu'elle voulait à présent accoucher de façon naturelle car « *là, on sent réellement ce que sent une mère* » (“*ahí se siente realmente lo que siente una madre*”).

Tout au long de l'étude, être mère a été décrit comme une expérience difficile, avec beaucoup de responsabilité, et souvent sans appui ni aide.

La « Madresposa »

De la grossesse à l'éducation, le rôle de mère a été décrit et présenté comme une expérience physique et psychologique difficile et douloureuse. Cependant, les observations et les discussions ont révélé que les femmes rencontrées se définissaient principalement comme « Madresposa » (Marcela Lagarde). Certaines se sentaient accomplies en tant que mère et souhaitaient un enfant pour se réaliser en tant que femme : « [A son compagnon] *Aller un autre fils, je lui disais (...)* un fils pour que cela soit mon accomplissement... »⁷⁵⁷. D'autres patientes de maternité expliquèrent que le nouveau né était « *un cadeau de Dieu* », « *une bénédiction de Dieu* » (“*un regalo de Dios*”, “*una bendición de Dios*”) ; il était décrit comme leur vie, leur rêve (“*es mi vida*”, “*es mi sueño*”). Le personnel d'un des hôpitaux étudié renforçait cette identité maternelle en appelant les patientes « *maman* ». Une gynécologue obstétricienne a expliqué que chez une femme sans enfant, “*falta algo*” (« *il manque quelque chose* »). Elle a raconté qu'elle avait une amie qui n'était pas mariée et n'avait pas d'enfant, et que pour cela, elle ne la sentait pas très stable (“*no la siento muy estable*”). Lorsque l'on a demandé aux participantes de l'atelier de la Fundación La Paz « *pourquoi une femme tombe enceinte* »,

⁷⁵⁴ “*el parto es difícil... Es que sí, el mas jodido es... casi he muerto ya... Casi he muerto ya... Ya no quería yo ir... (...). ¡Uy! Quería tenerlo normal... normal... del día miércoles... ya estoy una semana aquí... Normal quería tener (...). Ya no podía... Es el último... (...). La wawa esta muriendo... en mi estomago (...)*”.

⁷⁵⁵ “*Y llega el momento y ya ahora sí... tan lindo tener ese bebe (...). Primera vez que nunca he sufrido otro peligro... [Hay sufrimientos en la vida] pero no tanto he sufrido. Es el mas peligroso mientras (...)*”.

⁷⁵⁶ “*(...) una experiencia bien difícil (...)* gritando, quería pegar a todos. *Que el dolor es bien feo... (...). Pero ahora esta mi hija... ”.*

⁷⁵⁷ “[A su compañero] *Ya un hijo mas' le decía (...)* un hijo para que sea mi cumple... ”.

certaines ont répondu « *pour être heureuse* », « *pour sentir le bébé* », « *par amour* ». Une patiente confie que toutes les femmes, de toute façon, finissent par se marier et avoir des enfants, comme si le mariage et les enfants définissaient une femme. Si, dans la communauté andine étudiée par Denise Arnold et Juan de Dios Yapita⁷⁵⁸, les familles sans enfant sont connues et acceptées sans critique dans l'ayllu, dans la société bolivienne en général (dans ce même ayllu, les femmes ménopausées acquièrent un statut supérieur), une femme ou une famille sans enfant reste mal vue, dépréciée voir discriminée étant donné que la fonction de la femme et de la famille demeure une fonction essentiellement reproductive et maternelle.

En tant que mères, les patientes hospitalisées s'inquiétaient essentiellement de la santé du nouveau né ou des autres enfants qui étaient restés à la maison. Elles expliquaient que leur mère devait leur manquer, qu'ils allaient tomber malade à cause du temps, ou parce qu'ils ne mangeaient pas suffisamment, ou mal. Certaines se sentaient coupables de ne pas être à la maison pour les surveiller, pour les devoirs, les repas. Ainsi, de nombreuses patientes souhaitaient rentrer chez elles, même si leur état de santé ne leur permettait pas : perte de sang, faiblesse, anémie... Une patiente déclara qu'elle se sentait mieux. Elle voulait donc rentrer chez elle parce qu'elle se préoccupait pour son fils : il ne mangeait pas parce que sa mère n'était pas là, expliquait-elle, « *Il va tomber malade* ». Une autre patiente, hospitalisée depuis huit jours, ne résistait plus. Elle expliquait que ses enfants lui manquaient et que sa mère lui répétait qu'ils étaient tristes. Une patiente se mit à pleurer parce qu'elle voulait partir ; elle supposait qu'elle manquait à ses enfants. Cette mère avait accouché chez elle, mais l'accouchement provoqua une hémorragie, raison de son hospitalisation. Elle saignait toujours mais elle souhaitait quand même rentrer. On lui expliqua qu'elle pouvait solliciter une autorisation de sortie, mais que cela n'était pas recommandable étant donné son état de santé : comment allait-elle s'occuper de ses enfants si elle était fatiguée et faible ? Une autre patiente hospitalisée, dont les enfants étaient restés avec le père, voulait rentrer chez elle car elle s'inquiétait pour ses enfants : le mari ne cuisinait pas toujours et les enfants mangeaient souvent ce qu'ils voulaient, quand ils voulaient. De nombreuses patientes, tous les jours, espéraient être de sortie. A 10h précises, l'heure des sorties, les femmes attendaient, prêtes, dans le couloir. L'un des gardiens expliquaient « *así es* » (« *c'est comme ça* »), lorsque les femmes se sentent bien, elles veulent partir.

Les femmes sont décrites comme responsables du bien être et de la santé de la famille et essentiellement des enfants, au détriment de leur propre santé en tant que femmes. Dans un des hôpitaux observés, les patientes ont relativement surveillé leur grossesse à travers les contrôles prénataux, et leur accouchement puisqu'elles ont accouché à l'hôpital. Mais ces patientes paraissaient négliger leur santé de femme, comme le montre la rareté de l'examen du frottis. Cette rareté s'explique aussi par d'autres facteurs : la méconnaissance de son importance, la peur, la honte et le manque de respect de l'intimité peuvent également justifier la non prévalence du test. D'autre part, en cas de problème, pendant la grossesse notamment, les femmes attendent avant de se rendre à l'hôpital.

Aux questions « *si l'homme tombe malade, que se passe-t-il ? Et si les enfants tombent malades ? Et si nous-mêmes tombons malades, que se passe-t-il ?* », les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz expliquaient que lorsqu'elles étaient malades, elles attendaient et souffraient en silence, ou se soignaient elles-mêmes. On nota une certaine

⁷⁵⁸ Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.

tendance à sacrifier sa propre santé aux bénéfiques de la famille. « (...) *la preocupación principal de las mujeres se repercute sobre la salud de sus hijos y, en general, de la familia ; a cela se añade la preocupación por las múltiples tareas que ellas deben realizar tanto en el plano doméstico como económico, en dejando en último lugar los aspectos relacionados con su propia salud* »⁷⁵⁹. Alfredo Barrientos, directeur du CIASE, expliquait que son ONG apportait un service intégral pas seulement à la femme mais aussi à toute la famille. Cependant, il expliquait que les femmes restaient les principaux interlocuteurs puisqu'elles étaient les plus impliquées dans les problèmes de famille.

En général, la femme est celle qui prend soin et s'inquiète des autres membres de la famille jusqu'à oublier sa propre santé. Cela montre la négligence de la femme par rapport à sa santé, son manque de connaissance et surtout de conscience de l'importance de la santé reproductive et sexuelle. En effet, une mère qui néglige sa santé peut difficilement s'occuper de ses enfants et de son mari. De plus, une telle conscience et connaissance permet la prévention en matière de santé reproductive et sexuelle, étant donné que la majorité des problèmes de santé féminine et maternelle peuvent être évités, ou avoir des conséquences moindres, avec plus d'attention.

La reproduction, une affaire de femmes

« (...) *il y a des difficultés pour réaliser la maternité, en particulier pour les femmes pauvres et celles des doubles journées ; mais c'est la paternité qui est exercée avec majeure difficulté par les hommes, et en grande partie, nombreux d'entre eux refusent de la vivre, l'évitent, en laissant des séquelles de manque* »⁷⁶⁰.

Certaines femmes rencontrées ont expliqué que leur famille et surtout leur mari les appuyait, et les aidait dans leur rôle de mère. Une patiente racontait que cela faisait 9 ans qu'elle était avec son compagnon, et qu'il était « *super* » avec elle. Il l'aidait beaucoup et les tâches domestiques étaient partagées à la maison. Pendant sa grossesse, il l'incitait à se reposer ; lors de son hospitalisation, il s'occupait des enfants. Elle raconta qu'il avait beaucoup confiance en elle et qu'avant il n'était pas comme ça (« *antes, él no era así* »). D'autres patientes racontèrent également que le mari aidait à la maison, qu'il cuisinait...

A partir de midi, l'heure autorisée pour les visites extérieures, les patientes des différents hôpitaux étaient bien entourées, et les chambres débordaient de visiteurs. Le gardien d'un des hôpitaux expliquait qu'il y avait tout type de visiteurs : neveux, nièces, tantes, beaux-frères, maris... Mais on observa plus la présence de la mère des patientes, ou des belles-mères que la présence des compagnons en soi. Dans une chambre, on demanda aux patientes qui avaient eu leur accouchement le jour précédent, qui était venu les visiter : l'époux de l'une, la belle-sœur

⁷⁵⁹ « (...) *la preocupación mayor de las mujeres recae sobre la salud de sus hijos y, en general, de la familia ; a ello se suma la preocupación por las múltiples tareas que deben realizar tanto en el plano doméstico como en el económico, dejando en último lugar los aspectos relacionados con su propia salud* » (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 26).

⁷⁶⁰ « (...) *hay dificultades para realizar la maternidad, en especial para las mujeres pobres y las de doble jornada ; pero es la paternidad la que es ejercida con mayor dificultad por los hombres, y en gran medida muchos de ellos se niegan a vivirla, la desaparecen, dejando una secuela de carencias* » (Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres : madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1990, page 802).

de l'autre qui lui avait apporté du linge et des couches. Le mari de celle-ci n'était pas venu. Une des autres patientes, peu délicate, insistait sur le fait que ce n'était pas normal, voire inadmissible. De plus, selon les dires de la belle-sœur, le mari était tranquille, chez lui. La patiente paraissait déçue mais ne fit aucun commentaire.

Lors de l'hospitalisation, les enfants sont parfois restés avec le père. Une patiente expliqua qu'elle avait un fils de huit ans et une fille de quatre ans. Le père s'occupait d'eux. Elle racontait que le père était heureux et qu'il ne pensait pas que ce serait ainsi : « *gaga le papa* » déclara-t-elle. Mais dans la majorité des cas, les enfants étaient restés seuls à la maison ou, ce sont les grands parents, la sœur, la belle-mère ou surtout la mère de la patiente qui s'occupaient des enfants. Ainsi, pendant l'enquête, une certaine présence et appui du mari, du compagnon, ou autres personnes de la famille a été observée et racontée. Cependant, dans la majorité des cas, la reproduction est apparue comme une activité essentiellement féminine, marquée par l'irresponsabilité paternelle, une réalité souvent dénoncée en Bolivie. Les femmes sont généralement seules face au grand défi de la maternité.

Un document de la Coordinadora de la Mujer rend compte que dans les institutions consultées, qui ne représentent que 20% de l'ensemble des institutions, avaient été enregistrés 1400 cas d'abandon de femmes enceintes et de non reconnaissance de paternité de la part du géniteur⁷⁶¹.

Deux participantes d'un atelier ont raconté que leur compagnon les avait abandonnées lorsqu'elles étaient enceintes, dont une après 14 ans de mariage. Ces mères seules se décrivaient comme mère et père à la fois. Une participante expliqua que pendant sa grossesse, elle était seule et sans argent, personne ne l'aidait, ne l'appuyait. Elle décrit cette période de manière très forte et traumatisante. Une autre participante, comme la précédente, racontait qu'elle avait vécu une grossesse « *sans un sou* » et seule, sans aide. Mais au contraire, cela lui avait donné de la force et de la volonté pour s'en sortir, et désormais elle en était fière.

« *Mon papa partit travailler en Argentine, parce que là-bas on gagne bien. Ma maman resta à Camargo, à faire du pain pour vendre. Elle a du faire le papa et la maman avec nous tous* » (« *Mi papá se fue a trabajar a la Argentina, porque allí se ganaba bien. Mi mamá se quedó en Camargo, haciendo pan para vender. Ella tenía que hacer de papá y mamá con todos nosotros* », Arminda Caracoles Rivera, 24 años, Malcastaca, , in Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003).

⁷⁶¹ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003, selon les données du réseau conformé par le SEDES, CARITAS, CEDEMUF, la Fundación La Paz, la Brigada de Protección a la Familia Central y Sud, SLIM, Defensoria de la Niñez y Adolescencia.



Une évolution du rôle maternel ? (Photographies de Sophie)

La maternité, à travers l'éducation, est également une activité et une responsabilité féminines, avec ou sans la présence du mari⁷⁶². Une mère de quatre enfants expliqua qu'elle était seule, que personne ne l'aidait, et que cela représentait beaucoup de travail. Elle espérait que ses enfants l'aideraient quand ils seront plus grands. Une autre mère de néonatalogie, déclarait que c'était difficile d'être mère, que cela faisait souffrir. Sa fille était hospitalisée depuis quelques jours, entre la vie et la mort, et la mère était toute seule à affronter tout cela. Elle expliqua que son mari ne se préoccupait de rien ; que sa famille, sa mère ne l'appuyaient pas, ne l'aidaient pas : « *c'est comme ça qu'on apprend* » (“*así se aprende*”) lui disait sa mère. Elle racontait qu'elle ne pouvait pas travailler parce qu'elle venait ici tous les jours, (avant elle dormait même à l'hôpital, dans le couloir), qu'elle n'avait pas d'argent pour acheter des couches, pour payer le transport quotidien et qu'elle avait dû vendre tout ce qu'elle avait chez elle, la gazinière, le mixeur, le réfrigérateur. Une autre patiente, mère seule, allait avoir son premier enfant. Elle racontait qu'elle s'occupait cependant de ses petits frères et sœurs, que ses parents étaient à Tarija, et que sa sœur était également enceinte, qu'elle ne pouvait pas bouger et qu'elle avait déjà trois enfants. La patiente expliquait alors que le soutien, l'aide étaient difficiles dans son entourage.

Une patiente expliqua qu'elle ne voulait pas d'autre enfant car « *ça m'a fait beaucoup souffrir* » (“*Alto me ha hecho sufrir*”). Elle décrit l'éducation comme difficile : « *il fait cuisiner, laver, nettoyer...* » (“*hay que cocinar, lavar, limpiar...*”). Le mari, travaillant, ne peut aider... « *Les femmes sont comme ça, non ? Emmener les enfants à l'école...* » (“*Así son las mujeres, ¿no? Llevar los niños a la escuela...*”).

La maternité selon les adolescents de Chasquipampa fut décrite par les termes de responsabilité, d'attention à la fécondité, de contrôle prénatal, d'attention aux nécessités des enfants, de bien être de la mère, du respect des enfants jusqu'au respect des autres.

Pendant longtemps, on a assigné à la femme le poids et la responsabilité de la reproduction de façon individuelle. Demeure « *l'idée que si la femme est enceinte, c'est de sa propre faute. Dans une situation de grossesse, la société sanctionne la femme en la jugeant, la discriminant, en la rendant responsable de la grossesse et de l'éducation de nouvel être. La grossesse est une coresponsabilité de l'homme et de la femme, tout comme l'éducation du nouvel être (...). Pour éviter une grossesse, il y a deux responsables, ou du moins en cas de décision du couple, cependant c'est la femme qui assume, en général, une telle responsabilité, en consultant ou non le compagnon. Pourquoi ? Le fait que cela soit la femme qui ovule, est enceinte et met au monde l'enfant, lui confère le côté le plus vulnérable du couple pour intervenir dans le processus de reproduction biologique, renforcée socialement en la rendant responsable des enfants ; à l'inverse, celui qui les maintient c'est l'homme. Pourtant, c'est à elle qu'incombe la prise des actions concrètes quand il s'agit de prévenir une grossesse* »⁷⁶³.

⁷⁶² « *La résistance des mères au partage du maternage. Toutes les études montrent que l'implication paternelle dépend aussi de la bonne volonté maternelle* » (E. Badinter, XY. *De l'identité masculine*, Ed. Odile Jacob, 1992, page 266).

⁷⁶³ Permanece “*la idea que si la mujer se embaraza, la culpa es ella misma. En una situación de embarazo, la sociedad sanciona a la mujer juzgándola, discriminándola, haciéndola responsable del embarazo y la crianza del nuevo ser. El embarazo es coresponsabilidad del hombre y la mujer, así como la crianza y educación del nuevo ser (...). Para evitar un embarazo hay dos responsables, o cuando menos se requiere el acuerdo de la pareja; sin embargo es la mujer que asume, por lo general, tal responsabilidad, consultando o no a su pareja. ¿Por que? El hecho de que la mujer es la que ovula, se embaraza y pare al hijo, la hace ser el lado mas vulnerable de la pareja para intervenir en el proceso de reproducción biológica, reforzada socialmente al responsabilizarla de los hijos; en cambio, quien los mantiene es el hombre. Por lo tanto, es a ella quien ‘corresponde’ tomar acciones concretas cuando de prevenir el embarazo se trata*” (Juan Carlos Ramírez

Quand on a demandé aux femmes comment elles allaient espacer leur grossesse ou ne plus avoir d'enfant, certaines répondirent qu'il s'agissait maintenant d'une responsabilité de l'homme :

« *Que mon époux fasse attention c'est tout... C'est lui qui va faire attention... Nous, les femmes, nous devons nous préoccuper de tout !* »⁷⁶⁴.

« *Si [on doit faire attention]... ou que lui fasse attention* »⁷⁶⁵.

En général, la planification, l'utilisation de méthodes est une responsabilité féminine. Par rapport à la vasectomie, il y eut au sein de l'atelier de la Fundación La Paz, une réaction unanime et spontanée : « *Quel est l'homme qui va se faire opérer !* ». Selon elles, l'utilisation de la planification familiale n'est pas assumée par les hommes, cela reste une affaire de femmes.

Si l'homme joue un rôle primordial dans les décisions reproductives, la planification familiale et la reproduction restent dans la pratique une responsabilité féminine. Selon une étude composée de 20 témoignages de femmes ayant avorté, l'avortement apparaît comme une affaire de femmes ; les hommes ne s'impliquent pas dans la pratique⁷⁶⁶.

La société bolivienne valorise la « Madresposa », image véhiculée par le machisme, la société patriarcale et la religion catholique. Une femme est femme lorsqu'elle est mère. Il existe une certaine valorisation de la femme par le nombre d'enfants qu'elle a, dont un exemple reste la célébration du jour de la mère, où l'on donne des prix aux femmes qui ont 13, 14 enfants ou plus⁷⁶⁷. Selon le CLADEM, il est nécessaire de désacraliser la maternité. La glorification de la femme mère signifie la dénégation de la femme non mariée, divorcée, seule, et de la femme sans enfant. Les entretiens ont révélé qu'il existe une certaine stigmatisation de la bonne et mauvaise femme, qui entretient une société bolivienne à double morale. La 'Sainte Mère' ('Santa Madre'), dont la sexualité est associée à la reproduction, est bénie par les hommes, valorisée par la société ; et la prostituée, dont la sexualité est associée au plaisir, descendante d'Eve la Pécheresse, pourtant désirée par les hommes, est rejetée, stigmatisée par la société⁷⁶⁸. « *En tant qu'expression culturelle de la sexualité féminine, la féminité se définit par la maternité et par l'érotisme* »⁷⁶⁹.

Rodríguez, Grisela Uribe Vásquez, Norma Celina Gutiérrez de la Torre, *Género y Salud. Una propuesta para el trabajo con población femenina*, Universidad de Guadalajara, 1995, page 38).

⁷⁶⁴ «*Que mi esposo se cuida no mas... El se va a cuidar... Nosotras, las mujeres, tenemos que preocuparnos de todo!*».

⁷⁶⁵ «*Si [se tiene que cuidar]... o que el se cuide no mas*».

⁷⁶⁶ Sandra Aliaga Bruch, Mery Quiton Prado, Maria Elena Gisbert, *Veinte Historias, un mismo tema : aborto*, Población Council, Mayo 2000.

⁷⁶⁷ Derechos Humanos y realidades de las mujeres indígenas de Tierras Bajas – Memoria, Fondo canadiense de iniciativas locales, 1999.

⁷⁶⁸ Selon Ineke Dibbits, l'élément de la virginité de Marie, en contraste avec Eve la pécheresse laisse apparemment indifférente la majorité des femmes (Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994).

⁷⁶⁹ «*Como expresión cultural de la sexualidad femenina, la feminidad se define por la maternidad y por el erotismo*» (Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres : madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1990, page 793).

Le binôme reproduction sexualité reste en vigueur ; la sexualité féminine hors reproduction reste châtiée et auto châtiée. La valorisation de « l'amour maternel » est, selon Ineke Dibbits, une idéologie inventée⁷⁷⁰, construite socialement, à travers le machisme.

L'étude reflète ainsi une caractéristique de la société bolivienne, où les relations de genre sont déterminées par le machisme et l'image de la « *madresposa* ». Dans la même lignée, la vie conjugale, soit la sexualité hors mariage, ne semble pas totalement démocratisée. Dans les services de maternité, des patientes célibataires se sont montrées hésitantes et confuses quand on les interrogeait sur leur situation matrimoniale. D'autre part, une patiente déclara qu'elle s'était mariée à cause de la grossesse : « (...)... *je suis tombée enceinte... et je suis tombée enceinte et j'ai décidé de le garder c'est tout... Après... nous nous sommes mariés... j'étais enceinte, nous nous sommes mariés... et voilà, il est né* »⁷⁷¹. Cette caractéristique est renforcée par la politique administrative de la CNS. En effet, les certificats de naissance coûtent 50 boliviens (soit environ 5 euros) pour les couples mariés et 60 boliviens (soit environ 6 euros) dans les autres cas ; une différence justifiée par des procédures plus longues lorsque le couple n'est pas marié, et qui discrimine les femmes seules ou en union libre.

Au sein de l'atelier de la Fundación La Paz, « tu te maries, tu te maries, tu te maries » est un thème relatif à l'éducation de la femme présenté à plusieurs reprises. Les participantes expliquaient que beaucoup de parents obligeaient leur fille à se marier quand elle était en couple ou tombait enceinte. Une participante raconta qu'elle s'était mariée à cause de la pression familiale, parce qu'elle était enceinte. D'autres déclaraient qu'elles avaient décidé de se marier quand survint la grossesse. Certaines discutaient de cela avec leurs enfants, ayant pris conscience que ce n'était pas correct et que cela était propice à un échec. La fille était désormais considérée comme celle qui devait choisir le moment du mariage. Cependant, les mères considéraient que leurs filles, mère ou épouse, n'étaient pas totalement indépendante si elles continuaient de vivre avec leurs parents, ce qui engendrait des conflits car elles se considéraient comme adultes, libres après le mariage ou quand elles avaient des enfants. De nombreuses anecdotes illustrèrent « *tu te maries, tu te maries, tu te maries* » (« *te casas, te casas, te casas* »), qui cependant est apparu comme moins fort qu'auparavant. On observe une évolution, une progression dans le temps par rapport au mariage et à la grossesse.

La double morale détermine la santé reproductive et sexuelle des femmes, et essentiellement leurs droits en la matière, puisqu'ils sont soumis à une pression morale et sociale. Elle peut notamment expliquer le rejet chez certains boliviens de la contraception, et de la pratique de l'avortement. Une jeune femme expliquait que lorsqu'elle se rendait à la pharmacie pour acheter des pilules contraceptives, la pharmacienne observait si elle avait une bague. Les femmes qui refusent la maternité sont discriminées. De nombreuses femmes, selon une étude de Susanna Rance, attendent plusieurs jours après un avortement pour faire appel au système médical⁷⁷². Avorter est sanctionné moralement et légalement, et est stigmatisé socialement, qui fait que les femmes supportent des douleurs inutiles et nient leur action.

« (...) dans les aires urbaines, quand une femme est enceinte, c'est vu comme un affront à la dignité de la famille et la femme court le risque d'être expulsée de la maison et abandonnée.

⁷⁷⁰ Ineke Dibbits, *op. cit.* .

⁷⁷¹ « (...)... *me embaracé... y me embaracé y he decidido tenerlos no mas... Después... nos hemos casado... yo estaba embarazada, nos hemos casado... y ya pues, nació* ».

⁷⁷² Rance, 1993 in Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

Ce patron de stigmatisation sociale contribue aux hauts taux d'avortement en Bolivie. Parfois, les jeunes femmes se soumettent à l'avortement contre leur volonté ou parce qu'elles sont sous pression des parents de l'amoureux ou de l'amoureux lui-même »⁷⁷³.

Même si les participantes de l'atelier « santé maternelle » expliquaient que la sexualité et les grossesses des adolescentes étaient désormais plus acceptées dans les familles et la société, la double morale entretient un tabou concernant la sexualité et les grossesses des adolescentes. Les adolescentes enceintes sont parfois rejetées du foyer et jugées. La grossesse parmi les adolescentes conduit à des risques à la fois médicaux et sociaux. Ces adolescentes sont socialement dépréciées dans le milieu rural ; dans le milieu urbain, le risque médical est alimenté par des facteurs sociaux et familiaux : une jeune fille enceinte et non mariée représente un affront pour la dignité de la famille.

Dans l'ayllu étudiée par Denise Arnold et Juan Dios de Yapita, il existe aussi un rang de sanctions sociales et culturelles par rapport à l'activité sexuelle des jeunes. La majorité des femmes entrevues expliquait que leur propre mère les avait informées de ce qu'il se passait et des dangers potentiels d'une grossesse. A partir de la 'menarquia' (première menstruation), la fillette voyait ses sorties limitées et restreintes, « *parce que les jeunes peuvent l'embêter et la mettre enceinte* »⁷⁷⁴.

Sarah Arnez expliquait qu'il y avait des choses que les femmes ne pouvaient pas faire, pas dire à cause de la morale judéo-chrétienne. Lors des ateliers qu'elle menait ou auquel elle assistait, des femmes racontaient les violences sexuelles auxquelles elles étaient soumises. Sarah racontait que ces témoignages étaient durs car ces femmes ne voyaient pas en cette violence du mari un acte de viol, parce qu'elles étaient mariées et donc qu'il s'agissait d'un droit du mari. Sarah rapporta également que ces femmes croyaient que c'était leur rôle, que dieu les avaient envoyées sur terre pour mettre des enfants au monde, et qu'être mère leur octroyait le paradis. Selon elle, la société bolivienne entretient et maintient une double morale, où se confrontent deux types de femme : la mère, sainte, qui utilise le sexe pour se reproduire, et la mauvaise femme, la prostituée, qui utilise le sexe pour le plaisir. Les hommes vénèrent la première : « Oh, ma sainte épouse ! » ; mais ils désirent la deuxième. Et cela divise les femmes quotidiennement (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

Les patrons culturels du comportement sexuel et reproductif

Une caractéristique notoire en Bolivie est la diversité culturelle, avec plus de 35 groupes ethniques qui représentent 60% de la population bolivienne. « *La Bolivie est un des pays latino-américains de majeure relation pluriculturelle et multiethnique. Elle comporte dans sa*

⁷⁷³ "(...) en las áreas urbanas, cuando una mujer se embaraza, esto es visto como una afrenta a la dignidad de la familia y la mujer corre el riesgo de ser expulsada de la casa y abandonada. Este patron de estigmatización social contribuye a las altas tasas de aborto en Bolivia. A veces las mujeres jóvenes se someten al aborto en contra de su voluntad o porque están bajo mucha presión de los familiares del enamorado o del mismo enamorado" (Dibits y Terrazas 1995 repris par Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *op. cit.*).

⁷⁷⁴ "porque los jóvenes pueden molestarla y causarle tener una wawa". A partir de ce moment, elle emmène les animaux au pâturage accompagnée (Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996).

structure sociale divers schémas d'action qui répondent aux divers référents normatifs (...). Il est nécessaire d'éclaircir que la culture n'est pas une et n'est pas statique ; elle change constamment. Elle évolue, se développe au rythme qu'elle se permet au sein de sa propre identité »⁷⁷⁵.

« Cette grande diversité ethnique qui fait que le pays soit intéressant, fait également que les problèmes culturels et de santé soient très complexes parce que, par exemple, chaque groupe indigène a ses propres interprétations et pratiques par rapport à la santé »⁷⁷⁶. La composition ethnographique et les pratiques culturelles sont déterminantes en Bolivie dans le cadre de la santé reproductive et sexuelle et des droits reproductifs et sexuels. La perception du corps, de la sexualité, de la reproduction diffère dans chaque culture, ethnique, et il faut la considérer quand on aborde le thème de la santé. Il n'existe notamment pas un, mais divers patrons culturels du comportement reproductif et sexuel. Le milieu culturel détermine la sexualité, la reproduction, et donc l'exercice des droits reproductifs et sexuels, notamment des femmes puisque, comme le mentionne Marta Villa, Directrice de CDIMA, les femmes sont celles qui maintiennent le plus les patrons culturels. Il est donc important d'appréhender la pluralité des femmes en Bolivie pour évaluer la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité.

Ineke Dibbits, dans *Lo que puede el sentimiento*, explique que nous sommes continuellement entourés dans des relations humaines dans lesquelles chacun véhiculera des valeurs selon sa position socioéconomique, sa culture et ses attentes face à la société moderne. Parler une langue distincte n'implique pas simplement de dire des phrases différentes mais aussi des manières de penser distinctes, d'ordonner et de percevoir le monde⁷⁷⁷. « La conception du monde est l'ensemble de normes, valeurs et formes d'appréhender le monde, conscientes ou inconscientes, qu'élaborent culturellement les groupes sociaux »⁷⁷⁸.

Il semble donc intéressant de faire le parallèle entre les droits reproductifs et sexuels et l'interculturalité, en tenant compte des contextes historiques et des héritages socioculturels. La conception du corps, de la sexualité ainsi que la composition ethnico culturelle, sont des éléments clés pour appréhender la santé reproductive et sexuelle et les droits en la matière. Les perceptions du corps sont différentes selon la population considérée. Celle-ci a souvent recours à la médecine traditionnelle, omniprésente en Bolivie, et peu prise en considération au niveau médical et politique, ce qui confère au pays deux systèmes de santé parallèles.

⁷⁷⁵ «Bolivia es uno de los países latinoamericanos de mayor relación pluricultural y multiétnica. Tiene en su estructura social diversos esquemas de acción que responden a diversos referentes normativos (...). Es necesario aclarar que la cultura no es una y no es estática ; cambia constantemente. Se mueve, se desarrolla al ritmo que lo permite ella misma dentro de su propia identidad” (Guillermo Seoanne Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón, *Diagnostico : barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales*, Mothercare II – Bolivia, 1996, pages 20 et 21).

⁷⁷⁶ «Esta gran diversidad étnica que hace que el país sea muy interesante, hace también que los problemas culturales y de salud sean muy complejos porque, por ejemplo, cada grupo indígena tiene sus propias interpretaciones y practicas en relación a la salud” (Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté, page 3).

⁷⁷⁷ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁷⁷⁸ «La concepción del mundo es el conjunto de normas, valores y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, que elaboran culturalmente los grupos sociales” (Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres : madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1990, note page 27).

Les conceptions culturelles du corps, de la sexualité et de la reproduction

Chaque culture vit la santé reproductive et sexuelle de forme particulière. Chez les quechuas, par exemple, les relations sexuelles avant le mariage sont tolérées ; la virginité n'a pas la même valeur qu'en occident. Dans d'autres cultures, et notamment dans certaines communautés aymara, « *pour la majorité des hommes interviewés la mortalité maternelle n'est pas un problème ou une situation qui peut se modifier. Il est fréquent d'entendre l'affirmation que 'si la femme ou le bébé (...) meurent, c'est parce qu'était venue son heure' »*⁷⁷⁹.

Chez les aymaras, on pense que l'accouchement nettoie et purifie le corps de la femme; les grossesses suivies sont donc considérées comme importantes pour maintenir la santé et l'intégrité de la femme. Lors de l'atelier à Senkata, quartier d'El Alto, où les habitants sont essentiellement d'origine aymara, les femmes ont expliqué que l'on considérait qu'une femme qui ne tombait pas enceinte devenait malade. Les médecins, souvent, renforcent cette conception, en conseillant une grossesse immédiate chez les femmes qui ont avorté « *pour les libérer de leur culpabilité et pour purifier leur sang* »⁷⁸⁰. Il existe une relation culturelle entre la femme et la terre vierge. Lors de l'accouchement, on insiste sur le fait que la femme doit pousser les forces vers le bas ("*hacia abajo*"), vers la terre. Ce pourquoi la femme andine accouche généralement en position accroupie ("*cuclillas*") ou à genou.

Selon l'étude menée par Denise Arnold et Juan de Dios Yapita dans un ayllu andin du département d'Oruro (Qaqachaka) sur la santé maternelle et l'éducation, étude construite depuis la perspective des voix des femmes de cet ayllu, la sexualité et le comportement sexuel humain sont comparés à ceux des camélidés, tant en théorie qu'en pratique. L'obstétrique traditionnelle andine, comme système de connaissances, se base sur l'empirisme des observations des animaux et ses contreparties dans le ciel.

Il existe également une vision andine, aymara, de la grossesse. Dans le calcul de la période de gestation, le système empirique andin analyse plus de critères que la biomédecine occidentale : on prend en compte l'âge de la femme, son expérience reproductive, le type de corps et d'utérus qu'elle a, le sexe du fœtus. Le ventre grossit car on pense que le sang s'accumule à l'intérieur.

Les femmes andines donnent beaucoup d'importance à la puissante fécondité du sang menstruel. Comme l'accouchement, la menstruation est considérée comme un mécanisme nécessaire et naturel qui lave le corps. La fécondité et la conception humaines dérivent du mélange entre le sperme masculin et le sang de la femme. La femme est considérée fertile quand elle a son sang menstruel et ne peut être enceinte qu'à cette période. Selon les cultures andines, cette rencontre du sang de la menstruation et de la semence masculine provoque la vie et détermine la conception du fœtus. Scientifiquement, la menstruation est considérée comme la période la plus sûre pour avoir des relations sexuelles si on ne souhaite pas de

⁷⁷⁹ "Para la mayoría de los hombres entrevistados la mortalidad materna no es un problema o una situación que se pueda modificar. Es frecuente escuchar la afirmación de que 'si la mujer o la wawa (...) se mueren, es porque era su hora' " (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 26).

⁷⁸⁰ "para liberarlas de su culpa y para purificar su sangre" (Rance 1994, repris dans Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté).

grossesse (la menstruation selon la science est le moment où l'ovule non fécondé s'atrophie, est désintégré et expulsé à l'extérieur).

Les aymaras croient également que le flux sanguin est régulé par un rythme lunaire mensuel, et comparent le cycle menstruel de la femme au cycle mensuel de la lune. D'ailleurs, le sang menstruel en aymara se dit « sang de la lune ». La femme aymara est donc fertile lors du sang menstruel et selon les phases de la lune. Cette conception culturelle de la fécondation et de la reproduction conditionne une Méthode Andine du Ritmo, contraire aux enseignements occidentaux et scientifiques, et peut entraîner une méfiance, un rejet des méthodes modernes de contraception.

Mythes et peurs autour de la contraception moderne

Les injections contraceptives peuvent par exemple produire l'arrêt des menstruations. Or, comme cela a été mentionné, cette période est sacrée chez les femmes andines puisqu'elle est synonyme de purification : le sang menstruel est perçu comme un sang « sale » qui doit sortir du corps, tel un acte d'épuration. Ainsi, les injections engendreraient de nombreux maux ou malheurs. « *Les techniques modernes de contraception sont des produits importés, exogènes, qui entrent souvent en concurrence avec les identités locales et les autres processus de changement social en cours* »⁷⁸¹. Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, dans « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes »⁷⁸², rendent compte que les cours d'information sur la planification familiale moderne ne sont pas bien reçus; que les interdictions contre l'avortement comme technique contraceptive sont encore plus fortes.

Selon une même logique culturelle, des mythes se construisent autour de la pratique moderne de la planification familiale.

Or ces mythes, ces peurs ne sont pas toujours fondés culturellement, sur des croyances ancestrales, et sont parfois le fruit de rumeurs, de croyances populaires basées sur l'expérience de proches, ou sur l'information du personnel médical. « *Ils circulent des histoires alarmantes sur les effets négatifs des méthodes contraceptives et elles sont assimilées par la population* »⁷⁸³. On raconte que le stérilet, méthode la plus utilisée en Bolivie, peut provoquer le cancer ou la chute de l'utérus ; qu'il se déplace et se perd dans le corps ; et qu'il génère la peur chez les hommes (peur que le stérilet lui coupe son pénis). Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz ajoutaient que le stérilet n'était pas une méthode fiable, qu'il pouvait engendrer une grossesse et porter préjudice au bébé à la naissance. On croit que la pilule, tout comme le stérilet, peut produire le cancer, qu'elle donne mal à la tête et fait prendre du poids ; que le préservatif diminue la sensation de plaisir. Les injections provoqueraient la stérilité de la femme. Une mère de famille qui utilisait les injections semestrielles comme moyen de contraception a raconté qu'au centre médical, les infirmières lui avaient expliqué que cette méthode pouvait engendrer la stérilité, ou qu'à

⁷⁸¹ Louise Lassonde, *Les défis de la démographie*, Ed. La Découverte, 1996, page 61.

⁷⁸² Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes » in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.

⁷⁸³ « *Circulan historias alarmantes sobre los efectos negativos de los métodos anticonceptivos y son asimiladas por la población* » (María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler, Susanna Rance, Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de planificación familiar entre mujeres aymaras del area urbana de Bolivia, 24 de Enero, 1994, page i).

l'arrêt de son utilisation, elle pouvait être enceinte de jumeaux. Ces mythes et peurs n'atteignent cependant pas les méthodes naturelles.

Le personnel médical, l'expérience de proches, d'amis, de voisins, de membres de la famille sont responsables de telles rumeurs. La majorité de ces anecdotes viennent d'un cas particulier diffusé et généralisé, ou inventé, imaginé. Ces mythes sont porteurs de préjugés, et peuvent justifier le rejet ou le refus des méthodes contraceptives modernes. D'après les entretiens, une grande partie de la population se fie au taux d'efficacité des méthodes ; mais nombreux sont ceux qui se réfèrent également à ces mythes, à ces peurs diffusés. Les participantes des divers ateliers connaissaient ces mythes, et s'y fiaient parfois.

Une patiente expliquait qu'elle avait peur des préjugés des méthodes de contraception : « *Et maintenant (...) je vais faire attention (...) le calendrier... ceux-là ils n'échouent pas... Le stérilet, à ma belle-sœur... elle a eu un bébé. Mais le... le stérilet s'est détaché, elle a dû avorter (...). Les pilules aussi, elles donnent mal à la tête, et tout (...) ma sœur (...). Et... je ne veux pas ça, je ne veux rien qui me porte préjudice (...). Je vais faire attention* »⁷⁸⁴.

La peur de la planification familiale avec des méthodes artificielles est grande, notamment celle de souffrir des effets secondaires, des effets collatéraux⁷⁸⁵. Maria Dolores Castro expliquait qu'il régnait une préoccupation sur la façon dont les méthodes modernes affectaient la santé. La population se fie alors aux expériences de proches dont l'utilisation a affecté leur santé. Ce pourquoi « *beaucoup préfèrent utiliser les méthodes traditionnelles* »⁷⁸⁶. On considère notamment la méthode du ritmo comme sûre puisqu'elle n'a aucun effet sur la santé. De plus, Ineke Dibbits constate, à travers différentes études menées dans de nombreux pays du monde, que de nombreuses femmes lient l'usage de contraceptifs à un état non naturel, ce qui peut justifier leur réticence.

La médecine traditionnelle

Chez les aymaras, il existe toute une série de rituels, de pratiques traditionnelles qui accompagnent la grossesse, et sont effectués avant, pendant et après l'accouchement. Le lieu choisi en général pour mettre au monde est la cuisine « *où l'on sent une chaleur agréable* »⁷⁸⁷. Là, des massages sont effectués sur le corps de la femme, des infusions sont préparées. Les femmes accouchent généralement à quatre pattes ou à genoux. Le cordon ombilical ne doit pas être coupé avec un objet en métal, et l'expulsion du placenta doit être spontanée.

Le placenta revêt une importance symbolique pour les aymaras et les quechuas. Il représente l'esprit du corps émanant de la mère et de l'enfant. Il meurt dès sa naissance et est gardé par

⁷⁸⁴ « *Y ahora (...) me voy a cuidar (...) el calendario... ellos no fallen... La T de cobre, a mi cunada... ha tenido un bebe. Pero el... la T de cobre se ha vuelto sueltito, le ha tenido que abortar (...). Las pastillas también, les hacen doler la cabeza, y todo (...) mi hermana (...). Y... no quiero eso, no quiero que nada me perjudique a mi (...). Me voy a cuidar* ».

⁷⁸⁵ Peur également du médecin et honte pour les examens gynécologiques nécessaires pour l'insertion du stérilet notamment.

⁷⁸⁶ « *Muchos prefererían utilizar métodos tradicionales* » (María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler, Susanna Rance, *Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de planificación familiar entre mujeres aymaras del area urbana de Bolivia*, 24 de Enero, 1994, page i).

⁷⁸⁷ « *donde se siente calor agradable* » (Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996).

la famille pour être enterré, pour libérer son esprit. Malchance à la famille (vengeance) qui n'enterre pas le placenta ! A Qaqachaka, le placenta est enterré avec un peu de sel, dans un trou au seuil de la maison pour pourrir là, avec les autres placentas de tous les enfants nés dans la maison dans la lignée maternelle⁷⁸⁸. Les enfants mort-nés ou avortés (même termes en aymara pour "malparto" et "aborto") sont, dans cette communauté, baptisés puis enterrés dans le cimetière du village. Lors de l'étude menée dans l'hôpital d'El Alto, des cas de mort-nés furent observés. Le mari, le compagnon ou la famille venaient effectivement chercher la créature morte pour le montrer à la mère et l'emmener ensuite au cimetière.

Ces rituels et coutumes se justifient par des croyances traditionnelles, culturelles et ancestrales. Chaque communauté conçoit la santé reproductive et sexuelle et les droits relatifs de façon particulière, selon des perceptions, des visions et des pratiques différentes de celle de l'occident, qui prédomine dans les hôpitaux. Dans ce cadre culturel, il existe en Bolivie un système de médecine moderne et de nombreux systèmes traditionnels, avec de nombreux spécialistes tels que les yatiris, les ch'amakani... En Bolivie, la santé reproductive et sexuelle ne peut être abordée sans comprendre et connaître le système de santé traditionnel, et sans chercher des espaces qui relient le secteur public au secteur traditionnel.

La majorité des femmes combinent les deux systèmes de santé en fonction de l'origine et de la cause du problème de santé, de la maladie. « *Pour connaître l'état de santé de la femme enceinte et voir comment se développe l'enfant, le médecin réalisera un examen physique (révision corporelle), il recueillera les antécédents de maladies, il pèsera la mère, il lui prendra son pouls et sa tension, il mesurera la taille de l'utérus, il écoutera les battements du fœtus, il demandera à la mère des examens de sang, d'urine et d'autres qu'il jugera nécessaire* »⁷⁸⁹. Lors de ces contrôles prénataux, on recommande surtout à la femme d'éviter les efforts, on la conseille sur l'alimentation et on prévient les complications qui pourraient se présenter pendant la grossesse.

Pour contrôler une grossesse, la femme peut donc recourir aux centres de santé (contrôles prénataux) ; mais elle peut également recourir à la médecine traditionnelle, dont les pratiques sont tout autres : des massages, des infusions aident ici au succès de la grossesse et de l'accouchement. La 'partera' donne priorité au massage et utilisation de médicaments naturels qui calment la douleur : actions pertinentes qui permettent à la femme enceinte d'avoir confiance et d'être tranquille.

Il est important de mentionner que la Bolivie est l'un des rares pays à avoir légalisé, en 1986, la médecine traditionnelle (Société Bolivienne de Médecine Traditionnelle, SOBOMETRA). Cependant, son rôle n'est presque pas reconnu ou respecté. Aucun effort n'est déployé pour re-conceptualiser la santé reproductive et sexuelle et ses pratiques, ce qui permettrait d'articuler la médecine scientifique, qui ne prend généralement pas en compte les facteurs socioculturels, avec les connaissances de la médecine traditionnelle. Bertha Pooley explique à

⁷⁸⁸ Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.

⁷⁸⁹ « *Para conocer el estado de salud de la embarazada y ver como se está desarrollando el/la niño/a, el medico realizará: Examen físico (revisión corporal); Antecedentes de enfermedades que hayan ocurrido; Pesar a la madre; Tomar el pulso y la tensión; Medir altura del útero; Escuchar los latidos del feto; Le pide exámenes de sangre y orina, grupo sanguíneo y otros que considera necesarios* » (Lithzy Flores Rejas, *Desarrollando capacidades para la participación. Modulo 4. Salud. Para la capacitación a mujeres de base y lideres*, SNV, DASA, page 40).

ce propos : « *Je crois et c'est une hypothèse que les cultures quechua et aymara sont beaucoup plus saines dans leurs pratiques sexuelles que la culture occidentale* »⁷⁹⁰.

Les connaissances et pratiques des populations autochtones « *reflètent une adaptation aux réalités de l'environnement que scientifiques et technocrates n'apprécient pas toujours pleinement (...). Bien des formes de connaissances traditionnelles risquent de disparaître avant d'être reconnues valides et plus largement diffusées* »⁷⁹¹.

Diverses études montrent que cette non considération des croyances et pratiques culturelles et traditionnelles engendre une certaine méfiance de la médecine occidentale, un « *profond soupçon envers la médecine moderne* »⁷⁹². La population aymara est convaincue que les médecins peuvent guérir certaines maladies de type physique mais non de type spirituel⁷⁹³.

La population a écrit l'histoire de la santé reproductive et sexuelle du pays : à la fois auteur de reculs, d'obstacles et de profonds progrès. Les caractéristiques socioéconomiques et les conceptions culturelles, à travers le machisme, les croyances religieuses et ancestrales sont des éléments qui conditionnent la santé reproductive, et l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes. Or, comme le souligne Sandra Aliaga, les mentalités et les pratiques ne changent pas par décret. Etudier la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, ou intervenir dans le secteur santé requiert la connaissance et la compréhension des logiques sociales et culturelles de la société bolivienne.

Une étude menée en 1997 identifie 3 barrières en matière de droits reproductifs et sexuels : le faible niveau éducatif des femmes ; la coexistence de deux systèmes de santé (le système traditionnel et le système empirique et occidental) qui implique deux logiques différentes, et l'accès réduit aux services médicaux institutionnalisés, ainsi que la qualité d'attention⁷⁹⁴. Selon Silvia Salinas Mulder, les barrières culturelles cachent en réalité les problèmes techniques.

Les Barrières médicales

Lors de l'atelier de la Fundación La Paz, des sociodrames ont cherché à rendre compte de la réalité sociale relative à l'attention médicale. Un de ces sociodrames représentait une

⁷⁹⁰ Family Health International, Women's studies project, Programa Estudios de la Mujer, 1998.

⁷⁹¹ FNUAP, *L'état de la population mondiale 2001*, Nations Unies-FNUAP, 2001.

⁷⁹² « *profunda sospecha hacia la medicina moderna* » (María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler, Susanna Rance, *Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de planificación Familiar entre mujeres aymaras del area urbana de Bolivia*, 24 de Enero, 1994, page i ; Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994).

⁷⁹³ Jacqueline Michaux, « Les limites de l'objectivité dans l'investigation socioculturelle communautaire », in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, *Encuentros sobre « Metodologías de Investigación Sociocultural ». Experiencias en Investigación Sociocultural*, diciembre 2002.

⁷⁹⁴ Hugo Torres Pinto, Franklin Garcia P., Jaime Montano G., *Consideraciones Reproductivas de la poblacion boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificacion y Ordenamiento Territorial, Direccion General de Planificacion Estrategica, Unidad de Politicas de Poblacion, La Paz, 1997.

consultation gynécologique. Le docteur est apparu comme une personne froide, qui s'exprimait sur un ton sec et donnait peu d'information. Une autre représentation mettait en scène une "cholita" qui se rendait au centre de santé. Le docteur s'avérait sérieux et accusait presque la patiente de ne pas être venue avant. La femme, supposée enceinte, se défendait et expliquait qu'elle n'avait pas eu le temps, qu'elle devait travailler. A cela, le docteur répliqua « *le travail c'est plus important que le bébé?* » ("*¿el trabajo es mas importante que el bebe?*").

De nombreuses études socio anthropologiques présentent l'attention médicale comme facteur déterminant l'accès aux services de santé, et influant l'exercice de droits reproductifs et sexuels. Les services de santé reproductive et sexuelle sont peu accessibles, équipés et manquent de personnel et de ressources. La couverture du système de santé est faible, essentiellement dans la zone rurale où les conditions de santé sont les plus précaires. Elle est généralement urbaine et andine. Si cette couverture a augmenté avec le SUMI, le problème de la qualité d'attention n'a pas été résolu.

Les observations menées dans les hôpitaux de La Paz et d'El Alto, et certaines discussions au sein de groupes de femmes, présentent en effet une attention médicale institutionnalisée relativement conservatrice, autoritaire, essentiellement médicalisée et marquée par un manque certain d'intimité. De plus, les distinctes perceptions et pratiques culturelles de la population, telles que la position d'accouchement ou l'importance du placenta chez les aymaras, semblent méconnues, non respectées, voire discriminées par le personnel de santé. Ainsi, un sentiment de malaise, de discrimination, alimente une certaine passivité des femmes quant à leur santé reproductive et sexuelle, qui ne semblent pas faire usage de leur droit à cet égard. L'attention médicale en matière de reproduction et sexualité est marquée par une sous utilisation des services, une impopularité des contrôles prénataux, des accouchements à domicile, un recours à la médecine traditionnelle.

La solution des barrières socioculturelles se trouverait, selon la FNUAP, dans les efforts à améliorer la qualité des services de santé reproductive et sexuelle⁷⁹⁵.

L'accès aux services de santé

Les études sociologiques, anthropologiques et de santé publique menées en Bolivie sur la santé reproductive et sexuelle et sur l'attention médicale dans son ensemble, montrent que la santé reproductive et sexuelle est conditionnée par l'accès aux services médicaux, une accessibilité déterminée par la distance, le temps, l'argent et la culture. Ces facteurs ont été moins évidents lors de l'enquête de terrain étant donné qu'il s'agissait d'un contexte urbain, synonyme d'accès plus faciles aux centres de santé.

Dans *Recopilación, Analisis y Documentación sobre las iniciativas de adecuación intercultural y Aplicación de practicas y Tecnología apropiadas en Salud Materna y Neonatal*, la Doctoresse Teresa E. Rivero Gréau explique et justifie son étude par le fait que malgré le libre accès et la gratuité des soins des femmes enceintes aux services de santé depuis 1996 (Seguro de Maternidad y Niñez, SBS, SUMI), des barrières géographiques,

⁷⁹⁵ UNFPA, Bolivia, Proposed Projects and Programmes, Bolivia, 1998.

socioculturelles et culturelles persistent, et entretiennent notamment des taux de mortalités maternelle et infantile élevés.

L'accès économique

Le coût apparaît comme un facteur conditionnel de l'utilisation des services de santé. Une étude du CIASE menée en 1991 auprès de femmes aymaras et quechuas montre qu'une des barrières évoquées par ces femmes pour se rendre aux centres de santé est le coût tant en temps qu'en argent. Des entretiens auprès de femmes aymaras en zone urbaine ont révélé que dans certains cas les femmes ont eu à attendre plusieurs heures pour une consultation qui ne durait que quelques minutes⁷⁹⁶, caractéristiques des consultations soulignées lors de l'enquête de terrain.

Le temps apparaît donc comme un facteur déterminant, étant donné que la majorité des femmes ont peu de temps pour consulter, à cause de la surcharge de travail, rémunéré et domestique, que leur attribue leur rôle maternel et domestique.

L'accès aux services de santé revêt également des coûts directs, ceux des procédures médicales, souvent dénoncés par des études et perçus comme non nécessaires par la communauté ; et des coûts informels, incidents, liés aux transports par exemple ou la perte de temps non rémunérée.

Les coûts s'avèrent plus élevés dans le secteur privé. Cependant, de nombreuses patientes préfèrent être soignées dans ces services privés car elles les considèrent plus sûrs et de meilleure qualité que ceux offerts par la SNS. En effet, la gratuité des services, telle que le propose le SUMI, est parfois perçue comme synonyme de mauvaise qualité et certaines personnes préfèrent payer les soins et consultations.

Le coût semble également déterminer l'accès à la planification familiale. Il semble exister une corrélation entre le coût et le choix des méthodes. Les pharmaceutiques informèrent que les marques de pilules les moins chères du marché comme Noriday et Minigynon sont plus vendues que n'importe quelle autre marque disponible. De même, le stérilet est la méthode la plus populaire, car il est reconnu comme la meilleure méthode par rapport à son coût-efficacité⁷⁹⁷.

L'accès géographique

Si selon une étude de l'UNICEF (1994), la distance et le manque de transport ne sont pas une barrière dans le milieu urbain, la Doctoresse Gabriela Justiniano de Reyes, du Defensor del Pueblo, souligne que l'accès et les opportunités en matière de santé reproductive et sexuelle sont difficiles en zone rurale, où les chemins ne sont pas appropriés, et les transports difficiles

⁷⁹⁶ Choque y al., 1994 in Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

⁷⁹⁷ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropologia, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico cualitativo de la atencion en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 43.

à obtenir. La Bolivie est un pays dépeuplé, dont la population est dispersée sur tout le territoire. Il n'existe pas de politique de route, pas d'infrastructure, et les services sont essentiellement urbains. De même, les femmes doivent aller dans les centres urbains pour obtenir des services de planification familiale, des contraceptifs modernes.

De plus, ces services furent orientés vers les villes capitales et intermédiaires et non dans les zones rurales du pays, laissant une importante partie de la population des femmes, hommes, adolescents sans protection et en marge des bénéficiaires des politiques en santé sexuelle et reproductive. Emma Donlan, de Population Concern, expliquait également qu'il était très difficile de motiver les ONG pour travailler en zone rurale, que les politiques et les débats restaient très centralisés à La Paz.

L'offre des services de soins à la femme enceinte est sous utilisée pour des raisons qui obéissent à l'inaccessibilité économique et géographique, mais essentiellement culturelles.

L'accès culturel

Le choc culturel

Denise Arnold et Juan de Dios Yapita expliquent qu'il existe un choc culturel entre les modèles cognitifs du médecin et de la femme aymara⁷⁹⁸.

La plupart des patientes de l'hôpital d'El Alto, et d'un des hôpitaux de La Paz sont d'origine indigène, majoritairement aymara, et populaires, traits décelés par leur nom ("*Mamani*", "*Quispe*"), et surtout par leur tenue de pollera (ces femmes sont communément appelées "*cholitas*"). Les docteurs semblent dans l'ensemble plutôt d'origine 'européenne', tout comme la plupart des internes, même s'il s'agit là d'un groupe plus hétérogène. En revanche, les infirmières, le personnel de service et les gardiens sont presque tous d'origine 'indigène'.

La langue

La majorité des médecins ne parle pas de langue indigène. A El Alto, où la population est essentiellement d'origine migrante et indigène, les femmes sont reçues et soignées en castillan. Un docteur expliquait que malgré l'existence de nombreuses langues officielles en Bolivie, le castillan restait la langue prédominante dans les services médicaux. En effet, à l'exception d'un médecin qui saluait les patientes en aymara, les docteurs de l'hôpital d'El Alto ne semblaient pas connaître l'aymara ou le quechua, ou du moins, ne s'en servaient pas pour communiquer avec les patientes. Le personnel médical, quant à lui, connaissait les langues indigènes, telle que le quechua et l'aymara. Mais aucun ne les utilisait de façon systématique. Or, un facteur important de l'attention médicale, de l'accès aux soins médicaux est la confiance. Et il s'avère que lorsque le prestataire de santé parle dans la langue locale, cela génère une relation de meilleure confiance et d'acceptabilité de la part des usagers. En effet, l'étude a prouvé que l'intérêt pour l'aymara notamment, aussi faible soit-il, créait un bon contact, une approche intéressante avec les femmes. Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz ont souligné le fait que le personnel de santé ne parlait ni l'aymara, ni le quechua. Elles estimaient qu'il devrait y avoir des cours obligatoires de langues indigènes

⁷⁹⁸ Denise Arnold y Jo Murphy-Lawless, Juan de Dios Yapita y otros, *Hacia un modelo social del parto : debates obstétricos interculturales en el Altiplano Boliviano*, Informes de Investigaciones, II n°1, ILCA, 2001.

dans la carrière de médecine. Elles regrettaient également que les docteurs ne parlent pas de telles langues, car, selon elles, cela portait préjudice aux femmes de la campagne.

Les médecins

Alors que la population étudiante observée est relativement paritaire, en Bolivie, les docteurs sont majoritairement masculins. Des études dénoncent un excès de personnel masculin⁷⁹⁹. Selon *Actitudes y Factores Condicionantes de la profesion médica en Bolivia* de Antonio J. Cisneros, 92% des médecins dans le pays sont de sexe masculin et il existe une relation de 1 médecin femme pour 13 hommes médecin⁸⁰⁰. Or, dans certains groupes indigènes ou de part la culture machiste, il est inacceptable qu'un homme autre que le mari puisse voir une femme dénudée. On sait notamment que les femmes d'origine aymara sont très pudiques et ne sont pas habituées à se dévêtir face à un homme. Il est difficile (exemple mentionné) pour une femme rurale d'accéder à la médecine car elle doit se déshabiller, se faire ausculter, dévoiler son intimité. Une raison pour laquelle de nombreuses femmes souhaiteraient des médecins femmes. Selon la Doctoresse Soriano, la seule femme gynécologue responsable de service dans l'hôpital, la femme en général préfère être soignée par un docteur femme (ou parfois, c'est le mari qui préfère). La femme devrait avoir la possibilité de choisir, selon elle.

La considération de la culture

On estime que la faible couverture se réfère aux problèmes d'ordre socioculturel, en général appelés interculturels : le personnel de santé et la population destinataire manifestent des attitudes, des pratiques et des connaissances différentes sur la santé reproductive et sexuelle, précisément parce qu'ils proviennent de domaines culturels distincts. Il faut rappeler que la population bolivienne, et en particulier d'El Alto, est une population fortement marquée culturellement, qui a sa propre cosmovision et pratique de la reproduction.

Dans certaines cultures, chez les aymaras notamment, l'accouchement s'effectue selon des pratiques rituelles et traditionnelles liées aux croyances, telles que les massages, les infusions, les positions particulières, l'enterrement du placenta. L'Etat bolivien reconnaît désormais, au sein du Programme de Santé Reproductive et Sexuelle, le droit de la femme à décider de la position pour accoucher, selon ses croyances et ses pratiques culturelles. Mais cette mesure n'est pas appliquée dans les services de maternité, et les pratiques culturelles ne sont pas respectées. L'accouchement institutionnel s'effectue selon les normes culturelles occidentales, sur des tables gynécologiques, sans la présence de la famille ou proches. Le personnel n'autorise généralement pas de conserver et de rendre le placenta. Le 'Parto Humanizado' n'est pas appliqué par peur, par manque de formation, pour être considéré comme dangereux et non approprié : les positions d'accouchement comme celle de la 'cuclilla', selon les médecins, peuvent provoquer des lésions au nouveau né ; les salles d'accouchement sont jugées comme ne permettant pas la présence de parents (manque d'espace, de rideaux qui préservent l'intimité des femmes).

L'attention médicale rend compte d'un phénomène de non communication entre les savoirs populaires et le système formel de santé. Cependant, le respect de la culture, des pratiques

⁷⁹⁹ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

⁸⁰⁰ Antonio J. Cisneros, *Actitudes y Factores Condicionantes de la profesion médica en Bolivia*, CIS, Serie Estudios de Población y Desarrollo n°1, novembre 1974.

culturelles n'est pas apparu comme une revendication fondamentale des patientes rencontrées ; mais ce phénomène restait en suspens dans les hôpitaux.

Une étude de Population Concern indique qu'une des principales causes de commodité et de confiance pour les mères reste l'accouchement à la maison, accompagné de la famille. Confiance ébranlée à l'hôpital à cause des instruments, procédures et infrastructures sophistiqués. Les mères ont peur des procédures 'modernes' utilisées par le service de santé. A l'inverse, les instruments des parteras sont connus et très utilisés dans la vie quotidienne de la communauté ce qui inspire meilleure confiance de la part de la mère⁸⁰¹.

En Bolivie, de nombreuses femmes ont leur accouchement à la maison, en compagnie de leur mari ou famille, ou d'une 'partera'. Si l'accouchement institutionnel est considéré par les médecins comme plus sûr, l'accouchement à domicile est souvent présenté comme plus commode, chaleureux et intime, étant donné que la femme est accompagnée, peut choisir la position, et suivre les rituels et les coutumes de sa culture.

Il n'y a pas de respect des pratiques traditionnelles : pourquoi la femme ne peut-elle pas choisir la position préférée pour mettre au monde ses enfants au lieu de la position gynécologique classique ? Pourquoi ne se mélangent pas les normes culturelles et la médicalisation, dans un pays si multiculturel ? Pourquoi y a-t-il aucun respect des coutumes et traditions par rapport à la reproduction ? La pratique médicale est considérée par le personnel de santé comme plus sûre et plus hygiénique. D'après le diagnostic de Guillermo Seoanne Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón⁸⁰², la position pour accouchement est l'unique pratique traditionnelle avec une acceptation partielle de 55% chez les médecins (expliqué comme étant le résultat de la formation dans la Norme de Santé d'Attention à la Femme et au Nouveau Né approuvée par Résolution Ministérielle en octobre 2001), mais en général, il n'existe pas de formation pour pratiquer de tel accouchement.

La formation médicale

Une proportion importante de médecins n'est pas préparée pour assister des accouchements en position traditionnelle utilisés par les femmes, tant par manque de formation que par une attitude autoritaire de non acceptation des attentes et traditions culturelles.

La Doctoresse Soriano a expliqué qu'il n'y avait pas de formation médicale relative à la culture ; selon elle, un docteur devrait exercer dans un contexte bien déterminé. Les médecins et infirmières doivent faire une année obligatoire de service rural, mais aucune formation sur les pratiques et conceptions culturelles n'est envisagée. Lors de l'étude, un docteur a évoqué le "masaje uterino" (« massage utérin »), "la mano de la partera que salva la vida" (« la main de l'accoucheuse qui sauve la vie ») pour enseigner à ses élèves la phase d'expulsion du placenta ("alumbramiento"). Mais en général, les docteurs enseignaient et interrogeaient sur la médecine médicalisée, la médecine occidentale, sans prendre en compte la médecine traditionnelle.

⁸⁰¹ Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj, Population Concern, La maternidad en mujeres indígenas quechuas. Caso de Diez Ayllus de los Municipios de Caiza « D » y Cotagarta del Departamento de Potosí – Bolivia, 2003.

⁸⁰² Guillermo Seoane Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón, *Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales (Estudio Cualitativo en Comunidades y Servicios de Salud de Cinco Distritos de Salud en La Paz y Cochabamba)*, Mothercare II, 1996.

De nombreuses études montrent que le concept du respect des nécessités des patientes et de respect des traditions culturelles de chaque groupe ethnique devrait être inculqué en université, à travers un programme éducatif sur les concepts sociologiques et anthropologiques, avec une approche de genre : « *c'est extrêmement important que les entraînements incluent des perspectives anthropologiques, culturelles et de genre si on veut améliorer la qualité d'attention en Bolivie* »⁸⁰³. Il s'agirait alors de former les médecins, et autres professionnels qui prêtent une attention obstétrique pour offrir une attention de haute qualité en respectant les valeurs culturelles des différentes ethnies.

La dépréciation de la culture

Bien que la médecine traditionnelle soit légale, elle est dépréciée par la majorité des travailleurs de santé. « *La population de la région andine a une vision spécifique de la santé, de la maladie et de la mort, ce qui modèle leurs croyances et l'utilisation de la médecine traditionnelle ou du secteur moderne de santé. Les autorités gouvernementales ont une tendance à responsabiliser les indigènes pour ces pauvres indicateurs de santé, en citant la culture comme une barrière pour une bonne santé et comme cause de faible utilisation des services modernes* »⁸⁰⁴.

Un enquête de Population Concern révèle que depuis des décennies, les services de santé ont sous estimé la connaissance et les savoirs populaires en manifestant que ce sont des pratiques nocives à la santé de la communauté, en assumant le fait que les professionnels en santé sont les seuls possesseurs de la connaissance et de la vérité⁸⁰⁵.

L'enseignement médical a introduit la notion de 'parto limpio' (accouchement propre) pour déterminer l'accouchement institutionnel. A travers cette notion, on enseigne que la position du l'accouchement en 'cuclillas', préférée chez les femmes aymara, est 'retardée' et 'sale'. Le même nom 'parto limpio' reproduit le stéréotype racial des gens de la campagne comme 'sales' et 'ignorants'. Denise Arnold et Juan de Dios Yapita montrent que sous cette influence, certaines jeunes femmes de l'ayllu étudié tentent d'imiter la position horizontale gynécologique dans leurs lits, pour un meilleur statut social⁸⁰⁶. Selon Arnold et Yapita, au lieu de percevoir les pratiques andines d'accouchement comme primitives, exotiques, qui requièrent de la modernisation, on pourrait les appréhender comme faisant partie du système de santé dans son ensemble avec ses propres significations et savoirs.

⁸⁰³ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 40.

⁸⁰⁴ « *La gente de la region andina tiene una vision especifica de salud, enfermedad y muerte ; la cual moldea sus creencias y el uso tanto de la medicina tradicional como del sector moderno de salud. Las autoridades gubernamentales tienen una tendencia a responsabilizar a los indigenas por estos pobres indicadores de salud, citando la cultura como una barrera para una buena salud y como causa de la baja utilización de los servicios modernos* » (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *op. cit.*, page 97).

⁸⁰⁵ Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj, Population Concern, *La maternidad en mujeres indigenas quechuas. Caso de Diez Ayllus de los Municipios de Caiza « D » y Cotagarta del Departamento de Potosí – Bolivia*, 2003.

⁸⁰⁶ Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.

Emma Donlan, (et autres personnes rencontrées), explique qu'il existe une certaine distance et méfiance du personnel médical quant aux pratiques traditionnelles et aux activités des experts locaux, alors qu'il utilise peut-être ces pratiques chez lui, ou consulte pour ses problèmes personnels, en dehors de sa vie professionnelle. Mais ce recours reste très déprécié dans le centre de santé par les compères.

Les pratiques traditionnelles dans le milieu hospitalier sont totalement ignorées ou dédaignées. Dans les centres, les perceptions et pratiques reproductives et sexuelle sont peu connues, respectées et parfois discriminées. De nombreux médecins boliviens tendent à condamner ces pratiques sans comprendre leur logique culturelle et physiologique. Des études montrent ce manque de connaissance et la méconnaissance dans l'enseignement et la pratique des Règles de la Nouvelle Norme Bolivienne de Santé, qui incluent en particulier les pratiques culturelles de l'accouchement.

Dans peu de cas, les prestataires de santé du secteur public ont essayé de comprendre les cultures indigènes et de modifier le système de services en fonction de cette considération. On a pu remarquer lors de l'enquête une certaine ignorance et non entendement de la culture. Un Docteur expliquait que les aymaras n'utilisaient pas la planification familiale car cette culture promouvait une vie reproductive des femmes. Ce même médecin ne comprenait pas que malgré le SUMI qui prête une attention médicale gratuite chez les femmes enceintes, ces dernières continuaient d'accoucher chez elles. Une doctoresse expliqua que des patientes refusaient l'hospitalisation pour raisons culturelles et pressions de la famille. Elle raconta que selon la culture, une femme doit accoucher à un moment précis et déterminé, au détriment parfois de la vie du bébé. « *Mais, on respecte la culture* » a-t-elle ajouté. Les docteurs paraissaient évoquer la culture comme une fatalité, coupable de problèmes médicaux et cliniques, et utiliser le mot sans réellement connaître ou comprendre sa signification.

Dans ce contexte, une partie de la population bolivienne préfère se référer à la médecine traditionnelle. Cependant, la médecine 'occidentale' rejette la médecine traditionnelle, comme nous l'avons déjà signalé. « *Une barrière essentielle qui doit être analysée est la coexistence de deux systèmes de santé en Bolivie : le système de la médecine traditionnelle, et le système de la médecine moderne. Ces visions impliquent deux logiques différentes sur des aspects globaux comme la vie, la mort, la santé et la maladie* »⁸⁰⁷.

Les deux systèmes ne paraissent pas incompatibles. Il semble possible d'associer une conception biomédicale à une cosmovision culturelle. Certain(e)s avancent, dans le cadre d'une volonté pour réduire la mortalité maternelle, la nécessité d'un meilleur entendement entre les deux systèmes de santé, un vrai dialogue entre les praticiens du système local de santé et ceux du système biomédical.

Sandra Aliaga explique qu'il semble nécessaire de développer une perspective dans le cadre du respect des valeurs culturelles et sociales de la communauté, en cherchant à combiner les pratiques médicales occidentales et traditionnelles plus adéquates pour chaque cas⁸⁰⁸. « *Ce n'est pas facile mais c'est indispensable que le médecin, en particulier, qui dirige un service,*

⁸⁰⁷ "Una barrera esencial que debe ser analizada es la coexistencia de dos sistemas de salud en Bolivia: el sistema de la medicina tradicional, y el sistema de la medicina moderna. Esas visiones implican dos lógicas diferentes sobre aspectos globales como la vida, la muerte, la salud y la enfermedad" (Hedí Jiménez, "En el área rural, 3 barreras contra la salud reproductiva y sexual", "Opciones" n°1, año 1, febrero de 1996).

⁸⁰⁸ Sandra Aliaga Bruch, *Es la salud sexual y reproductiva un tema clave ?*, PROCOSI, UNFPA, 1997.

partage savoir et pouvoir avec ceux qui apparemment ont moins de connaissance apprise mais dont le savoir naturel, produit des expériences vécues, peut être plus grand que celui de n'importe quel personne académique »⁸⁰⁹. De plus, ces différents savoirs ne semblent parfois pas si éloignés puisque que dans l'hôpital d'El Alto observé, on ne lavait ni les bébés, ni la mère après l'accouchement. Un étudiant expliquait que à El Alto, ce n'était pas recommandable de laver les bébés avant une semaine, à cause du froid. La médecine 'occidentale' rejoint ici la médecine traditionnelle puisque chez les aymaras, on ne lave pas non plus les nouveaux nés pour les préserver.

Il existe désormais des prédispositions de l'Etat pour augmenter et améliorer l'attention aux femmes appartenant à d'autres ethnies et avec différentes cultures. Cela implique que les fonctionnaires du service de santé (acteurs centraux de la loi du SUMI) soient formés en médecine traditionnelle. La loi promeut respect et adéquation du service biomédical à la culture de la femme. Cependant elle ne destine pas de fonds pour la formation adéquate aux services biomédicaux des soins traditionnels. De même, le manque de respect et d'entendement de ces pratiques de la biomédecine par rapport aux idées andines sur la fécondité a provoqué des problèmes et la confusion dans les programmes d'orientation et de planification familiale sur l'Altiplano.

Selon Maria Dolores Castro, les dialogues communautaires ont été un mécanisme important pour que les groupes argumentent leurs propres perceptions de la santé reproductive et comprennent les perceptions des autres, et pour la constitution de mécanismes d'apprentissage mutuel⁸¹⁰.

La recherche de Guillermo Seoanne Flores, Verónica Kaune et Julio Córdova Villazón⁸¹¹ montre que les variables qui déterminent l'accessibilité aux services de santé sont le coût, les procédures de révision considérées par la majorité des personnes entretenues comme non adéquates aux coutumes et à la culture (la procédure en soi, le sexe du prestataire de santé), la capacité résolutive des prestataires de santé, le traitement et les coutumes, la capacité résolutive institutionnelle.

L'attention dans les services de santé n'est jamais décrite comme adéquate ou opportune, principalement parce que les facteurs culturels ne sont pas pris en compte. L'étude présentée

⁸⁰⁹ *"No es muy fácil pero es indispensable que particularmente el médico que dirige un servicio comparta saber y poder con quienes aparentemente tienen menos conocimiento aprendido pero cuya sabiduría natural, producto de experiencias vividas, puede ser más grande que la de cualquier académico"* (Organismo Andino de la Salud, Convenio Hipólito Unzué. Estudio de reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la Subregión Andina. Informe de país: Bolivia, non publié à cette date, page 69).

⁸¹⁰ Maria Dolores Castro, « Reflexiones sobre la relación entre investigación et interculturalidad en Bolivia », in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, *Encuentros sobre « Metodologías de Investigación Sociocultural »*. Experiencias en Investigación Sociocultural, diciembre 2002.

⁸¹¹ Investigation qualitative à partir de novembre, dans 5 districts de santé du pays dont El Alto II. La recherche s'intéresse aux points de vue de deux principaux acteurs, la communauté et les prestataires de santé, à deux niveaux : connaissances, perceptions, attitudes et pratiques de la population par rapport aux complications obstétriques et néonatales (étude de la communauté) ; perceptions, attitudes et processus de communication des prestataires de santé des services materno infantiles (étude des services de santé). « *Les résultats de l'étude expriment les attitudes, perceptions et pratiques de ces personnes, et ne sont pas généralisables de façon mécanique à toute la population* » (*Los resultados del estudio expresan en lo esencial las actitudes, percepciones y practicas de estas personas, y no son generalizables de manera mecánica a toda la población*», page 26), mais donne des indices sur la réalité sociale de la santé (Guillermo Seoanne Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón, *Diagnostico : barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales*, Mothercare II – Bolivia, 1996).

ici fut menée dans un contexte urbain où la majorité des patientes parlaient le castillan et où les pratiques culturelles sont moins fortes et moins revendiquées. Ainsi, si les pratiques étaient plus médicales que sociales et culturelles, cela n'est pas apparu comme un problème ou une gêne pour les patientes rencontrées. Cependant, l'étude n'était pas axée sur les représentations culturelles. Et d'autres enquêtes menées dans des communautés plus retirées rendent compte que les centres de santé sont plutôt perçus comme des centres d'exécution de programme que comme un siège de service actif pour répondre aux nécessités de la communauté locale.

Les non-rencontres entre les patientes et les prestataires de santé ne sont pas seulement dues aux barrières culturelles, mais à la culture médicale elle-même. L'infrastructure et essentiellement la qualité de l'attention médicale sont déterminantes dans l'accès à la santé reproductive et sexuelle. Or, selon Maria Dolores Castro, le personnel de santé n'identifie pas que les barrières sont souvent médicales, que le traitement n'est pas forcément adéquat à la population.

L'attention médicale

La majorité des patientes étudiées s'est rendu à l'hôpital pour accoucher. Les autres motifs d'hospitalisation étaient liés aux grossesses difficiles, aux menaces d'avortement ou d'accouchement prématuré. De nombreuses patientes ont raconté comment et pourquoi elles avaient été hospitalisées. Une patiente, alors enceinte, raconta qu'elle avait une forte douleur, ce pourquoi elle est allée à un établissement de santé, où on lui a dit « *tu as beaucoup marché, c'est pour cela. Tu dois te reposer* » (“*Has caminado mucho, por eso. Tienes que descansar*”). Elle est donc rentrée chez elle mais les douleurs devenaient insupportables; elle s'est donc rendue à l'hôpital, où 20 minutes plus tard elle accouchait. Son bébé était désormais en néonatalogie. Une autre patiente expliqua qu'après son accouchement, elle est rentrée chez elle avec une autorisation de sortie. Mais quelques jours plus tard, son bébé était mal. Elle se rendit de nouveau à l'hôpital en urgence. Désormais le bébé était en néonatalogie, sous oxygène, avec une infection aux poumons.

« *J'avais peur des risques (...). Jusqu'au dernier moment, 'j'en peux plus... j'en peux plus...'. 'Tu dois y aller' (...). Et, j'ai été et... (...)* »⁸¹².

Une patiente enceinte expliqua qu'elle était tombée jeudi et qu'elle avait souffert pendant deux jours. Le samedi, elle perdait beaucoup de sang mais elle ne s'était rendue à l'hôpital que le mardi, accompagnée de son mari. Elle ne se rappelait plus très bien tellement elle souffrait et était faible. Une autre patiente, enceinte de 18 semaines racontait qu'elle était également tombée, et qu'elle avait perdu du sang pendant une semaine, avant de décider de se rendre à l'hôpital. Une patiente avec menace d'avortement déclara qu'elle avait attendu une semaine avant de se rendre à l'hôpital, malgré les pertes de sang de plus en plus conséquentes. Elle expliqua qu'elle avait attendu car elle ne savait pas où aller et n'avait personne pour l'accompagner. Au final, elle appela sa mère qui l'emmena. Désormais, elle souffrait d'anémie et était très faible. Enfin, une patiente raconta qu'elle avait attendu un mois, perdant

⁸¹² “*Tenia miedo de los riesgos (...). Hasta el ultimo momento, 'ya no puedo... no puedo...'. 'Tienes que ir' (...). De ahí, he estado y... (...)*”.

un peu de sang, avant de décider d'être hospitalisée (pour avortement incomplet). Plusieurs patientes ne se rendirent donc pas tout de suite à l'hôpital et avaient préféré attendre avant de se faire hospitaliser.

D'autres avaient peur et ne voulaient pas se rendre au service, mais au final, elles se montraient contentes de l'attention reçue :

« J'avais peur d'être seule (...), que personne ne m'aide (...). Et tant mieux, non ? La doctoresse qui me reçut est très bien... elle eut une patience grave avec moi (...)... »⁸¹³.

« (...) quand j'entrai ici, en urgence (...) bien reçue... (...)... J'allai en salle d'accouchement pour la délivrance (...) très très bien soignée. Très bonne attention... (...)... Très bonne attention. De fait... je pensais que ce n'était pas comme ça. Je ne voulais pas venir ici. Je voulais avoir mon bébé à la maison. Très bonne attention. Je ne voulais pas y aller... »⁸¹⁴.

Une mère détailla son dernier accouchement en clinique. Le travail d'accouchement dura presque trois jours, raconta-t-elle. Elle accoucha seule, avec sa mère puisqu'il était 7 heures du matin et que la doctoresse n'était toujours pas arrivée. Cette fois-ci, la patiente arriva à l'hôpital à 2 heures 30 du matin et la salle d'accouchement était pleine. Elle craignait alors de ne pas être reçue, comme auparavant ; mais la doctoresse s'en occupa immédiatement.

L'expérience à l'hôpital fut souvent présentée ou observée comme une expérience de tristesse et de douleur. On remarqua des patientes en pleurs, préoccupées ou endolories. Une mère en néonatalogie pleurait souvent quand le bébé était mal. Elle racontait que la nuit, elle dormait très mal, elle faisait des cauchemars par rapport à sa fille, en couveuse depuis deux semaines. Elle expliquait qu'elle n'en pouvait plus, que c'était une préoccupation quotidienne. Une autre mère en néonatalogie était de plus en plus triste, désespérée: *« il faut avoir la foi »* disait-elle pour se convaincre, les larmes aux yeux. Une patiente hospitalisée pour menace de rupture prématurée de la membrane, ne supportait plus l'hospitalisation, la douleur. Elle expliquait qu'elle souffrait, qu'elle avait faim, qu'elle voulait son mari à ses côtés. Au-delà de la douleur, elle se préoccupait pour l'éventuel transfert requis par les médecins : *« c'est gratuit »* demandait-elle. D'autres patientes expliquaient qu'elles s'ennuyaient : *« c'est mal »*, disait l'une d'entre elles, *« c'est ennuyant »*.

Un étudiant expliqua que de nombreuses patientes, après trois jours d'hospitalisation déprimaient. Il présenta différents cas : celles qui déprimaient, qui voulaient rentrer chez elles (patientes qui se sentaient bien chez elles), les indifférentes, par exemple celles qui avaient plusieurs enfants et qui connaissaient l'hospitalisation, et celles qui étaient heureuses d'être hospitalisées parce qu'elles avaient un lit, trois repas par jour, des douches propres et quelqu'un qui s'occupait d'elles.

⁸¹³ *“Hasta miedo me daba de estar sola (...), que nadie me va a ayudar (...). Y mas bien, ¿no? La doctora que me atendí es muy buena... tuve una paciencia grave conmigo (...)...”*

⁸¹⁴ *“(...) cuando yo entre aquí, por emergencias (...) bien atendida... (...)... Fue en sala de parto para el alumbramiento (...) muy, muy bien atendida. Muy buena atención... (...)... Muy buena atención. De hecho... yo pensé que no era. No quería venir aquí. Yo quería tener a mi bebe en mi casa. Muy buena atención. Yo no quería ir...”*

L'expérience à l'hôpital est également déterminée par l'attention médicale reçue et perçue. Les patientes sont en générale contente de leur expérience à l'hôpital, de l'attention qu'elles avaient reçue⁸¹⁵.

« *Bien... bien... ici... ils traitent bien...* » (“*Bien... bien... aquí... tratan bien...*”), et c'était pour cela que la patiente était revenue à cet hôpital. Certaines ont expliqué que l'attention dans l'hôpital étudié était meilleure que dans d'autres établissements: « *La première fois que je suis allée à l'hôpital, je n'ai pas reçu une bonne attention... (...)... Ici, l'attention est beaucoup mieux que là-bas (...)* » ; « *Si... bien... dans cet hôpital, ils soignent bien... [il y a d'autres hôpitaux où ils ne reçoivent pas comme ici]* »⁸¹⁶.

Certaines patientes avouaient se sentir bien à l'hôpital parce qu'elles pouvaient se reposer, elles n'avaient rien à faire, elles n'avaient pas à préparer à manger, à surveiller les enfants. C'était un repos total en comparaison de ce qu'elles vivaient au quotidien. « *(...) pour que je récupère très rapidement (...). Il manque beaucoup, beaucoup de récupération. Parce que les mamans d'avant (...), [ici] ils te lavent, te nettoient, te changent ton lit. On te dit de te lever... ils te prennent la température. Tout est bien contrôlé... (...). Ils me disent de me lever. Et maintenant que je n'ai plus mal (...)* »⁸¹⁷.

D'autres femmes de l'étude montrèrent une satisfaction relative, caractérisée par « *bien c'est tout* »: « *Bon (...). Bien... j'étais tranquille. Mais comme à chaque endroit, non ? Ca a ses avantages, ses désavantages, non... Cet hôpital a un bon personnel, moi j'aime bien (...). Et tout ça... si... L'attention... n'est pas si bonne... mais cela nous aide suffisamment (...). Ce n'est pas si mal non plus (...). On a besoin des médecins (...)... C'est, c'est mon premier bébé que j'ai eu ici... et... cela m'a paru plus ou moins... (...)... Moi, de toutes manières... je ne me plains pas...* »⁸¹⁸.

« *Ils te reçoivent bien... Et bien sûr, ici, ce n'est pas comme à la maison (...), je veux m'en aller* »⁸¹⁹.

« *C'est mieux à la maison... Et je dois travailler* »⁸²⁰.

En général, les patientes voulaient s'en aller, rentrer chez elles. Chaque jour, elles espéraient être de sortie et se montraient très contentes quand elles obtenaient l'autorisation. A chaque fois qu'un docteur demandait, lors de la visite, aux patientes si elles voulaient rentrer, celles-ci

⁸¹⁵ Il faut ici relativiser les résultats obtenus. De nombreuses patientes pensaient que le chercheur était médecin ou appartenait à l'hôpital. On a remarqué une certaine influence de sa présence sur le discours et le comportement de certaines patientes. Des patientes n'abordèrent pas le thème de l'attention médicale ; et deux patientes, après l'entretien, remercièrent les docteurs et les étudiants pour les soins reçus.

⁸¹⁶ “*Por primera vez que me fue al hospital, no he recibido una buena atención... (...)... Aquí la atención es mucho mejor que allá (...)*” ; “*Si... bien no mas... En este hospital, bien atienden... [hay otros hospitales donde no atienden como aquí]*”.

⁸¹⁷ “*(...) para que recupere muy rápido (...). Falta mucho, mucho de recuperación. Ya por que las mamans de antes (...), [aquí] te lavan, te limpian, te cambian tu cama. Te dice que te levantes... te toman la temperatura. Todo es bien controlado... (...). Me dijeron que me levante. Y ahora que no me duele mas (...)*”.

⁸¹⁸ “*Bueno (...). Bien... estaba tranquila. Pero como en cada lugar, no? Tiene sus ventajas, sus desventajas, no... Este hospital tiene un buen personal, a mi me gusta (...). Y todo eso... si... La atención... no es tan buena... pero... nos ayuda bastante (...). No es mal también (...). Necesitamos de los médicos (...)... Es, es mi primer bebe que he tenido acá... y... me ha parecido mas o menos... (...)... Yo de todas partes... no me quejo...*”.

⁸¹⁹ “*Te atienden bien... Y claro que aquí, no hay como la casa (...), quiero irme*”.

⁸²⁰ “*Mejor en casa... Y tengo que trabajar*”.

généralement acquiesçaient. Certaines patientes sollicitèrent également des autorisations de sortie, contre l'avis médical.

Si des patientes observées et entretenues se montrèrent relativement satisfaites de leur hospitalisation et de l'attention reçue, nombreuses furent celles également qui se sont plaintes de l'attention médicale matérielle et immatérielle, du froid, des repas et du personnel jugé non chaleureux et parfois « mauvais ». Selon Ineke Dibbits, les femmes ont dans l'ensemble, une mauvaise expérience à l'hôpital⁸²¹.

L'infrastructure et l'organisation

L'attention médicale est étroitement liée à l'infrastructure et l'organisation des services de santé, éléments qui déterminent l'accès aux soins et aux droits en matière de santé reproductive et sexuelle.

De nombreuses études et personnes rencontrées dénoncent le manque d'infrastructure, de logistique, et de ressources économiques et humaines, notamment dans le milieu rural⁸²². Les services sont décrits comme peu équipés, et peu adéquats ; le personnel qualifié comme insuffisant et instable. Deux des hôpitaux étudiés se sont effectivement avérés précaires, modestes, et peu équipés.

La longue attente

Par manque d'infrastructure et de personnel, l'attente des consultations extérieures gynécologiques, obstétriques et pédiatriques est souvent décrite et dénoncée comme longue, trop longue, à comparaison du temps de la consultation en soi. A l'hôpital d'El Alto, les mères attendaient plusieurs heures avant de consulter le pédiatre. Mais il n'y avait qu'un seul pédiatre de garde par tour et celui-ci expliqua que sa priorité était les enfants hospitalisés en pédiatrie et néonatalogie. Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz dénonçaient les révisions rapides, peu soignées et négligées. Après une longue attente, les consultations duraient peu de temps. Les patientes, selon elles, défilaient comme dans une usine à la chaîne.

Dans l'hôpital alténien étudié, selon une étude de Guillermo Seoane Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón⁸²³, le temps d'attente pour obtenir une fiche était en moyenne de 2,8 minutes, celui pour la consultation était en moyenne de 36,4 minutes, et le temps de consultation était en moyenne de 13,9 minutes.

⁸²¹ Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁸²² Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996 ; Políticas Publicas de Genero – Avances – La Paz, 17 de Julio 2002, Viceministerio de Asuntos de Genero, Generacionales y Familia – Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación ; María Dolores Castro Mantilla, Máriel Layza Antezana, *Evaluación del impacto de intervenciones educativas comunitarias en los servicios de salud Sexual y reproductiva incluyendo anticoncepción en áreas peri urbanas de La Paz*, Bolivia, CIDEM, 2002, entre autres.

⁸²³ Guillermo Seoane Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón, *Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales (Estudio Cualitativo en Comunidades y Servicios de Salud de Cinco Distritos de Salud en La Paz y Cochabamba*, Mothercare II, 1996.

Dans l'hôpital de La Paz observé, le temps d'attente pour les consultations extérieures restait relativement long. Déjà, les patientes devaient faire la queue devant le guichet pour obtenir un dossier de consultation. Ensuite, elles attendaient en général deux heures pour une consultation brève qui durait entre 5 et 10 minutes. L'attente était calme et surtout passive. La majorité des femmes attendaient seules, ou avec leur(s) enfant(s). Contrairement aux idées préconçues, certains hommes les accompagnaient. Cette attente, cependant, générait diverses discussions entre les consultantes, qui échangeaient des expériences relatives à la maternité. Ainsi, ce couloir d'attente sombre et froid est apparu comme un véritable lieu d'échanges, de communication sociale.

La capacité d'accueil

L'hôpital d'El Alto avait une faible capacité d'accueil à comparaison du nombre de patientes qui s'y rendaient chaque jour. Le nombre de chaises pour les consultations extérieures était insuffisant. Dans les services gynécologiques et obstétriques, l'hôpital accueillait plus de femmes que ce que l'infrastructure offrait, ce qui influait sur la qualité d'attention. Les patientes étaient nombreuses, entre 4 et 7 par chambre ; parfois l'hôpital manquait de lits. Des patientes étaient alors laissées dans le couloir, en attendant que se libèrent la salle d'accouchement ou les chambres, ou bien étaient placées en salle de pré-accouchement alors qu'elles avaient déjà accouché. Ce manque de lits et d'espace créait des problèmes de gestion des patientes autorisées à sortir. Celles-ci devaient quitter leur lit et leur espace pour le céder aux nouvelles patientes ; cependant, elles ne pouvaient pas quitter l'hôpital car cela nécessitait la signature du docteur de garde, et l'autorisation de sortie du bébé, délivrée par le pédiatre qui n'avait pas encore vu les nouveaux nés.

Une menace d'accouchement prématuré est médicalement considérée entre la 20^{ème} et la 27^{ème} semaine de grossesse, expliquait un médecin. Furent observées des patientes prêtes à accoucher avec un peu d'avance sur la date cliniquement prévue. Mais les docteurs maintenaient ces femmes enceintes par manque de couveuse. Car si un bébé naît avant les neuf mois, il est probable qu'il aille en couveuse. On observa ainsi des patientes enceintes de 34, 35, 36 semaines avec une autorisation de sortie.

L'accouchement

La salle d'accouchement est souvent présentée comme une pièce sombre, froide et impersonnelle. En effet, on retrouva ces caractéristiques dans les hôpitaux observés, en soulignant cependant qu'une de ces salles était chaude, peut-être trop chaude à comparaison du reste de l'hôpital. Dans chacun des hôpitaux, il y avait de nombreux accouchements par jour, pratiqués les uns après les autres, et la salle de pré-accouchement restait pleine. Les femmes accouchaient sur une table gynécologique, accompagnées de plusieurs étudiants et un médecin, qui défilaient dans la pièce, sans prise en compte des mesures d'hygiène et d'intimité.

Dans un des hôpitaux, les accouchements s'effectuaient de façon collective : plusieurs patientes accouchaient dans une même pièce, les unes à côtés des autres. « *Mon premier accouchement. Si... [Elle dut attendre huit heures]. Mais je n'en pouvais plus parce que voir les autres, toutes les infirmières (...), toutes les autres femmes criaient... D'autres qui criaient, d'autres qui (...), d'autres qui voulaient sauter du lit. Tu voyais de tout. Et le bébé des autres (...), ça te désespère plus (...). Et tout ça le plus [rapidement] possible (...) et plus*

par là, et plus par ici... Et avec la peur qu'on a, tu désespères (...) mais j'allais le faire. Punaise ! Et voilà le moment (...) »⁸²⁴.

Dans les hôpitaux étudiés, comme dans la majorité des établissements de santé en Bolivie, le 'parto humanizado' n'est pas appliqué et respecté, ce qui peut justifier certains accouchements à domicile, et s'interpréter comme un manque de respect des pratiques culturelles, et de la liberté de choisir des femmes. Cependant, au-delà des justifications médicales, ces hôpitaux n'étaient pas équipés, et ne disposaient pas de suffisamment d'espace pour permettre aux femmes d'être accompagnées, ou de choisir la position, dans un contexte de préservation de l'intimité.

Le froid et la nourriture

Diverses patientes se sont plaintes du froid, surtout la nuit. L'hôpital d'El Alto était effectivement froid. Les portes étaient maintenues ouvertes, les fenêtres étaient souvent cassées, ce qui créait d'importants courants d'air. Les patientes dormaient alors avec des bonnets, des gants et leurs traditionnelles jambières. En néonatalogie, les mères dormaient à même le sol, dans le couloir, et ne disposaient pas de couvertures suffisantes pour les réchauffer pendant la nuit. Les participantes des ateliers soulignèrent également ce froid hospitalier, en particulier dans les salles d'accouchement.

Les patientes se sont également plaintes des repas, pas assez copieux selon elles. De plus, elles déclaraient qu'elles ne supportaient plus la nourriture 'blanche' (poulet, riz...). La nourriture était également considérée « mauvaise ». On entendait les patientes se plaindre : « *les cuisinières ne savent pas cuisiner* », ou « *qui cuisine ?* ». Certaines patientes voulaient donc rentrer chez elles pour manger. Quand on leur demandait ce qu'elles allaient faire chez elles, une fois rentrées, elles répondaient « *manger* ». Une patiente refusa un transfert et déclara qu'elle voulait rentrer chez elle car ainsi elle pourrait manger ce qui lui faisait envie. Elle était soumise à un régime strict, qui ne lui octroyait que des galettes d'eau. D'autres patientes étaient impatientes de rentrer « *parce que la nourriture...* ».

L'organisation

Une infirmière expliqua que les patientes étaient réparties dans les chambres selon les cas cliniques : dans la chambre 'gynécologie', celles qui subirent une césarienne ; dans la chambre 'risques', celles qui avaient une grossesse difficile ou autres problèmes sérieux, et dans les autres chambres, celles qui avaient accouché normalement. Cependant, on observa des patientes qui avaient accouché dans la même chambre que d'autres qui étaient toujours enceintes, et surtout des patientes qui avaient avorté ou perdu le nouveau-né dans les mêmes espaces que celles qui avaient accouché naturellement, sans problème et qui étaient avec leur bébé. De même, les AMEU (aspirations manuelles extra-utérines) se pratiquaient dans la salle d'accouchement, et la patiente qui subissait une telle intervention pouvait se trouver avec des femmes qui allaient accoucher. S'agissait-il d'un manque de conscience sur le fait que ces expériences de mort-nés, d'avortement, pouvaient traumatiser et attrister ces femmes

⁸²⁴ "Mi primer parto. Si... [Ella tuvo que esperar 8 horas más]. Pero no pudo esperar mas porque ver a los demás, todas las enfermeras (...), todas las otras mujeres gritaban... Otros que gritaban, otros que (...), otros que querían saltar de la cama. Veías de todo. Y el bebe a los demás (...), te desesperas mas. Y eso lo mas [rápido] posible (...) y mas allá, y mas allá... Y que por el miedo que tiene, te desesperas (...) pero iba hacer. ¡Pucha! Y llega el momento (...)"

confrontées à d'autres réalités ? Ou s'agissait-il d'une stratégie pour dissuader les femmes d'avorter, les encourager à surveiller leur grossesse ou de les motiver pour le futur ?

A l'hôpital d'El Alto, la responsabilité du service était chaque jour de la semaine assumée par un docteur gynécologue obstétricien différent. Or cette organisation s'est révélée peu appropriée, voire négative. Cela pouvait engendrer la méfiance, le malaise des patientes, qui devaient dévoiler leur intimité à des médecins différents chaque jour. De plus, on observa des conflits de diagnostic et de traitements entre les médecins qui recommandaient parfois des soins et des médicaments différents. D'autre part, cette organisation ne permettait pas aux docteurs de connaître les patientes. A plusieurs reprises, les docteurs demandèrent à leurs élèves, durant la visite générale, si le bébé de la patiente auscultée était bien et où il était. Et, à chaque fois, les étudiants, confus, devaient expliquer au docteur responsable, devant la patiente, que le bébé était mort. Cette situation répétitive s'est avérée peu délicate.

Au delà des déficiences structurelles, de nombreux acteurs rencontrés, dont certains fonctionnaires du Ministère de la Santé, dénoncent une mauvaise qualité d'attention. Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz expliquaient que, essentiellement à la campagne, l'attention était mauvaise à cause du manque d'infrastructures, mais également parce que les médecins tenaient un discours spécifique, difficile à comprendre.

Les relations interpersonnelles et le traitement

Des relations hiérarchisées

En Bolivie, des études démontrent que l'attention médicale est un facteur qui détermine l'accès aux centres de santé relatif à la reproduction et à la sexualité. D'après ces études, la profession de médecin est très prestigieuse, ce qui peut créer un mal-être des patientes. Une distance significative sépare la patiente du Docteur. Ce dernier impressionne, domine la relation, et crée une certaine incommodité. Il ne dialogue pas, donne peu d'informations sur le diagnostic et le traitement. De plus, maltraitance et discrimination justifient parfois le rejet de certaines femmes pour accéder aux services.

L'investigation a montré effectivement une marque importante de respect envers les médecins. Quelques patientes paraissaient impressionnées : elles écoutaient attentivement, sans demander à éclaircir certains doutes, elles répondaient timidement aux questions. Il existait une certaine reconnaissance pour le docteur ou les étudiants qui s'étaient occupés d'elles. Une patiente expliquait que la doctoresse qui l'avait aidée à accoucher était « *super* » : « *elle m'a beaucoup aidé... Si elle n'avait pas été ici, comment ça se serait passé ?* » (“*Alto me ha ayudado... ¿Si no hubiera sido aquí, como hubiera sido?*”). Une autre femme dont le bébé était mort à la naissance, déclara que « *la doctoresse m'a sauvée* » (“*la doctora me ha salvado*”).

La relation docteur-patient est essentiellement marquée par une attitude autoritaire, paternaliste et verticale du docteur. « *Il est difficile de dépasser les attitudes paternalistes, verticales et autoritaires du médecin dont la formation académique actuelle le conduit plus facilement à l'élitisme plutôt qu'à la réalisation de travaux partagés* »⁸²⁵. La doctoresse Roxana Sahonero, du Département de la Planification à la CNS rendait compte d'un

⁸²⁵ Organismo Andino de la Salud, *Convenio Hipolito Unanue. Estudio de reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la Subregión Andina. Informe de país: Bolivia*, non publié à cette date.

enseignement rigide et fermé, qui se veut indépendant. Des études montrent que par exemple, la présence du mari ou de la famille lors de l'accouchement notamment, au-delà des problèmes d'infrastructure, est assez limitée à cause d'une attitude autoritaire⁸²⁶.

Une participante de l'atelier mené au sein de la Fundación La Paz racontait que lorsqu'elle était en salle de pré-accouchement, elle avait de fortes contractions mais une dilation insuffisante, selon les médecins, pour accoucher. Elle sentait cependant qu'elle était sur le point d'accoucher, ce à quoi la doctoresse aurait répondu « *Vous savez, ou c'est moi qui sais ?* ». La participante expliqua qu'elle avait alors accouché dans la salle de pré-accouchement.

Les manzaneras de salud de San Luis Taza expliquaient qu'elles ne se rendaient pas toujours aux centres de santé car elles avaient peur du médecin : « *il a beaucoup étudié et pas nous...* ». L'une d'entre elles expliqua « *ils ont étudié parce qu'ils ont eu de la chance, parce qu'ils avaient les moyens. Moi je n'ai pas étudié car ma mère avait déjà 7 enfants... Ce n'est pas une raison pour nous rabaisser comme ça !...* ».

Le traitement humain

Selon une enquête de Carmen Velasco, Claudia de la Quintana, Gretzel Jove, Luz Angela Torres, Patricia Bailey, les prestataires de santé pensent qu'ils apportent un service où l'attention est égale et aimable, mais cette perception n'est pas la même chez les 'utilisateurs' et les 'non utilisateurs' de services. Les prestataires identifient le coût comme une barrière majeure, plus importante que le traitement humain alors que pour les 'utilisateurs' et les 'non utilisateurs', l'amabilité est plus importante⁸²⁷.

Une patiente expliqua que l'attention en général avait changé, qu'avant le traitement était mauvais, que les infirmières étaient insensibles mais que désormais l'attention s'était relativement améliorée. Des patientes dénonçaient la mauvaise attention de l'hôpital « x » où le personnel fut décrit comme mauvais, à comparaison de l'attention de l'hôpital où elles étaient au moment de l'entretien qui leur semblait bonne. D'autres femmes hospitalisées expliquaient qu'il y avait des infirmières gentilles et des infirmières mauvaises, moins délicates. Des patientes avaient une opinion relativement négative du traitement reçu. Certaines expliquèrent qu'on ne leur donnait pas d'informations. L'une d'entre elle ajouta que les docteurs les expédiaient. De plus, quelques personnes étaient jugées comme « *mauvaises* ». Bien qu'elle fut soignée par une doctoresse « *très bonne* », une patiente expliqua que les docteurs étaient « *bien, c'est tout* » et qu'il y en avait des « *méchants* ». « *Plus ou moins. Certains [du personnel] saluent à peine, alors bon...* ». Une patiente voulait partir et changer d'hôpital. Elle racontait qu'elle avait reçu une mauvaise attention la nuit précédente, que la doctoresse lui criait « *résiste, résiste* », alors qu'elle souffrait beaucoup. Elle se renseigna sur les modalités à suivre pour se rendre dans un autre hôpital, à La Paz, et demanda si là bas il y avait également autant d'étudiants.

En général, les infirmières sont décrites comme des personnes ayant la formation technique mais ne développant aucune relation affective, chaleureuse. Ainsi, de nombreuses patientes

⁸²⁶ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996.

⁸²⁷ Carmen Velasco, Claudia de la Quintana, Gretzel Jove, Luz Angela Torres, Patricia Bailey, *Calidad en los servicios de anticoncepción de El Alto, Bolivia*, Promujer, FHI, 1997.

dénonçaient le manque d'affection, « *qui est tout autant nécessaire* ». D'autres confessèrent qu'il y avait des infirmières « *bien méchantes* », et « *pourtant on a besoin d'affection... des deux côtés* » (“*se necesita cariño... de los dos lados*”). Des patientes soulignaient l'importance des relations humaines et de la communication.

Parmi les manzaneras de salud, la plupart préféraient être soignées par une femme car elles considéraient qu'une femme était plus délicate, plus douce. En revanche, chez les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz, les femmes gynécologues ne sont pas apparues meilleures que les hommes. Une participante raconta qu'elle avait eu une infection et que la gynécologue l'avait accusée d'être infidèle, sans envisager la culpabilité du mari.

Si des patientes ne se sont pas plaintes durant l'enquête, de nombreuses anecdotes ont illustré une mauvaise attention.

Généralement les relations interpersonnelles s'établissent dans un contexte de discrimination sociale, culturelle et de genre. « *Plus d'une fois dans les services visités, les médecins déclarèrent que les femmes ne venaient pas au service parce qu'elles sont 'comme ça', elles sont 'ignorantes', sans se demander s'il y avait quelque chose qui les dérangeait dans les services* »⁸²⁸. Par rapport au 'Parto Humanizado', le personnel médical interrogé par REBOHUPAN considérait que c'était « *trop de luxe pour ces femmes* » (“*demasiado lujo para estas mujeres*”).

La peur de recevoir un traitement humiliant est le principal facteur qui fait que les femmes indigènes ne vont pas aux services de santé. « *La perception des femmes de ne pas être bien traitées dans ces services, des normes institutionnelles qui engendrent des conflits avec la modestie et l'ethno physiologie des femmes, et le manque d'information et d'orientation données aux femmes pendant leur visite aux cliniques* »⁸²⁹ sont autant de barrières à l'utilisation des services.

Ces études montrent qu'il y a une certaine inégalité de traitement voire une discrimination de certaines patientes dans les services de santé. Les raisons exposées par les femmes pour l'inégalité de traitement ou la discrimination sont liées à l'usage de la 'pollera' et le manque d'argent⁸³⁰. Selon les manzaneras de salud de San Luis Taza, l'attention dans les centres de santé était mauvaise car marquée par la discrimination. Les infirmières ne s'occupaient pas d'elles, leur parlaient mal parce que « *nous sommes des femmes de polleras* ». Il n'y avait, selon elle, pas de respect, tout du moins, elles n'avaient pas l'impression d'être respectées.

⁸²⁸ “*En más de una ocasión en los servicios visitados los médicos expresaron que las mujeres no vienen al servicio porque son 'asi', son 'ignorantes', sin cuestionar si habrá algo que les incomodaba de los servicios*” (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 45).

⁸²⁹ “*la percepción de las mujeres de no ser bien tratadas en estos servicios, normas institucionales que generan conflicto con la modestia y la etnofisiología de las mujeres, y la falta de información y orientación dada a las mujeres durante sus visitas a las clínicas*” (CIAES 1991, in Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliográfica*, non daté, page 78).

⁸³⁰ Selon Carmen Velasco, Claudia de la Quintana, Gretzel Jove, Luz Angela Torres, Patricia Bailey, *Calidad en los servicios de anticoncepción de El Alto, Bolivia*, Promujer, FHI, 1997.

Les infirmières et les Docteurs les traitaient mal et ce partout (elles énuméraient quelques centres de santé).

Lors de l'atelier à la Fundación La Paz, les participantes, en réponse aux définitions données de la santé reproductive et sexuelle, ont expliqué qu'il s'agissait là uniquement de mots, qui ne concordent pas avec la réalité. Pourquoi ? Une des raisons reste, selon elles, la discrimination, en particulier envers les femmes de polleras ou celles qui dépendent du SUMI. Si l'une d'entre elles expliquait que sa fille et elle avaient toujours reçu un bon traitement avec le SUMI, d'autres racontaient que le personnel refusait parfois de les recevoir car elles n'étaient pas considérées comme prioritaire ou par négligence, ou parfois on leur donnait un diagnostic non approfondi.

A l'hôpital de la CNS, une patiente affiliée dénonçait également une différence de traitement entre les patientes de la CNS et celles du SUMI, différence notamment observée. Les patientes du SUMI ne recevaient pas les mêmes médicaments. Le temps d'hospitalisation variait : dans le service d'accouchement naturel, il était de deux jours pour les patientes de la CNS, et d'un jour pour les patientes du SUMI ; dans le service d'accouchement chirurgical, il était de quatre jours pour les assurées et de trois jours pour les autres femmes. En priorité étaient reçues les femmes qui avaient fait leurs contrôles prénataux à l'hôpital, soit les femmes affiliées à la CNS. Les histoires cliniques des patientes du SUMI étaient souvent incomplètes, et il n'existait pas de fiche sociale pour ces patientes. Une infirmière expliqua que les patientes du SUMI étaient spéciales, que parfois elles traitaient mal le personnel. Elle ajouta que les assurées, elles au moins, avaient des droits qui leur octroyaient une certaine exigence, contrairement aux femmes du SUMI.

Au delà des discriminations culturelles et sociales, des discriminations envers les adolescentes ou les patientes pour avortement incomplet sont souvent dénoncées dans les services de santé reproductive et sexuelle. Les adolescents de l'atelier du CIASE expliquaient que les adolescents avaient honte de se rendre aux centres de santé pour notamment demander un moyen de contraception : « *comment vont-ils nous traiter ? Que va dire le docteur ?* ». Une participante de l'atelier « santé maternelle » racontait que lorsqu'elle était à l'hôpital, il y avait dans sa chambre une jeune de plus ou moins 16 ans qui venait d'accoucher, et qui se contorsionnait. Lors de la visite générale, décrite avec beaucoup de personnel, la participante expliquait que le docteur, en voyant que la jeune femme avait uriné dans son lit, s'était fortement énervé en disant « *comment vas-tu être mère si tu continues à faire pipi dans ton lit... Cela te convenait mieux de jouer à la poupée* ». Cette anecdote choqua les autres participantes par le manque de respect total du médecin envers l'adolescente.

Une autre illustration de cette discrimination envers les jeunes reste le frottis. L'ancienne norme recommandait cet examen ('PAP') à l'âge de 25 ans. Aujourd'hui, le PAP est conseillé dès la première relation sexuelle (prise en considération d'une nouvelle population à risque). Or, selon les entretiens, la norme des 25 ans reste en vigueur. Nombreux sont les cas de refus de PAP chez les adolescentes. Cela témoigne notamment du tabou relatif à la sexualité, du réel conservatisme de la société à ce propos. « *Les grossesses des adolescentes sont-elles tolérées par les médecins ?* ». Les docteurs considéraient une grossesse 'normale' entre 22 et 38 ans, répondit un docteur.

D'autres études signalent que le mauvais traitement provenait des prestataires en particulier envers les femmes qui arrivaient pour avortement incomplet ou en cours⁸³¹. Lors de l'enquête de terrain, on n'observa pas d'attention discriminante de la part du personnel médical envers ces patientes. « *Quando las mujeres se rendent aux services, c'est souvent après avoir souffert une longue période de douleur, saignant et fréquemment avec de sévères complications, principalement une importante séquelle ou la mort (Rance, 1993). Généralement, les femmes n'admettent pas qu'elles ont eu un avortement parce qu'elle courent le risque d'être maltraitées et dénoncées à la police* »⁸³².

Lors de l'enquête de terrain, si une Doctoresse racontait qu'elle avait déjà surpris un cas de maltraitance par une infirmière au sein de l'hôpital, et si certaines anecdotes de patientes ont confirmé cette discrimination, notamment envers les femmes de polleras ou les paysannes, il ne fut observé aucune relation discriminante ou irrespectueuse.

Des praticiens et infirmières se contentaient de leur travail ; mais certains développaient des relations affectueuses avec les patientes. Dans les services de maternité, des infirmières et des femmes de ménages conversaient avec les patientes ; elles offraient leur aide et soulageaient les mères dont le bébé ne cessait de pleurer, elles changeaient les bébés. Les auxiliaires sont cependant apparues comme les plus délicates et aimables. En général, les docteurs alimentaient un climat de confiance. Ils tutoyaient les patientes et leur parlaient avec humour. Ils les appelaient avec des noms affectifs tels que « *mon amour* », « *reine* », « *cœur* », « *hijita* » (ma petite fille). Cependant, un des médecins les appelait « *gorda* » (« *grosse* ») peut-être de façon affective mais qui paraissait déplaire aux patientes pour être un terme péjoratif⁸³³. A l'hôpital de La Paz, les docteurs des consultations semblaient plutôt aimables avec leurs patientes. En passant dans le couloir d'attente, ils les saluaient et prenaient de leurs nouvelles. Certains n'étaient pas pour autant chaleureux, mais ils plaisantaient avec douceur.

Cependant, certaines relations, notamment avec les étudiants, se sont avérées froides et surtout peu affectueuses. Furent observées de nombreuses orientations et recommandations quant à l'allaitement. Mais le personnel ne se montrait pas toujours aimable quand une patiente n'arrivait pas à allaiter son enfant, ou lorsqu'elle n'avait pas suffisamment de lait. On observa un étudiant qui expliquait à une mère comment donner le sein à son bébé de façon peu pédagogue : « *on dirait jamais que je t'ai montré!* » (« *Jamás parecería que te he mostrado!* »). Il existait comme une tendance à culpabiliser les mères qui n'allaitaient pas correctement leur enfant. D'autres étudiants s'adressaient aux patientes de façon directe et peu délicate. Ils demandaient par exemple aux femmes : « *T'as fait pipi ? T'as pas fait pipi ?!* » (« *¿Has hecho pis? ¿No has hecho pis?!* »), avec un ton relativement sec. Un jour, dans la salle d'accouchement, un étudiant complétait l'histoire clinique de la patiente qui venait d'accoucher, allongée sur la table gynécologique. Il lui demandait des informations avec peu d'amabilité. De plus, la patiente, fatiguée et faible, parlait à voix basse. Et l'étudiant, à voix haute, disait « *Quoi ?!?!* ».

⁸³¹ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996.

⁸³² « *Cuando las mujeres acuden a los servicios, es usualmente después de haber sufrido un largo periodo de dolor, sangrado y frecuentemente con severas complicaciones, principalmente una importante secuela o la muerte (Rance, 1993). Adicionalmente las mujeres no admiten que han tenido un aborto porque corren el riesgo de ser maltratadas y denunciadas a la policia* » (Campaña 28 de Septiembre, publicación del 10/08/2002).

⁸³³ En Bolivie, on appelle également 'gorda' une femme enceinte.

Le traitement médical

Au-delà du traitement humain, par rapport aux soins et à l'attention, les docteurs et surtout les étudiants ne se montrèrent pas d'une réelle délicatesse dans leur pratique. Certaines patientes évoquèrent la douleur qu'elles sentaient lors des auscultations, des soins. D'autre part, des négligences ont été racontées et observées. Une mère atteinte de syphilis avait mis au monde un bébé également affecté. Or, une infirmière expliqua que normalement cela se détectait lors des contrôles prénataux, et un traitement pouvait éviter une telle transmission. Mais la maladie ne fut pas décelée et désormais l'enfant devait suivre un traitement intensif.

Aux informations boliviennes télévisées, le 7 décembre 2005, l'hôpital d'El Alto étudié fit l'objet d'un scandale, à la suite de la mort d'une mère et de son enfant. La famille de la victime accusait l'hôpital de négligence et faute médicales.

Lors d'un atelier, les participantes illustrèrent la « mauvaise » attention médicale, la négligence de certains médecins. L'une d'entre elles racontait qu'elle avait un kyste et son médecin ne jugeait pas nécessaire de l'opérer. Elle expliquait qu'elle avait alors changé de docteur qui l'opéra immédiatement. Une autre participante racontait qu'il y avait 11 ans, elle avait eu une hémorragie qui requérait un LUI, alors illégal. Le médecin était de bonne réputation et pourtant elle expliquait qu'elle avait jusqu'à maintenant des problèmes liés à cette intervention. Enfin une femme est intervenue pour raconter la négligence d'attention pour sa première grossesse : les docteurs pensaient que le bébé était mort dans son ventre ; ils optèrent alors pour une césarienne et le bébé sortit en pleurant.

Dans cet atelier, l'attention médicale fut un thème récurrent. Des anecdotes présentèrent la qualité de l'attention médicale, technique et humaine. Certaines ne se sont pas plaintes, mais la majorité jugeait l'attention de mauvaise qualité, marquée par la négligence, l'irrespect, l'expédition des consultations, et le manque d'information. Le gynécologue, homme ou femme, a été décrit comme une personne froide, imbue de soi-même, qui ne respectait pas l'intimité de la femme, qui parfois jugeait la patiente, et qui utilisait un vocabulaire bien spécifique et incompréhensif.

Une attention médicalisée

Selon une étude de Family Health International, la plupart du personnel médical ne réalise pas les 6 éléments essentiels pour une communication interpersonnelle efficace : assurer la confidentialité de la consultation, demander à l'utilisatrice de répéter ce qu'elle a entendu lors de la consultation, répéter l'information, corriger les messages erronés ou l'information incorrecte, donner l'information sur la santé sexuelle et reproductive, féliciter la patiente d'être venue consulter. La plupart des professionnels de santé utilisent 3 techniques interpersonnelles essentielles : l'utilisation du silence, questions ouvertes et résumé de la communication. Malheureusement, peu utilisent les 3 autres techniques : clarification, réflexion et paraphrase⁸³⁴.

⁸³⁴ Family Health International, « Bolivia Salud Reproductiva. Resúmenes de investigación », FHI, 2000, Mauricio Espinoza Mam, Potentialités et déficiences dans l'utilisation des techniques de communication interpersonnelle entre professionnels de la santé dans les hôpitaux publiques et les patients concernant l'avortement incomplet, Thèse de l'Université Catholique, La Paz, 1999.

L'information et la communication

Sur tous les murs des hôpitaux observés, étaient exposées des affiches informatives, relatives à la santé reproductive et sexuelle, au SUMI, à la grossesse, aux méthodes de contraception : une affiche intitulée “*Aqui cumplimos con los 12 cuidados esenciales del recién nacido*” (« Ici, nous accomplissons les 12 soins essentiels du nouveau né ») ; une affiche sur « *la MELA, un acte d'Amour* » ; une autre sur la Défense de la Vie. D'autres affiches présentaient des photographies ou des dessins avec de simples phrases d'explication sur les différentes méthodes contraceptives proposées en Bolivie : la MELA, l'abstinence périodique, la tablette vaginale, le stérilet, le préservatif, la pilule, les injections, la contraception chirurgicale volontaire.

Dans le couloir d'attente des consultations extérieures, on note également de nombreux posters ou panneaux sur “*los cuidados de la mujer*” (les soins de la femme avec le frottis, notamment), sur l'évolution du bébé dans le ventre de la mère... D'autres expliquent le SUMI, le Seguro Universal Materno Infantil depuis 2003, remplaçant le Seguro Nacional de Maternidad y Niñez ; cependant des affiches sur le Seguro Nacional de Maternidad y Niñez sont encore exposées. Enfin, une grande photographie d'un bébé blond aux yeux bleus (Publicité Nestlé) est accrochée sur l'un des murs du couloir ; un bébé qui ne ressemble en rien aux bébés des patientes.

Les femmes se sont montrées peu attentives aux diverses affiches exposées dans le couloir d'attente. L'attente restait passive, l'attention absente. Cependant, on a pu observer un couple dont le conjoint était en train de lire le livret de grossesse de sa compagne, sur les étapes de la grossesse, puis ils en discutèrent. De même, une jeune femme, en attendant, feuilletait un petit livret sur l'allaitement. Enfin, l'attente longue, dans un couloir sombre et peu chaleureux, engendrait parfois des discussions entre les patientes. Les femmes se racontaient leur(s) expérience(s) de la grossesse, de l'accouchement, ou celles de leur entourage, comme la belle-sœur ou la sœur. Lors d'une conversation entre deux patientes, l'une d'entre elles raconta que sa sœur, à sa deuxième grossesse, subit une césarienne, ce qu'elles ne comprenaient pas : « Bah ! Au deuxième ! » (“*Como pues, al segundo !*”). Les divers dialogues montrèrent que les femmes semblaient méconnaître certains mécanismes de la santé reproductive et sexuelle, et surtout les raisons de leur consultation, qu'elles évoquaient de façon floue, par pudeur ou par manque d'information. Elles n'avaient pas l'automatisme de regarder les différentes affiches informatives exposées sur tous les murs de la salle d'attente ; mais elles se sont avérées intéressées par les livrets de leur grossesse, ou par les présentations proposées par le personnel médical.

Dans un hôpital, une matinée, durant environ 1 heure, un interne et une infirmière firent un bref exposé sur les vaccins recommandés pour l'enfant, dans la salle d'attente des consultations extérieures. L'interne détailla ces différents vaccins, couverts par le SUMI, et proposés dans les centres de santé ; il exposa également les diverses maladies que ces vaccins prévenaient. Les explications de l'étudiant ne semblaient pas toujours très claires, le vocabulaire utilisé pas toujours très simple. De plus, il présenta les effets secondaires de chacun des vaccins, qui pourraient facilement être dissuasifs. En revanche, l'infirmière s'est montrée plus claire et pertinente. Elle s'adressait aux patientes non en tant qu'infirmière mais en tant que mère : “*Nosotras, las madres...*” (« Nous, les mères... »), ce qui, par ailleurs, lui conférait plus de crédibilité. Cette présentation sur les vaccinations des nouveaux-nés suscita un vif intérêt de la part des personnes en attente. De nombreuses femmes se sont rapprochées pour écouter. Certaines sont intervenues, ont posé des questions et se renseignèrent sur les

traitements des diverses maladies exposées. L'exposition généra également des discussions entre les patientes, qui ne semblaient pas connaître les symptômes des maladies présentées.

Cependant, lors de l'étude, la communication et l'information ne sont pas toujours apparues comme diffusées ou prioritaires : peu de temps leur était consacré. Une des participantes de l'atelier mené parmi les Manzaneras de Salud, justifiait la mauvaise attention par le manque d'information reçue lors des consultations, synonymes de simples auscultations. Selon certains diagnostics, notamment *Expandiendo opciones de Planificación Familiar, Diagnostico cualitativo de la atención en Salud Reproductiva en Bolivia*, dans certains hôpitaux des villes visitées, les usagères ont déclaré qu'elles ne se sentaient pas satisfaites de l'attention, étant donné que le temps d'attente était long, les consultations rapides, et que le médecin ne parlait pas avec elles.

Lors des visites médicales quotidiennes dans les services gynécologiques et obstétriques observés, les patientes hospitalisées n'étaient pas toujours auscultées et consultées, et attendaient pourtant dénudées dans leur lit. Les médecins responsables se fiaient en général aux histoires cliniques, complétées par les étudiants. Ils questionnaient les patientes mais, dans l'ensemble, ils ne semblaient pas attendre ou écouter leurs réponses. Les médecins donnaient très peu d'explications, de recommandations aux patientes ; ils informaient et interrogeaient surtout les élèves. Ces visites médicales étaient plus un échange entre les élèves et les docteurs, étaient plus une classe, un cours pour les internes qu'une véritable attention aux patientes. Les recommandations aux patientes avec autorisation de sortie, sur la nourriture, les soins, les visites postnatales, n'étaient pas systématiques. Seul un docteur détaillait ces recommandations pendant les visites médicales, en évoquant "*se dice*" (« *on dit* ») comme pour indiquer que ce n'était pas des règles et que la patiente pouvait choisir.

Lorsque commençaient les visites familiales, les blouses blanches disparaissaient, peut-être pour préserver une certaine intimité entre la famille et les patientes. Cependant, aucun docteur ou interne n'était là pour informer ces mêmes familles qui voulaient des précisions, ou des informations sur les patientes. On a ainsi observé un certain manque de communication. Les patientes ne savaient pas, par exemple, qu'elles pouvaient laver leur enfant par simple requête auprès du personnel. Personne ne les informait à ce propos, alors qu'il existait une demande à cet égard.

Les médecins rencontrés étaient réputés être de bons spécialistes, et se sont avérés de bons professeurs. Mais l'attention médicale s'est révélée être essentiellement médicale, en dépit des relations humaines. Lors d'une visite générale, un docteur expliqua aux étudiants qu'ils ne devaient pas avoir de compassion pour les patientes : "*No hay que llorar con la paciente*" (« *il ne faut pas pleurer avec la patiente* »), une barrière, une protection nécessaire pour la profession, mais qui est apparue excessive.

La Recommandation Générale n°24 rappelle que « *les femmes ont le droit d'être pleinement informées, par du personnel convenablement formé, des possibilités qui leurs sont offertes lorsqu'elles consentent à un traitement ou se prêtent à des tests, et notamment des avantages probables et des inconvénients éventuels des procédures proposées ainsi que des solutions de rechange* » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 20).

Comme le montre Ineke Dibbits, dans une étude de 1994, les médecins n'expliquent souvent pas le diagnostic et les options de traitement aux femmes⁸³⁵. Une patiente rencontrée expliquait à ce propos que l'attention avait changé et s'était améliorée, puisque, avant les patients ne savaient même pas qui allait les opérer, ni pourquoi.

Pourtant, on observa peu de communication avec les patientes, qui ignoraient pourquoi elles prenaient un traitement, pourquoi elles n'étaient pas autorisées à sortir, ou pourquoi le nouveau-né était décédé. De nombreuses patientes, en particulier dans les services gynécologiques, ne savaient pas quand ou qui allait les opérer. D'autres ne connaissaient pas le nom de leur docteur, ou méconnaissaient ce qu'elles avaient. La patiente qui avait la syphilis ne connaissait pas la maladie : « *le pire c'est qu'avant, quand je suis tombée enceinte, 'tu es bien' m'ont-ils dit et maintenant 'tu es mal' (...). Je suis mal de mon sang. Et cette maladie, c'est grave ?* » (“*Lo peor es que antes que me embaracé, 'Estas bien' me han dicho y ahora 'Estas mal' (...). Estoy mal de mi sangre. ¿Y esa enfermedad es grave?*”). Cependant, elle savait qu'elle était tombée malade par relations sexuelles et que son mari devait également suivre un traitement. Son enfant était en couveuse et était sous un traitement : « *pourquoi ?* » demandait-elle. La mère d'une patiente dont le bébé était mort demandait des informations concernant sa fille car elle expliquait que personne ne lui avait donné d'information : « *que s'est-il passé avec ma fille, avec sa matrice ?* » (“*¿Que ha pasado con mi hija, con su matriz?*”).

Une participante de l'atelier mené au sein de la Fundación La Paz racontait qu'elle était prête à accoucher, que le bébé commençait à sortir, mais que le docteur et l'infirmière avaient poussé la tête du bébé vers l'intérieur. Quand le docteur décida que c'était le moment de l'accouchement, il lui fit deux petites incisions expliquant à ses étudiants comment on procédait et de quel type d'incisions il s'agissait. Le docteur ne donna aucune information à la locutrice qui ne comprenait pas ce qui s'était passé.

En général, les patientes avaient peu d'informations sur leur condition. Une patiente expliqua au docteur « *cela me fait mal docteur* » (“*me duele, doctor*”), ce à quoi il se contenta de répondre « *repos ma p'tite mère* » (“*reposo mamita!*”), sans donner de plus amples explications. Parfois, les patientes ne savaient même pas si elles étaient autorisées à sortir ou non, et pourquoi. Une patiente raconta que tous les jours, on lui disait qu'elle allait sortir le lendemain. Et pourtant elle était toujours là. Elle expliqua qu'elle avait l'impression que les docteurs se moquaient d'elle car toutes les autres s'en allaient quand le médecin leur avait promis une autorisation de sortie. Un docteur lui expliqua avec un ton sec qu'elle recevait des antibiotiques en intraveineuses et qu'il fallait finir le traitement avant de rentrer à la maison. Il s'agissait d'une patiente, mère seule de 3 enfants, apparemment très pauvre, qui venait d'accoucher d'un mort-né.

Très peu d'explications concernaient les médicaments distribués. Certaines recevaient un traitement sans même savoir pourquoi, ou ne connaissaient toujours pas les résultats des examens qu'elles avaient effectués. Une patiente, qui avait fait des examens d'urine, demanda au docteur les résultats. Celui-ci répondit que tout allait bien et ne prêta pas plus attention à la patiente. Une autre patiente, faible et endolorie, ignorait pourquoi elle devait prendre des médicaments. A l'hôpital alténien, certaines patientes consultaient leur histoire clinique mais n'y comprenaient rien. En général, les femmes ne demandaient pas d'informations, ne se

⁸³⁵ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliográfica*, non daté.

renseignaient pas et montraient peu d'intérêt lorsqu'on leur expliquait. Il existait comme une incommodité, une gêne de demander des informations aux médecins. A plusieurs patientes, on expliqua qu'elles devaient dire au médecin que les soins apportés leur faisaient mal, ou demander des précisions sur leur traitement. Mais au moment de la visite, les patientes restaient muettes et n'intervenaient pas.

Quand on demanda à la patiente, mère seule de trois enfants, si elle avait eu une ligature des trompes (comme cela était inscrit dans son dossier), elle ne répondait pas comme si elle ne comprenait pas la question ou ne connaissait pas la réponse. Une autre patiente, dont le bébé était en néonatalogie, ne savait pas si elle devait allaiter ou non son enfant. Une patiente enceinte de jumeaux ou jumelles souhaitait connaître le sexe de ses futures créatures pour leur acheter des habits. Mais les docteurs ne lui disaient rien. Dans ce cas, il était difficile d'informer les patientes, expliquait le docteur qui pratiquait les échographies, car il y avait beaucoup d'erreurs et les médecins préféraient ne pas se prononcer, pour éviter toute réclamation ou plainte.

Une patiente avait accouché très tôt le matin. Mais le bébé était né avec une malformation génitale. Au moment de l'entretien, quelques heures plus tard, elle n'avait toujours pas vu son enfant. On accompagna la patiente en néonatalogie où un auxiliaire expliqua qu'il fallait tout d'abord que la patiente voie le pédiatre. Il était alors environ 9 heures du matin. Plus tard, au moment des visites familiales, le père qui n'avait pas vu son fils non plus, sollicita des informations à propos d'une éventuelle opération. Le couple se préoccupait notamment du coût d'une telle intervention chirurgicale. Il était entre midi et midi trente. En réalité, peu de temps après l'accouchement, le bébé décéda. Et les parents, après plusieurs heures, ne le savaient toujours pas. Personne ne les avait prévenus. Eux, plein d'espoir, cherchaient des solutions pour résoudre le problème de leur fils, en vain...

Plusieurs patientes déclarèrent que les médecins ne conversaient pas et donnaient peu d'information. Ces patientes reconnaissaient le manque de communication mais elles évoquèrent, et cela fut également observé, des cas d'erreurs de la part des médecins, relatifs par exemple à la grossesse ou au sexe du bébé attendu. Ainsi, ce manque d'informations était relativisé par les patientes. Une patiente souffrait au niveau du ventre, et elle raconta qu'elle avait fait une échographie, mais qu'elle ignorait les résultats. Sa voisine de chambre déclara que la communication était très importante. Mais l'autre compagne expliqua que le docteur lui avait dit qu'elle attendait un petit garçon et qu'au final elle avait mis au monde une petite fille. Elle conclut que les résultats étaient bien relatifs, et qu'il n'était pas toujours nécessaire de les connaître. Il existe donc une certaine méfiance envers les médecins, et les examens médicaux.

Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz expliquaient qu'après leur accouchement, la majorité n'avait reçu aucune information ou recommandation, que malgré les douleurs dans le ventre, certaines ont eu une autorisation de sortie, le lendemain de l'accouchement. De la même manière, des études, telle que l'enquête menée auprès de 20 femmes qui ont avorté, montrent que la 'consejería' post avortement est inexistante dans la majorité des cas⁸³⁶. Les données du diagnostic établi par Alison Friedman, Claudia de la Quintana, Gretzel Jove, Timothy DN King, sur la situation des services d'attention post avortement dans le système public montrent que les femmes boliviennes qui utilisent les services de santé publique pour traitement d'urgence (dû aux conséquences d'avortement

⁸³⁶ Sandra Aliaga Bruch, Mery Quiton Prado, Maria Elena Gisbert, *Veinte Historias, un mismo tema : aborto*, Población Council, Mayo 2000.

incomplet) reçoivent généralement peu d'informations sur le diagnostic et le traitement, subissent une douleur inutile pendant le traitement et souvent sortent du service sans information ou conseil pour éviter des grossesses futures non planifiées⁸³⁷. Lors de l'enquête, on n'observa pas d'orientations spécifiques, de prévention de la pratique auprès des patientes hospitalisées pour menace d'avortement ou avortement incomplet.

L'orientation

Quelques patientes rencontrées ont reçu des informations relatives à la planification familiale.

*« Maintenant... avec... ce à quoi je pensais est... faire attention avec les injections (...). Non ?... Et au final, ce que m'a expliqué la doctoresse est qu'on ne peut pas utiliser cela parce qu'avec le bébé... »*⁸³⁸.

*« Je crois que je vais faire de la planification familiale. Comme me disait hier la doctoresse, elle nous explique, n'est ce pas ?... »*⁸³⁹.

*« Non... le mieux [selon les recommandations du docteur]. Les médecins te disent, non, jusqu'à deux ans (...) »*⁸⁴⁰ . .

L'orientation est une responsabilité des docteurs, des étudiants et de l'assistante sociale. Un docteur rappela et insista auprès des internes qu'ils devaient parler avec les patientes sur les thèmes considérés comme les plus importants : les consultations prénatales, l'allaitement et la planification familiale.

L'allaitement était un thème fréquemment abordé. Le personnel médical, les étudiants conseillaient les mères sur comment donner le sein à l'enfant, comment stimuler l'écoulement de lait, et leur expliquaient qu'allaiter était bon pour le bébé car le lait maternel diminuait les risques de maladie chez le nouveau né. Un interne de pédiatrie recommandait aux mères d'allaiter immédiatement l'enfant après l'accouchement car le premier lait représentait le premier vaccin pour l'enfant : *« il faut allaiter, pour que le bébé soit intelligent »* (“*Hay que dar de lactar, para que el bebe sea inteligente*”) disait-il.

La doctoresse Roxana Sahonero, du Département de la Planification à la CNS, expliquait que la CNS avait mis en place une formation sur l'allaitement auprès du personnel de santé, pour développer la pratique, et le sensibiliser à l'effet protecteur pour la mère (espacement des naissances), et aux avantages organiques pour l'enfant et la mère. A travers ce nouveau programme, il était préconisé de conseiller aux mères d'allaiter leur enfant jusqu'à ses deux ans. Là, la durée conseillée d'allaitement varie selon les médecins et les institutions (de 6-8 mois jusqu'à deux ans).

L'allaitement en tant que soin à l'enfant est un thème récurrent, largement conseillé et démocratisé. Cependant, l'allaitement en tant que méthode de contraception, de moyen d'espacement des naissances, ne fut jamais abordé par le personnel médical.

⁸³⁷ Alison Friedman, Claudia de la Quintana, Gretzel Jove, Timothy DN King, Diagnostico de la situación actual de los servicios de atención postaborto (APA) en el sistema de salud publico, 1999.

⁸³⁸ “*Ahora... con... lo que estaba yo pensando es que... cuidarnos con las inyecciones (...). ¿No ve?... Y al final, lo que me ha explicado la Doctora es que no puedo usar eso porque con el bebe...*”.

⁸³⁹ “*Yo creo que Planificación Familiar voy a hacer. Como me decía ayer la Dra, nos explica ¿no ve?...*”.

⁸⁴⁰ “*No... lo mejor [según las recomendaciones del Doctor]. Los médicos te dicen, no, hasta los 2 años (...)*”.

L'orientation aux patientes sortantes, ou en matière de planification familiale n'était pas diffuse, ou peu détaillée. Pourtant, il s'agissait de femmes, qualifiées par les médecins et le personnel, comme ayant « *trop* » d'enfants, qui méconnaissaient, pour la plupart, la planification familiale, et dont les grossesses n'avaient généralement pas été programmées. Cependant, il faut souligner que le travail de l'assistante sociale, chargée de l'orientation, a été très peu observé.

Durant l'investigation, des orientations en matière de planification familiale ont été observées. Un docteur conseilla à une patiente de 5 enfants d'attendre avant d'être de nouveau enceinte : « *Cela ne te convient pas d'être de nouveau enceinte... Cela complique ta santé* » (“*No te conviene vos que te embaraza... Complica tu salud*”) et lui évoqua la planification familiale. A une autre patiente, le docteur demanda « *alors cet accouchement ? Prête à revenir l'an prochain ? Non !... Que va-t-on faire. La couper au mari? La coudre?... Non, n'est ce pas?! Quand le bébé aura deux mois, vous devez aller à la consultation en planification familiale : il y a de nombreuses méthodes et vous devez choisir...* » (“*¿Que tal el parto? ¿Lista para volver el próximo año? ¡No!... ¿Que vamos a hacer? ¿Cortarlas al marido? ¿Coserla?... ¡¿No, no ve?! Cuando el bebé tendrá 2 meses, tiene que ir a asesora en planificación familiar: hay muchos métodos y tiene que elegir...*”). Ce docteur parla également du cancer féminin et surtout du frottis. Il demanda aux étudiantes présentes qui en avait fait un cette année : aucune d'entre elles. Le docteur expliqua alors que le frottis était recommandé tous les ans, et qu'il fallait sensibiliser les femmes à cet examen.

Ce même docteur expliqua à une patiente la planification familiale et les différentes méthodes. « *Si elle veut* » (“*Si quiere*”), intervint un étudiant. Pourquoi la planification ne fonctionnait pas ? Le docteur évoqua les grands-mères qui étaient un obstacle aux méthodes modernes, et les méthodes naturelles qui n'étaient pas les plus sûres. Il ajouta que chaque grossesse était un risque de mort chez les femmes, piliers de la famille (cela avait moins de conséquence quand c'était le mari qui mourait).

Il existait une certaine tendance à expliquer aux femmes de ne pas avoir « *beaucoup* » d'enfants parce que cela compliquait leur santé. D'autres le justifiaient en promouvant une éducation qualitative, offrant aux enfants l'opportunité d'étudier et de devenir avocat ou docteur. Un médecin orienta une patiente de 26 ans qui était mère de 3 enfants. Cela s'avérait « *beaucoup* » pour son âge, pour le médecin et les étudiants, en soulignant qu'elle allait pouvoir avoir des enfants pendant au moins encore 13 ans : « *C'est bien ! Tu vas peupler la Bolivie !* » (“*¿Que bien! ¡Vas a poblar Bolivia!*”), lui dit le docteur. On nota également une tendance à juger, voire culpabiliser les mères avec « *trop* » d'enfants.

Étaient principalement orientées les patientes de sortie, selon des critères de priorités comme le nombre d'enfants, le motif d'hospitalisation tel que les avortements incomplets. Cependant, pendant l'enquête, l'orientation s'est avérée faible et limitée. Les docteurs répondaient à une demande de la part des patientes ou leur expliquaient qu'il fallait qu'elles fassent attention, mais n'exposaient pas les différentes méthodes qui permettait un choix libre et autonome. Parfois, il n'y avait aucune orientation en matière de planification familiale. L'assistante sociale d'un des hôpitaux expliqua que cette orientation se faisait principalement en consultation extérieure. Aux femmes hospitalisées avec autorisation de sortie, l'assistante sociale complétait leurs fiches sociales, leur expliquait les procédures à suivre pour, par exemple, affilier le nouveau né à la CNS, leur conseillait d'attendre avant d'être de nouveau enceintes, et promouvait l'examen du frottis.

Les méthodes les plus promues et conseillées sont le stérilet et la ligature des trompes. L'assistante sociale expliquait que la pilule et les injections ne pouvaient pas être utilisées pendant l'allaitement, tout comme la méthode du 'ritmo'. Ainsi, le meilleur estimé pour les patientes de maternité était le stérilet ou la stérilisation. Un étudiant expliqua que le personnel recommandait essentiellement le stérilet car il était pris en charge par la CNS, les autres méthodes étant relativement chères. Il justifia également cette recommandation par le fait qu'en Bolivie « *le niveau de culture est bas* » (“*el nivel de cultura es bajo*”), que les femmes n'étaient pas responsables, éduquées, et surtout irresponsables en matière de planification familiale (pour utiliser la pilule notamment), et que les médecins étaient les mieux placés pour voir ce qui était le mieux pour les patientes.

Certaines patientes sont conscientes de ce manque d'orientation en planification familiale. L'une d'entre elles conseilla au sociologue de travailler avec les mères de l'hôpital, de faire des animations. A sa première grossesse, dans un autre hôpital, elle raconta qu'il y avait des vidéos, des discussions sur divers thèmes dont la planification familiale, ou l'avortement. Elle pensait qu'il devrait y avoir un bureau de conseils et d'orientation pour les mères, surtout celles du SUMI qui ont, selon elles, de nombreux enfants à la suite et peu de ressources. Elle expliqua que ces femmes auraient besoin d'être orientées en matière de contraception, et qu'il devrait y avoir des méthodes gratuites ou de moindres coûts. De même une orientation et une préparation pour les femmes qui étaient pour la première fois enceintes et qui allaient accoucher pour la première fois lui semblaient nécessaires. Elle insista sur le manque d'informations, et sur le fait qu'elle sortait le lendemain et que personne n'était venu lui parler de planification familiale. Elle supposait qu'il s'agissait peut-être d'un manque de personnel, mais selon elle, il devrait y avoir une personne spéciale chargé de l'orientation contraceptive.

Des membres du personnel médical semblaient également regretter le manque et la faiblesse de l'orientation, argumentant qu'il fallait mieux prévenir que guérir (“*mas vale prevenir que curar*”), ce qui de plus revenait beaucoup moins cher. Une infirmière se demandait alors si le fait d'avoir de nombreux enfants correspondait à une valeur ou un manque d'information (“*¿mucho valor o poca información?*”).

L'hôpital de la CNS avait jusqu'en 2002, un programme de santé reproductive et sexuelle, sous l'auspice de l'USAID, un programme qui suivait la méthode IEC (Information-Education-Communication). Les responsables de ce programme expliquèrent qu'il s'agissait d'un des projets les plus complets qui impliquait tout le personnel, et touchait de nombreuses femmes, à travers des vidéos informatives par exemple. Ce projet était implanté et le personnel avait les connaissances requises, mais il était suspendu par manque de ressources. Certaines personnes dénoncèrent plutôt un manque certain de volonté pour le réactiver.

Le respect de l'intimité

Si selon une étude de Parras en 1994, dans certaines révisions gynécologiques, les femmes étaient examinées vêtues de la ceinture jusqu'en haut (on ne les avait pas obligées à retirer leur 'pollera')⁸⁴¹, l'attention médicale observée fut marquée par un manque certain de respect

⁸⁴¹ Cette étude révèle une caractéristique importante puisque le fait de se dévêtir fut souvent évalué comme une barrière pour accéder aux services médicaux (Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté).

de la pudeur et de l'intimité des femmes dans les services de consultation gynécologique et obstétrique.

En effet, celles-ci viennent pour des consultations bien souvent intimes (obstétriques ou gynécologiques). Or, les portes n'étaient pas systématiquement fermées, et il était possible d'entendre ce qui se disait à l'intérieur. Le personnel de santé, étudiants, médecins, entrait dans les cabinets de consultations en frappant à peine ou sans même frapper. Lors de l'auscultation, l'intimité des consultantes était également en permanence ébranlée par la présence de multiples étudiants. Dans chaque consultation, étaient présents de 3 à 6 internes. Dans une des consultations, il y eut même un jour la présence d'environ 10 étudiants. Ceci interfère dans le respect de l'intimité de la patiente, et indirectement dans l'exercice de ses droits reproductifs et sexuels puisqu'on lui impose un traitement incommode, voire non désirable. Une jeune patiente, en entrant dans la salle de consultation, et en voyant tous les étudiant, s'esclaffa « *Oh non !* » (« *Ay no !* »). Dans la salle d'attente, deux patientes discutaient. L'une d'entre elles expliquait que « *les femmes devaient régulièrement faire des frottis, des échographies...* » (« *las mujeres tienen que hacer regularmente un PAP, echografías...* »). Elle ajouta que « *les étudiants portent préjudice ; ils sont tous là, en train de te regarder !* » (« *los estudiantes perjudican ; estan todos allí, mirandote !* »).

Ce manque d'intimité peut effectivement expliquer la rareté observée du frottis vaginal. Seule une patiente rencontrée demanda à n'être examinée que par le docteur. Une autre patiente refusait l'examen vaginal. Un des internes lui expliqua alors que si elle refusait par honte, seul le médecin pouvait effectuer le prélèvement vaginal. Dès lors, la patiente accepta.

Les révisions gynécologiques, telles l'examen du frottis vaginal, suscite la honte. Une des manzanas de Salud expliqua que beaucoup de femmes refusaient le 'PAP' car elles avaient peur qu'on leur détecte un cancer. Celle-ci se faisait faire des frottis mais pas dans son quartier. Elle allait à l'hôpital de la Femme à La Paz où personne ne la connaissait. La plupart d'entre elles déclarèrent préférer être auscultées par une femme car, selon elles, elle respectait plus l'intimité, en recouvrant notamment la patiente d'un drap lors de l'examen⁸⁴².

Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz critiquèrent la quantité d'étudiants, d'internes qui assistaient aux examens gynécologiques et obstétriques, et aux accouchements ; cela les dérangeait.

En effet, ce manque d'intimité est également dénoncé pour les accouchements. Les femmes interrogées dans le cadre d'une étude du CIASE, en 1991, rapportaient que les salles

⁸⁴² La majorité des participantes aux ateliers menés étaient conscientes qu'un des soins pour les femmes consistait en un examen gynécologique régulier. Mais moins de la moitié observée n'avait pas fait un tel examen dernièrement. Désormais, à la Fundación La Paz, les associées devaient faire un examen gynécologique des seins, de l'utérus et un prélèvement vaginal. Le frottis vaginal est une mesure de prévention qu'il convient de faire au moins une fois par an. Il permet de prévenir les cancers, les infections. Les femmes rencontrées racontèrent diverses anecdotes relatives au thème du frottis. Certaines ont expliqué qu'elles refusaient un tel examen par peur du diagnostic ; elles préféraient ne pas savoir. Si une maladie est révélée, leur principale préoccupation concernait les enfants. D'autres doutaient de l'efficacité et de la nécessité de l'examen. Une participante raconta que sa mère allait régulièrement consulter pour être examinée. Et rien n'avait été détecté. Or, la participante expliqua que sa mère était atteinte d'un cancer utérin, qui fut diagnostiqué trop tard. Enfin, d'autres femmes ne comprenaient pas à quoi servait cet examen puisqu'elles n'avaient jamais eu connaissance des résultats. Selon le Ministère de la Santé, le cancer du col de l'utérus constitue la première cause de mortalité chez les femmes, avec une incidence supérieure à 53 pour 100 000 femmes (Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007). La prévention par le frottis est très faible. Dans les régions les plus intéressées, elle n'atteint que 7% des femmes entre 25 et 49 ans.

d'accouchement étaient souvent froides, pénétrées de courants d'air, et que de nombreuses personnes y étaient présentes, y compris le personnel de nettoyage, ce qui troublait la privacité de la femme. Souvent, de nombreux étudiants en médecine assistaient aux accouchements hospitaliers sans le consentement de la femme⁸⁴³. Les accouchements observés étaient effectivement assistés par de nombreux étudiants et rythmés par des allers-retours incessants et permanents du personnel médical, sans la moindre préservation de la pudeur de la parturiente.

Par soucis d'intimité, la Doctoresse Soriano a expliqué qu'elle avait refusé le 'parto humanizado' à l'hôpital car les conditions ne s'y prêtaient pas : grande salle avec des lits les uns à côté des autres, sans rideau pour les séparer ; de plus, selon les pratiques de l'accouchement humanisé, le mari pouvait être présent, or, la doctoresse supposait que les patientes n'aimeraient pas que les maris des autres les voient.

La privacité n'est pas seulement liée à l'espace réservé ; ce concept est plus ample : il signifie chez certaines patientes de ne pas partager leur chambre avec les autres femmes hospitalisées, et pour d'autres, il renvoie à la position pour le travail d'accouchement qui permet de ne pas s'exposer⁸⁴⁴.

Si, dans un des hôpitaux d'observation, une auxiliaire, chargée d'emmener les patientes dans leur chambre après l'accouchement, se souciait de l'intimité des patientes, en les recouvrant d'un drap, en fermant les portes, en demandant aux visiteurs de sortir de la chambre, dans l'ensemble, le respect de l'intimité restait subalterne et aléatoire dans les services d'hospitalisation gynécologiques et obstétriques. Les portes des chambres n'étaient que rarement fermées, et le personnel entraînait souvent sans prévenir ou frapper.

Dans un des hôpitaux, lors des visites médicales, peu de docteurs responsables demandaient à fermer les portes ou tiraient les rideaux qui permettaient de séparer les lits des patientes pendant l'auscultation. Là, tous les étudiants et tout le personnel du service, ainsi que, de façon indirecte, toutes les patientes de la chambre, assistaient à l'examen de chaque patiente. Docteurs, assistance sociale, internes, infirmières, nutritionniste étaient 'agglutinés' autour du lit de la patiente dénudée. En général, un étudiant expliquait le cas clinique et donnait des caractéristiques parfois personnelles. Dans le service de gynécologie de l'hôpital de la CNS, la visite médicale n'était pas quotidienne mais hebdomadaire. Cependant, 16 personnes en moyenne assistaient à cette visite, une situation impressionnante qui pouvait facilement susciter le malaise. De plus, certaines négligences furent remarquées, comme laisser la patiente dénudée après l'auscultation.

Déshumanisation du traitement

L'infrastructure limitée et l'organisation inappropriée, les relations impersonnelles et essentiellement médicales, la non-rencontre entre les patientes et les docteurs, le manque d'échange communicationnel, informatif, et la carence d'orientation, le non-respect de

⁸⁴³ Rance 1995, CIAES 1991, in Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

⁸⁴⁴ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropologia, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996.

l'intimité et de la pudeur révèlent une attention médicale médicalisée, corollaire d'une certaine déshumanisation du traitement. En effet, l'attention médicale s'avère plus technique et biologique qu'humaine.

Dans le système médical 'moderne', les soins prénataux ciblent le biologique, sans prendre généralement en compte les aspects psychosociaux de la grossesse. Selon Ineke Dibbits, ce système se focalise également sur le moment de l'accouchement d'une façon réductionniste et technique.

Contrairement à la médecine traditionnelle, l'attention médicale dans les centres de santé est axée sur le biologique et la science. Il existe d'importantes différences entre l'attention de la 'partera' et celle au sein du service de santé pendant l'accouchement : au centre médical, suivi par moyen de contrôle de la dilatation du col de l'utérus, contrôle des signes vitaux, contrôle des contractions utérines de la femme enceinte sur le processus de travail d'accouchement ; avec la partera, respect de la position adoptée, appui avec massages et infusions permanentes, de médicaments naturels qui peuvent aider au travail d'accouchement et empêcher les douleurs intenses⁸⁴⁵. « *La majorité des systèmes de santé modernes traitent une femme enceinte comme si elle était malade, traitent l'accouchement comme si c'était un événement médical, et durant le post-partum, ils oublient la femme, parce qu'une fois qu'elle eut le bébé, elle cesse d'être importante. L'accoucheuse, avec son savoir de longtemps, est présente pour aider la femme à avoir une bonne expérience de sa grossesse. Pendant l'accouchement, elle aide la femme à mettre au monde son bébé. Pendant le post-partum, elle aide la femme à récupérer ses forces, lui enseigne comment allaiter, et la visite fréquemment pour voir comment elle et le bébé se portent* »⁸⁴⁶.

« *Les andins perçoivent le docteur comme une personne sans coeur parce qu'il coûte cher, les traite comme un machine et se maintient à l'écart d'eux. La méthode scientifique transfère ces caractéristiques au docteur. D'un autre côté, les andins aiment les guérisseurs qui leur font des massages, les consolent et communiquent avec eux* »⁸⁴⁷.

Rolando Aguirre Calderon, dans « Epilogo. Un nuevo Camino para alcanzar calidad en la atención »⁸⁴⁸, explique que la formation des médecins et des infirmières est basée sur les aspects biologiques de la maladie. Or, selon l'auteur, il est possible, au sein du personnel,

⁸⁴⁵ Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj, Population Concern, La maternidad en mujeres indigenas quechuas. Caso de Diez Ayllus de los Municipios de Caiza « D » y Cotagarta del Departamento de Potosi – Bolivia, 2003.

⁸⁴⁶ « *La mayoría de los sistemas de salud más modernos tratan a una mujer embarazada como si estuviera enferma, tratan al parto como si fuera un evento médico, y durante el post-parto se olvidan de la mujer porque una vez que tuvo al bebé, ella deja de ser importante. La partera, con su sabiduría de años, esta allí para ayudar a la mujer a tener una buena experiencia con su embarazo. Durante el parto, ella ayuda a la mujer a dar luz a su bebé. Durante el post-parto ayuda a la mujer a recuperar sus fuerzas, le enseña cómo amamantar y la visita frecuentemente para ver cómo le va todo a ella y al bebé* » (Nuestro cuerpos, nuestras vidas, New York Siete Cuentos, 2000, "El Aborto", pages 413-440).

⁸⁴⁷ « *Los andinos perciben al doctor como una persona sin corazon porque cobra caro, los trata como una maquina y se mantiene aparte de ellos. El método científico le transfere estas características al doctor. Por otro lado, los andinos aman a los curanderos que les hacen masajes, los consuelan y se comunican con ellos* » (Bastien repris in Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté).

⁸⁴⁸ Rolando Aguirre Calderon, "Epilogo. Un Nuevo camino para alcanzar calidad en la atencion", in Ineke Dibbits, Mariska de Boer, *Encuentros con la propia historia – Interculturalidad y Trato Humano desde las perspectivas de un equipo de salud*, TAHIPAMU, 2002.

d'associer une conception biomédicale avec la cosmovision culturelle, d'articuler la science avec la culture car la médecine est aussi un art. Mais le problème est que le travailleur de santé prétend être scientifique avant d'être artiste et préfère se situer sur un piédestal. Pour cela, il n'écoute pas, ne converse pas, ne discute pas et opte pour interroger, donner des indications et ne pas expliquer. Dans cet espace, la qualité a perdu son sens.

La médecine continue donc de concevoir le corps comme prédominant, comme une machine et le médecin comme un mécanicien. Par rapport à l'accouchement, le médecin serait le superviseur/technicien ; l'utérus, une machine au sein d'une grande machine ; la femme, la travailleuse (« travail d'accouchement ») et le bébé, « le produit ». La préoccupation pour la santé de la femme devrait se traiter depuis une perspective intégrale, aussi bien mentale que physiologique⁸⁴⁹.

Dans l'ensemble, les soins de santé répondaient et répondent toujours basiquement à un modèle médical hégémonique, où l'acteur principal est le prestataire médical, sans même prendre en compte la femme comme un sujet de droits qui évolue dans des espaces sociaux et culturels spécifiques.

« C'est nécessaire d'améliorer les relations interpersonnelles et, en général, la qualité d'attention, en renforçant le respect et le dialogue interculturel et de genre »⁸⁵⁰. Car la qualité des soins médicaux entendue comme qualité humaine, qualité technique et qualité de gestion institutionnelle⁸⁵¹, et définie, selon Bruce par les relations interpersonnelles, la privacité, la 'consejería', l'information, la référence, le libre choix et la projection dans la communauté⁸⁵², conditionnent et déterminent l'exercice des droits en matière de santé, des droits reproductifs et sexuels des femmes en particulier.

D'autre part, les études et les entretiens révèlent que parmi les prestataires de santé, il n'y a pas de concept clair sur les droits reproductifs et sexuels de la femme.

Sous utilisation des services

Il existe une sous-utilisation des services de santé reproductive et sexuelle, qui est due à toute cette série de barrières qui font que les femmes ne s'y rendent pas parce qu'ils ne sont pas adéquats à leurs patrons culturels, pour leur coût élevé ou l'accès difficile. L'enquête de Denise Arnold et de Juan de Dios Yapita montre que le poste sanitaire est sous-utilisé tant pour raisons économiques que socioculturelles⁸⁵³. Les causes principales de cette situation

⁸⁴⁹ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁸⁵⁰ "Es necesario mejorar las relaciones interpersonales y, en general la calidad da atención, fortaleciendo el respeto y el dialogo intercultural y de género" (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropologia, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico cualitativo de la atencion en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 49).

⁸⁵¹ *Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en Salud Sexual y Reproductiva*, CIDEM-FHI, 1999, page 28.

⁸⁵² Bruce, 1990, repris in Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropologia, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *op. cit.* .

⁸⁵³ Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indigena, chola o birlocha en Bolivia postcolonial de los años 90*, 1996.

sont donc autant économiques (manque d'argent) que socioculturelles ou liées à la qualité de service, à la méfiance de la médecine occidentale, à la honte.

En général, des études révèlent que les femmes ne se rendent pas aux centres médicaux par honte, peur ou discrimination. De nombreuses femmes ne rendent pas de façon immédiate à l'hôpital, et attendent plusieurs jours avant d'être hospitalisée, malgré les souffrances ou la perte de sang, en cas de grossesse. Selon Maria Dolores Castro M., de Population Council, la peur d'aller aux services de santé repose sur les appréhensions d'un mauvais traitement, d'un manque d'intimité, de langage simple et clair, des difficultés pour obtenir une consultation, sur un sentiment de discrimination dans les services de post-avortement.

Dans un pays où se maintient la médecine traditionnelle, comme en Bolivie, les malades attendent jusqu'au dernier moment ou décident de ne pas y aller. Les hôpitaux sont en général caractérisés par la froideur et l'impersonnalité. D'autres facteurs de dissuasion s'avèrent la nourriture, la présence de patients inconnus et gravement malades, le manque d'hygiène⁸⁵⁴.

Le contrôle prénatal apparaît comme impopulaire, en particulier dans le domaine rural et marginal. Selon la révision bibliographique *Expandiendo opciones de planificación familiar, Diagnostico Cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, les principales raisons pour ne pas assister aux visites prénatales sont le manque d'argent (argument relatif puisque ces contrôles sont désormais pris en charge par le SUMI), le manque de confiance envers les médecins, la peur d'être maltraitée et la honte face aux médecins hommes. Une étude entreprise par le projet Mothercare auprès des femmes aymaras et quechuas de Cochabamba (1994) montrait que la plupart des femmes enceintes qui avait consulté l'avait fait à cause d'un problème. Ces femmes déclaraient qu'elles n'étaient pas satisfaites de leur visite car elles furent seulement pesées, questionnées et n'avaient obtenu aucune information sur l'enfant, comme elles l'espéraient. La participante enceinte de l'atelier de la Fundación La Paz expliquait qu'elle n'avait toujours pas fait de visite prénatale par « flemme » (« flojera ») et parce qu'elle se sentait très bien. Elle racontait qu'à sa dernière grossesse, elle avait fait des contrôles tous les mois, et qu'à chaque consultation, le médecin lui disait que tout allait bien. Cette fois-ci, elle n'était pas motivée pour recommencer, elle n'en voyait pas l'intérêt. Selon CONAPO, l'absence de contrôles prénataux se justifie par le coût, la distance, l'inexistence de service, parce qu'ils sont estimés non nécessaires, par la honte, la peur, et le manque de temps⁸⁵⁵.

De même, certaines femmes boliviennes se montrent réticentes quant à l'accouchement dans les services de santé. Ineke Dibbits (1994), qui explora les points de vue des femmes aymaras à El Alto, observa que les femmes n'aimaient pas être hospitalisées pour l'accouchement, car les conditions d'hygiène étaient insatisfaisantes. De plus, les femmes s'étaient aperçues que les prestataires pensaient que la pauvreté véhiculait un manque d'hygiène⁸⁵⁶.

Par rapport aux maternités, l'enquête de MotherCare liste parmi les plaintes : des services chers et non effectifs, des attentes longues, un personnel qui maltraite les patientes, des chambres froides, les patientes laissées dénudées, peu d'attention, un important nombre de personnes, notamment des étudiants, qui assiste à l'auscultation intime de la zone vaginale,

⁸⁵⁴ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994, page 54.

⁸⁵⁵ Silvia Salinas Mulder, « Demography from the soul ». Bolivia, Final Research Report, December 2000.

⁸⁵⁶ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliográfica*, non daté.

l'accouchement impersonnel, contrairement à la maison, où la naissance est un événement intime, auquel ne participe que le mari ou la famille proche.

Certaines des manzanas de salud expliquaient qu'elles rejetaient l'accouchement institutionnel car elles pensaient qu'à l'hôpital, la plupart des accouchements se faisait par césarienne⁸⁵⁷.

Si l'on considère que ce sont les utilisateurs les principaux diffuseurs de services dans la communauté, leurs expériences négatives, leurs a priori peuvent influencer la décision des autres utilisateurs et potentiels utilisateurs pour qu'ils n'accèdent pas aux services.

Le milieu médical est extrêmement critiqué, y compris par le Ministère lui-même, et appréhendé comme une importante barrière pour l'application d'une santé reproductive et sexuelle de qualité et l'exercice des droits reproductifs et sexuels. Il existe un conflit latent entre les pratiques hospitalières et les normes ministérielles, qui préconise le respect des cultures, de genre, de l'accouchement humanisé entre autre. La médecine bolivienne (occidentale/moderne) est restée idéologiquement conservatrice et autoritaire. Est souvent dénoncée à ce propos la distance sociale et culturelle entre le médecin et la patiente. Le médecin est mis sur un piédestal. Ainsi, il suscite la peur, le malaise. La consultation reste sous l'entier contrôle, sous la domination du docteur, au détriment du respect des droits des patients.

Les personnes consultées dénoncent, au delà de ces problèmes déontologiques, des services inefficients voire médiocres (matériel, personnel, attention, qualité). Le système de santé est appréhendé comme étant uniquement une infrastructure, occultant ainsi l'importance de la qualité de l'attention, des relations humaines. Les pratiques médicales sont perçues comme mauvaises, ainsi que l'éducation des médecins, une éducation qui ne s'adapte pas aux nécessités de la population. Malgré tout, des incidences générationnelles démontreraient une plus forte confiance des services chez les jeunes femmes (selon une enquête du FCI).

Le respect des patientes, de leur pudeur, intimité ou culture ne s'est pas avéré systématique, ce qui peut susciter un rejet du milieu médical. L'attention est apparue essentiellement médicalisée. Les services n'appliquent pas l'accouchement humanisé. Lors d'un programme de télévision, « Encuentro y desencuentro » présenté par Elisabeth Salguero, importante sociologue féministe en Bolivie, sur le « Parto Humanizado », commenté par Ineke Dibbits, Ana Maria Mc Donald et Marcela Lagarde (mai 2004), les participantes ont insisté sur le fait que le « parto humanizado » n'était pas uniquement lié à la culture, à la position en 'cuclillas' par exemple, comme beaucoup le pensaient. Il s'agissait du respect de la femme, de son choix pendant ce moment qui marquera sa vie.

Comme le disait Hugo José Suárez, il s'agit ici de répondre aux nécessités tant biologiques que culturelles. Ainsi, de nombreux acteurs rencontrés revendiquaient la sensibilisation du personnel médical à la notion de respect mutuel, d'interculturalité et de renforcement de l'empowerment communautaire.

⁸⁵⁷ Il est vrai, qu'avant le SUMI, les accouchements se transformaient souvent en césariennes, l'intervention étant plus chère. La césarienne peut être inévitable, mais elle revêt parfois un acte commercial rentable, notamment dans les cliniques privées. Désormais, dans les hôpitaux publics, le SUMI prend en charge les césariennes, ce qui évite les excès. Après trois césariennes, une autre intervention s'avère dangereuse.

Sentiments de maltraitance, de discrimination, d'exclusion (démontrés par de nombreux travaux) limitent ainsi les consultations médicales et les fréquentations des services de santé (les démarches juridiques dans de tels cas sont très rares). La culture médicale constitue une barrière à l'exercice des droits reproductifs et sexuels. Il apparaît donc comme une nécessité que la femme soit soignée avec qualité et qu'elle prenne ses propres décisions en matière de reproduction et de sexualité.

PEUT-ON PARLER DE DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS EN BOLIVIE ?

« Les droits en matière de reproduction reposent sur 'la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit à tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction'. Le droit repose aussi sur le 'droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme' »⁸⁵⁸. Les droits reproductifs et sexuels sont les droits que toute personne a pour décider avec qui, quand et comment avoir, ou non, des relations sexuelles et des enfants. Ce sont les droits qui garantissent la libre décision sur son propre corps dans les sphères sexuelles et reproductives. Population Concern, dans un document intitulé *Iniciativa de salud reproductiva en la región andina*⁸⁵⁹ définit le droit de décider sur son propre corps comme la possibilité d'exercer une sexualité saine et 'placentera', indépendante du sexe, de l'état civil, de l'âge, de la condition sociale des aspects reproductifs, la possibilité culturelle d'expérimenter et exprimer les désirs érotiques, le droit de choisir les couples sexuels, de réaliser les pratiques souhaitées, la possibilité d'empêcher que d'autres personnes prennent des décisions sur son corps et accèdent à lui si on ne le souhaite pas, le droit de ne pas souffrir de maltraitance, ni de violence sexuelle.

Rappelons que les droits reproductifs, et implicitement sexuels, constituent un des principaux thèmes de la CEDAW. Dans son article 4, la Convention demande l'adoption de dispositions spéciales, notamment de mesures permanentes visant à protéger la maternité. L'article 5 définit la maternité comme fonction sociale et reconnaît la responsabilité partagée concernant les enfants. Les articles 10 et 12 évoquent la planification familiale et l'accès aux soins médicaux des femmes sur la base d'égalité avec les hommes, et la capacité, le choix de la femme par rapport au contrôle de sa fécondité. La Convention rappelle ici le devoir de l'Etat en matière de santé (mettre en place des services d'information, d'appui et de diffusion concernant la santé reproductive et sexuelle de la femme). L'article 14 souligne le droit d'accès à l'information, aux conseils et services en matière de planification familiale pour les

⁸⁵⁸ Nations Unies, *Les femmes dans le monde 1995 : des chiffres et des idées*, Nations Unies, 1995, page 81.

⁸⁵⁹ Emma Donlan Coady, Nery Humberto Ortega V., Lenny M. Morales Diaz (Ed.), *Iniciativa de Salud Reproductiva en la region andina – ISRRA*, Population Concern, 2003.

femmes rurales ; et l'article 16, la liberté en matière de reproduction, indépendamment du genre, des pratiques culturelles et traditionnelles.

Le niveau d'accessibilité apparaît comme déterminant. La CEDAW complète ce critère avec l'idée que l'Etat doit garantir l'égalité des hommes et des femmes dans l'accès aux services d'attention médicale, égalité dont le concept fait référence au pouvoir de décision, autonomie et capacité d'exercer librement ce droit. Les droits reproductifs et sexuels ne se réduisent pas, cependant, à l'accès aux services de santé. Ces droits ne peuvent se cantonner au domaine de la santé : une telle superposition mène au risque de médicaliser la sexualité et la reproduction. « *Aborder le domaine reproductif uniquement via la santé et non pas via les droits de citoyenneté s'inscrit en porte à faux avec le respect du libre arbitre des femmes. Ainsi, l'avortement, illégal et clandestin dans la grande majorité des pays d'Amérique Latine est souvent perçu comme un problème de santé publique lié au seul drame social de la pauvreté et non pas aussi comme l'expression de la libre disposition de soi* »⁸⁶⁰. De même, comme le définit la CEDAW, la reproduction n'est pas seulement une fonction biologique ; elle réunit également des « *fonctions sociales d'éducation et de socialisation des enfants, et de maintien de la famille dans toutes ses nécessités d'alimentation, de soin de santé, d'ordre et de propreté du foyer et l'appui affectif. Cette tâche revient aux hommes et aux femmes* »⁸⁶¹.

Les droits sexuels et reproductifs peuvent se définir « *en termes de pouvoir et de ressources: le pouvoir pour prendre ces décisions informées sur la fécondité, la procréation et le soin des enfants, la santé gynécologique et la créativité sexuelle, ainsi que les ressources pour mettre en pratique des décisions de manière sûre et effective* »⁸⁶². La campagne du 28 septembre revendique que « *les droits sexuels et reproductifs ont la même force que n'importe quel autre droit dans leurs multiples dimensions (...). Cela implique la défense de la sexualité libre, de la maternité volontaire, des préférences sexuelles, d'interrompre une grossesse non désirée (...)* »⁸⁶³.

Les droits reproductifs et sexuels sont reconnus au niveau international comme des droits humains, et sont assumés comme tels par de nombreuses organisations de la société civile. A la Conférence Mondiale sur les Droits Humains, à Vienne, en 1993, est déclaré que « *tous les droits humains, c'est-à-dire, les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, y*

⁸⁶⁰ Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », Cahiers des Amériques Latines, n°39, 2001, page 11.

⁸⁶¹ « *fonctions sociales de crianza y socialización de los hijos y de mantener la familia en todas sus necesidades de alimentación, cuidado de la salud, orden y aseo del hogar y apoyo afectivo. Esta tarea compete a varones y mujeres* » (Declaración Inka de los Derechos Reproductivos, Cusco 27 de Mayo de 1994, Centro de Formación en Género y Desarrollo, Unidad de Documentación, page 7). Cette déclaration fut formulée, en tenant compte des déclarations et compromis internationaux antérieurs comme la CEDAW, la Déclaration et le Programme d'Action de Vienne, la Déclaration Andine sur la Population et le Développement, et stimulée par les avancées du processus préparatoire de la Conférence Internationale sur Population et Développement, célébrée au Caire en 1994.

⁸⁶² « *en terminos de poder y recursos : el poder para tomar decisiones informadas sobre la fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijo/as, la salud ginecológica y la creatividad sexual, así como los recursos para llevar a la practica dichas decisiones de manera segura y efectiva* » (Correa y Petchesky, 1995, repris par Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en Salud Sexual y Reproductiva, CIDEM-FHI, 1999, page 23).

⁸⁶³ Campaña 28 de Septiembre « Por el Derecho a Decidir », Ley para la interrupción legal del embarazo, Bolivia, 2003.

*compris le droit au développement sont universels, indivisibles et interdépendants, et sont liés entre eux »*⁸⁶⁴. Ainsi, tous les droits humains ont même importance et force morale.

Les organismes qui défendent ces droits, tels que les ONG de femmes, définissent les droits reproductifs et sexuels comme « *des droits humains inaliénables et inséparables des autres droits basiques comme le droit à l'alimentation, à l'habitat, à la santé, la sécurité, l'éducation et la participation politique* ». Les ONG publient et diffusent des brochures, des volants présentant que « *les droits sexuels et reproductifs sont des droits humains* », ou « *une approche de droits humains, dont les droits reproductifs et sexuels* » (Volants et brochures du CIES). Les ONG et autres organisations justifient leur action et revendication relatives aux droits reproductifs et sexuels comme une défense des droits humains.

Les droits reproductifs et sexuels sont reconnus comme droits humains définis comme universels, mais ils répondent à une vision particulière où le principe de l'universalité fait perdre de vue la diversité et la multiculturalité du monde. Si on entend les droits culturels comme la reconnaissance et le respect des différentes cultures et leurs manifestations sociales, les droits humains, et les droits reproductifs et sexuels doivent répondre à un certain « *relativisme culturel* »⁸⁶⁵. Il existe une pluralité des femmes, notamment en Amérique Latine et en Bolivie, qui véhicule divers patrons reproductifs et sexuels. Chaque culture, chaque communauté a ainsi une vision particulière des droits reproductifs et sexuels, qui ébranle alors la notion d'universalité, et qui sont tout aussi respectables et à prendre en compte.

En Amérique Latine et aux Caraïbes, la revendication des droits reproductifs et sexuels conjugue les droits individuels, collectifs, civils et humains. Dans la région, « *les questions relatives à la reproduction et à la violence domestique, par exemple, n'ont traditionnellement pas été conçues en termes de citoyenneté et de droits humains (...). La notion de 'droits reproductifs' [puis sexuels] apparaît progressivement en réponse à une planification familiale jusqu'alors peu respectueuse de la liberté et de la santé de la femme* »⁸⁶⁶.

De par les mesures gouvernementales, les actions des ONG et agences de coopération et de développement, dans un contexte international et national plus propice et favorable, la Bolivie observe une certaine amélioration des indicateurs sociodémographiques, de la santé reproductive et sexuelle dans l'ensemble, mais la réalisation des droits reproductifs et sexuels reste vaine et difficile. Un rapport d'évaluation de Beijing par le VMM établit que « *les avancées en matière de santé reproductive et sexuelle démontrées dans les résultats du diagnostic sur la santé des femmes signalent que le pays n'a pas atteint ces mesures, indicateurs en accord avec la définition des droits reproductifs et sexuels comme partie des droits humains* »⁸⁶⁷.

⁸⁶⁴ « *todos los derechos humanos, es decir, los derechos civiles, culturales, economicos, politicos y sociales, y compris el derecho al desarrollo son universales, indivisibles e interdependientes, y están relacionados entre sí* » (apartado 213).

⁸⁶⁵ Sonia Montaño, « Los Derechos Reproductivos de la mujer », in Laura Guzmán, Gilda Pacheco Greamuno (comp.), *Estudios Basicos de Derechos Humanos IV*, IDH Serie Estudios de Derechos Humanos, tomo IV, 1996.

⁸⁶⁶ Bérengère Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », Cahiers des Amériques Latine, n°39, 2001, pages 24, 25 et 17.

⁸⁶⁷ « *los avances en materia de salud reproductiva y sexual que se evidencian en los resultados del diagnostico sobre la salud de las mujeres señalan que el país no ha alcanzado aquellas metas y indicadores acordes con la definición de los derechos reproductivos y sexuales como parte de los derechos humanos* » (Bolivia 5 años después de Beijing. Poder, Oportunidades y Autodeterminación para las mujeres en el Nuevo Siglo. Informe

Le Docteur Aramayo expliquait qu'en Bolivie, on n'avait jamais pu parler des droits des femmes par rapport à la reproduction et la sexualité au parlement, à travers la Commission de la Santé. Cependant, ce droit pouvait être abordé à travers les droits humains, étant donné que la Constitution défendait le droit à la santé. La commission travaille sur le thème des droits reproductifs et sexuels depuis 2003, pour son introduction dans la constitution. Mais le thème reste tabou car, selon le docteur, la constitution ne reconnaît qu'une seule religion officielle. Une loi serait en élaboration par la Commission des Droits Humains pour rappeler le droit à la santé qui figure dans la Constitution, une loi qui soulignerait l'exercice des droits reproductifs et sexuels.

La situation actuelle des droits reproductifs et sexuels en Bolivie, malgré les politiques destinées à les protéger, est caractérisée par la pression des préceptes moraux imposés par l'Eglise, l'Etat et le mercantilisme de la médecine, le manque de services de contraception, la faible qualité des soins obstétricaux, le manque d'information par rapport au corps et à la sexualité et la criminalisation de l'avortement. Les normes culturelles et traditionnelles, ainsi que les importants problèmes économiques limitent l'exercice des droits reproductifs et sexuels. De plus, le Ministère de la Santé, chargé des politiques en matière de santé reproductive et sexuelle, apporte une attention spéciale et presque exclusive au binôme mère-enfant. Les services de santé reproductive et sexuelle ont toujours pris en charge le rôle reproductif de la femme sans réellement considérer ses nécessités en tant que femme et non seulement en tant que mère.

Approche Intégrale

La santé reproductive et sexuelle est une composante de la santé intégrale biologique, mentale et sociale. Comme cela fut précédemment souligné, elle revêt un « *état général de bien être physique, mental et social dans tous les aspects liés au système sexuel et reproductifs, en conduisant à l'amélioration de la qualité de vie et des relations personnelles* »⁸⁶⁸. La reproduction est une conception qui inclut les dimensions psychosociales, économiques, culturelles, légales et biomédicales. De même, on ne doit pas penser la sexualité comme une fonction génitale ou procréatrice, sans la comprendre dans ses différentes dimensions : reproductive, érotique, psychologique, culturelle et sociale. Les composantes de la santé reproductive et sexuelle regroupent l'éducation sexuelle, la planification familiale, les soins prénataux, puis pendant et après l'accouchement, l'allaitement maternel, la prévention de l'avortement, la détection et le traitement des cancers féminins et les maladies sexuellement transmissibles. Une des composantes de la santé reproductive reste la planification familiale comme droit fondamental des couples et des individus à décider de façon libre et responsable du nombre et de l'espacement des enfants.

2000, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Genero, Generacionales y Familia, page 78).

⁸⁶⁸ “*estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema sexual y reproductivo, encaminado al mejoramiento de la calidad de vida y de las relaciones personales*” (Sandra Aliaga Bruch, *Es la salud sexual y reproductiva un tema clave ?*, PROCOSI, UNFPA, 1997).

On ne peut pas parler de santé reproductive et sexuelle, et des droits respectifs exclusivement en termes médicaux. La santé et les droits de la reproduction et de la sexualité doivent être considérés non seulement comme des aspects inhérents à la santé de la femme mais aussi comme des phénomènes sociaux, et en conséquence être étudiés dans une perspective ample, qui requiert notamment une lecture de genre, de génération et d'interculturalité (revendication récurrente des entretiens).

Maria Dolores Castro explique qu'en Bolivie la santé reproductive et sexuelle est intégrale mais qu'elle n'a jamais été appréhendée comme telle. Chaque ONG a travaillé avec sa propre approche, a personnalisé la santé reproductive et sexuelle. La politique reste axée sur la reproduction. De plus, les différents travaux sont fragmentés, isolés. Chez certains acteurs rencontrés, il semblait nécessaire de développer des réseaux sociaux, d'unir les services au réseau social en matière de santé reproductive et sexuelle.

La santé maternelle et reproductive

La santé reproductive était une composante importante du Plan Vie. A partir de 1990, est mise en place la Stratégie Nationale de Santé Reproductive, dont l'objectif est d'améliorer la santé materno infantile en Bolivie, affectée par la faible disponibilité et l'usage des services de santé reproductive de tout type. En 1995, apparaît la nécessité d'un nouvel ordre mondial, et naît le concept de développement humain. On commence à voir la femme dans tout son cycle vital, dépassant ainsi le binôme mère-enfant, et est introduite la santé sexuelle dans l'agenda international et national, et notamment bolivien.

Cependant, les politiques et les programmes de santé reproductive et sexuelle se sont limités à l'attention de la santé des mères et des enfants, et continuent d'être élaborés depuis une perspective qui privilégie la santé maternelle au détriment de ses autres composantes. Les mesures pour les femmes sont limitées à leur fonction reproductrice, percevant la femme comme responsable du binôme 'mère enfant'. De plus, la reproduction est généralement abordée comme un problème démographique, éthique ou moral : n'est pas prise en compte la situation individuelle et collective des femmes quant à leur propre reproduction⁸⁶⁹.

La nouvelle loi du SUMI est à cet égard très critiquée par les acteurs sociaux et politiques, car il s'agit selon eux d'un véritable retour en arrière. A la fin des années 80, le gouvernement alors en vigueur met en place le Seguro Materno Infantil, où l'accouchement était pris en charge gratuitement. En 1999, ce 'seguro' est remplacé par le 'Seguro Basico de Salud', qui couvre toutes les attentions primaires chez les enfants jusqu'à leurs 5 ans, et chez les femmes en âge fertile. En 2002, apparaît le SUMI qui réduit les prestations et couvre uniquement les femmes enceintes (la contraception est couverte seulement chez les mères, les femmes en post-couche). Il existe, selon Ivan Prudencio du FNUAP, diverses stratégies pour lutter contre la mortalité maternelle : attaquer les thèmes de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (exemples : quatre contrôles minimum de la grossesse ; attention de

⁸⁶⁹ A ce propos, Hanna Binstock (Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998) explique qu'il existe un accord sur le fait que la participation de la femme aux postes de décisions dans le domaine de santé serait déterminante pour une nouvelle approche de santé intégrale avec une vision de genre.

l'accouchement...); traiter la grossesse non désirée (ex : politique de contraception avec toutes les méthodes existantes) ; et s'attaquer éventuellement au problème de l'avortement. Le gouvernement, lui, a opté pour le SUMI. Or, cette nouvelle loi, cette nouvelle mesure, suscite de nombreuses critiques, unanimes chez les ONGs.

En effet, depuis la Conférence du Caire et l'adoption du Programme d'Action, le binôme 'mère enfant' avait été dépassé. Or, il ressurgit avec le SUMI puisque ce seguro ne couvre que les femmes enceintes et les enfants en bas âge. Les ONG, et autres acteurs rencontrés, considèrent que cette loi est perverse car elle réduit la femme à son statut de mère, à un utérus, en réintroduisant les binômes 'mère enfant', ou 'femme mère', jusqu'alors dépassés.

Certaines actions qui avec le Seguro Basico de Salud bénéficiaient à l'ensemble des personnes, avec le SUMI ne bénéficient qu'à la femme par rapport à sa fonction reproductrice et éliminent les prestations de services par rapport aux thèmes des droits sexuels et reproductifs. L'approche du SUMI est estimée rétrograde, comme un grand recul : la femme n'y est pas considérée comme le sujet intégral d'une politique de santé dans ses différentes étapes de vie et la cantonne à son rôle reproductif⁸⁷⁰. En considérant comme sujet principal le binôme mère enfant, les soins pendant et après l'accouchement, le SUMI ne couvre que 10% des femmes et laisse de côté les 24% en âge fertile. Le SUMI ne prend pas en compte non plus les adolescentes et les femmes du 3^{ème} âge.

Ainsi, si le SUMI, qui apporte une attention universelle de santé materno infantile s'avère une importante avancée politique, la Doctoresse Gabriela Justiniano de Reyes estime qu'il n'existe toujours pas d'approche ou de soins pour la femme sous forme intégrale. USAID, à ce propos, a exercé une importante pression sur le gouvernement et le Ministère a promis un seguro complémentaire. L'idéal souligné à de nombreuses reprises serait un seguro pour la femme et l'enfant.

En Bolivie, le binôme 'reproduction sexualité', entretenu par le machisme et l'Eglise Catholique, reste donc indissociable et d'actualité. Un des travaux de l'OPS à ce propos est justement de démythifier cette vision de la santé reproductive et sexuelle qui se réduit à la reproduction.

Et la santé sexuelle ?

Si le 'reproductif' apparaît désormais sur l'agenda officiel, le 'sexuel' semble en avoir été oublié et être resté sur l'agenda démographique. En effet, la santé sexuelle, entendue comme « *l'intégration des éléments corporels, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexuel, de façon à ce qu'ils soient positivement enrichissants et qu'ils favorisent la personnalité, la communication et l'amour* »⁸⁷¹, est peu diffusée et prise en compte. Et ce, malgré les recommandations du Caire. La santé sexuelle, selon Silvia Salinas Mulder, a souffert d'un grand recul. De même, la notion des droits reproductifs s'est nettement plus développée que

⁸⁷⁰ « A 10 años de El Cairo : Bolivia con desafíos pendientes », CDD – Fe Mujer, Vol. 1, n°10, Julio 2003.

⁸⁷¹ “*la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor*” (OMS repris par Roxana Sélum, *Más que Madres*, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria de Asuntos Etnicos, de Género y Generacionales, Subsecretaria de Asuntos de Género, 1996).

celle des droits sexuels. Un document de Population Concern⁸⁷² note que ces sept dernières années, il y eut une fusion généralisée des notions de droits sexuels et reproductifs sans donner de contenu aux premiers. Dans la Defensoria del Pueblo, le VMM et les instances sur les droits humains, ne figurent pas de documents sur les droits sexuels, sur la citoyenneté et la sexualité, ni d'activités publiques relatives à ce thème.

De nombreuses institutions travaillent sur la santé reproductive, dont la vision est reprochée d'être essentiellement démographique. Mais peu s'intéressent à la santé sexuelle, à la sexualité. Les politiques, les ONG auraient gardé à l'égard de la santé sexuelle une vision étroite. La santé sexuelle est généralement abordée et appréhendée selon une approche épidémiologique, pathologique à travers le travail sur les maladies sexuellement transmissibles notamment, et morale. Cette approche pathologique est traversée par le discours de la sexualité – péché : l'abstinence est présentée comme l'unique alternative socialement et moralement acceptable, et de plus, 100% sûre pour prévenir les MST. L'orientation en planification familiale se fait toujours dans l'optique d'espacer ou d'éviter les grossesses, mais jamais pour profiter de relations sexuelles 'placenteras', restées relativement tabou dans la société bolivienne.

La politique nationale est essentiellement axée sur le reproductif, la santé maternelle, sur le problème recensé comme le plus grave, la maternité. La politique n'aborde donc pas la Santé Reproductive et Sexuelle de façon intégrale, occultant ainsi les autres composantes de la Santé Reproductive et Sexuelle.

L'éducation sexuelle reste en suspens au Ministère de l'Education (malgré la Réforme Educative où l'éducation sexuelle représente un important volet). La ménopause est peu considérée et prise en charge dans les politiques et les actions civiles. De même, rares sont les institutions travaillant sur le thème de la violence sexuelle ; or, cette réalité est étroitement liée aux problèmes de santé reproductive et sexuelle (pilule du lendemain, avortement...). Dans l'ensemble, les complications d'avortement ou les avortements incomplets (qui sont souvent des avortements provoqués) sont aujourd'hui traités par le personnel médical, souvent formé à cet égard. Mais malgré l'envergure, l'ampleur du phénomène, il n'existe aucune prévention officielle sur l'avortement, et le thème est resté tabou, justifié par les responsables et les médecins « *pour une question éthique* ». Gloria Careaga, lors du Forum International « les femmes au 21^{ème} siècle », en 2003, explique que la sexualité revêt trois éléments: l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et les expressions sexuelles. Or, l'option sexuelle et la notion de plaisir furent présentées lors des entretiens comme faisant partie des quelques thèmes relatifs à la sexualité, à la santé sexuelle restés vains dans la société bolivienne⁸⁷³.

Peu d'actions sont développées pour informer et organiser des activités auprès de certains secteurs de la population tels que les jeunes, les travailleuses sexuelles. La focalisation sur les femmes en âge fertile segmente l'implantation des actions en santé reproductive et sexuelle. Or il s'agit, selon Hanna Binstock, d'assurer les soins de santé aux femmes à toutes les étapes de leur vie, en respectant leur identité ethnique et culturelle, à travers l'accès aux services adéquats.

⁸⁷² Emma Donlan Coady, Nery Humberto Ortega V., Lenny M. Morales Diaz (Ed.), *Iniciativa de Salud Reproductiva en la region andina – ISRRRA*, Population Concern, 2003.

⁸⁷³ A la Cumbre de Santa Cruz, en 2004, le gouvernement bolivien reconnaît cependant un certain respect pour l'orientation sexuelle (Réunion REBOHUPAN, 02/06/04).

Selon une enquête de Franklin Garcia Pimentel⁸⁷⁴, dans 12 Secrétariats Régionaux de Santé, auprès de 77 personnes, la plupart des entretus connaissaient ou comprenaient le concept de santé reproductive. Le *Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*⁸⁷⁵ rend compte que le concept de santé reproductive n'a pas été complètement diffusé ni assimilé par les autorités de santé de niveau intermédiaire, ni par les prestataires du SNS. Le concept d'attention intégrale implanté dans le secteur public contraste avec d'autres pays où la planification familiale fut développée comme un programme vertical, séparé des autres services de santé et de certaines ONG qui mettent la planification familiale au centre de leurs activités et programmes. « *L'introduction des contraceptifs comme partie de l'offre de services de santé coïncide avec l'implantation de la Stratégie de Santé Reproductive. Cette coïncidence temporelle peut expliquer l'erreur, que pour de nombreux prestataires, les concepts de santé reproductive et de planification familiale sont synonymes* »⁸⁷⁶.

Les entretiens menés révèlent qu'il semble primordial chez certaines personnes de développer une santé reproductive et sexuelle intégrale et non réduite, limitée à la planification familiale, comme cela reste souvent le cas. Sur l'attitude et les connaissances des prestataires de santé par rapport à la santé sexuelle et reproductive, Maria Dolores Castro explique que selon ces derniers, la santé reproductive et sexuelle correspond aux services prénataux et d'accouchement, et que la politique nationale est axée dans ce sens.

Et les hommes ?

Comme cela a été souligné, le rôle de l'homme dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle est important. Ainsi, l'homme ne doit pas rester en marge de la reproduction et de la sexualité, aussi bien dans les programmes politiques, que les normes hospitalières. L'homme doit connaître et être sensibilisé à ses droits, mais aussi à ceux de sa femme en matière de reproduction et de sexualité.

En effet, un thème peu exploré reste la participation des hommes en santé maternelle. Dans *Unos de Dos*, Ineke Dibbits et Magali Terrazas rendent compte d'une étude dans deux communautés d'El Alto⁸⁷⁷, étude menée sous forme d'entretiens individuels auprès d'hommes et de femmes. Cette étude révèle que autant dans l'aire rurale que urbaine, de nombreux hommes assistent à l'accouchement de leur épouse, ce qui constitue une importante piste pour supposer que les hommes s'impliquent de diverses façons dans la santé périnatale. Selon les auteurs, la présence de l'époux équilibre un peu car peut-être de façon inconsciente, le fait

⁸⁷⁴ Franklin Garcia Pimentel (coordinador), « Opiniones y percepciones sobre salud reproductiva. El caso de las secretarías regionales de salud en Bolivia », in 2do Taller de Investigaciones Sociales en Salud Sexual y Reproductiva, CENEP/OMS, CEDES, AEPA, 1996.

⁸⁷⁵ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996.

⁸⁷⁶ « *La introducción de anticonceptivos como parte de la oferta de servicios de salud coincide con la implantación de la Estrategia de salud reproductiva. Esta coincidencia temporal puede explicar el error de que para muchos proveedores, los conceptos de salud reproductiva y planificación familiar son sinónimos* » (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *op. cit.*, page 34).

⁸⁷⁷ Ineke Dibbits, Magali Terrazas, *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto*, TAHIPAMU, 2003.

d'être face à deux personnes freine les excès d'autoritarisme. De plus, il leur semble important que les hommes connaissent ce que cela coûte à une femme d'accoucher.

Selon Susana Asport, il faut impliquer l'homme aux grossesses, à la planification familiale. Il ne faut pas le marginaliser dans les consultations médicales car il est coresponsable de la santé sexuelle et reproductive du couple⁸⁷⁸.

En Bolivie, on n'observe pas d'approche intégrale de la santé reproductive et sexuelle et des droits relatifs, pour des raisons souvent éthiques et morales, selon les personnes rencontrées, et de par une vision réduite de la femme « *madresposa* ».

« *Dans le passé, la santé de la femme a été l'objet d'un traitement limité à son rôle reproductif. Actuellement, on travaille pour renforcer l'approche de santé intégrale, dans laquelle la lutte contre la mortalité maternelle est un élément fondamental* »⁸⁷⁹.

La mortalité maternelle est dans la plupart des pays de la région un problème de santé publique, directement lié à la mauvaise situation économique des femmes, au manque d'accès à l'information et aux services de santé, à l'absence du suivi adéquat pendant la grossesse, l'accouchement. D'autres facteurs reposent sur la limite des prises de décision, l'accès restreint à l'éducation, la discrimination culturelle et de genre⁸⁸⁰.

L'autonomie des décisions reproductives et sexuelles

En Bolivie, la possibilité pour les femmes d'exercer leur préférence reproductive et contraceptive est limitée par le machisme et la culture, par les services de planification familial, le libre choix informé, et la non application de l'article 266 du Code Pénal.

Une demande en planification familiale insatisfaite (Voir Annexe VIII : Nécessité en services de planification familiale selon ENDSA 1998)

Comme cela fut mentionné, selon la révision bibliographique *Diagnostico Cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, plus des 2/3 de toutes les boliviennes (sans

⁸⁷⁸ Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁸⁷⁹ « *En el pasado la salud de la mujer ha sido objeto de un tratamiento limitado a su rol reproductivo. Actualmente se está trabajando para fortalecer el enfoque de salud integral, en el que la lucha contra la mortalidad materna es el elemento fundamental* » (Roxana Sélum, *Más que Madres*, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria de Asuntos Etnicos, de Genero y Generacionales, Subsecretaria de Asuntos de Genero, 1996).

⁸⁸⁰ Tania Delgadillo, « *La mortalidad materna es un asunto de derechos humanos* », Fempress n°224, Juillet 2000.

compter celles qui sont stérilisées) ne souhaitent pas d'autres enfants et 12,5% souhaitent espacer la prochaine naissance d'au moins 2 ans ce qui montre une importante demande pour limiter et espacer les naissances chez les femmes boliviennes⁸⁸¹.

D'autres études (les enquêtes d'ENDSA, María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler, Susanna Rance, *Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de planificación familiar entre mujeres aymaras del area urbana de Bolivia*, 24 de Enero, 1994, etc.), les entretiens menés dans les hôpitaux et au sein des ateliers montrent en effet que de nombreuses femmes souhaitent réguler leur fécondité. Ineke Dibbits explique que beaucoup pensent ou ont pensé que les hommes et les femmes de classe populaire pouvaient avoir des enfants de façon interminable, qu'ils ont une attitude très passive et/ou ignorante et qu'ils acceptent sans plus « *les enfants que Dieu envoie* » ("*los hijos que dios manda*"). Rien de tout ça n'est certain⁸⁸². Il existe une volonté de ne plus avoir d'enfant, d'espacer les naissances, d'avoir moins d'enfants consécutifs, et surtout d'avoir moins d'enfants.

En 1983, déjà, l'enquête de Prévalence des Médicaments par la Consultora Boliviana de Reproducción Humana (COBREH), qui, en réalité, était une étude sur la prévalence des méthodes contraceptives, révélait qu'une importante proportion de femmes exprimait le souhait de limiter ou d'espacer les naissances. Selon ENSA 98, la demande en planification familiale concerne 74,4% de femmes au niveau national et 71,16% des femmes sondées du département de La Paz.

Mais cette demande reste insatisfaite. Le concept de nécessité insatisfaite de contraception vient du fait que de nombreuses femmes souhaitent espacer les naissances alors que d'autres ne veulent plus d'enfants. Pourtant, elles n'utilisent pas de méthodes contraceptives.

Des estimations sur la nécessité insatisfaite en contraception en Bolivie présentent d'importantes différences selon certaines caractéristiques des femmes en union, comme la langue habituelle, le niveau d'instruction et l'âge de la femme. Les femmes avec une nécessité majeure insatisfaite parlent principalement une langue native. Il existe également une relation avec l'âge et la nécessité insatisfaite de planification familiale. D'autre part, plus le niveau d'instruction est bas, plus la nécessité insatisfaite est haute, et à mesure que l'instruction augmente, la nécessité insatisfaite diminue. A La Paz, les femmes qui présentent le niveau le plus haut de nécessité insatisfaite sont celles qui habituellement parlent une langue native, ici l'aymara, et qui ne savent ni lire ni écrire⁸⁸³.

Selon ENSA 98, les nécessités en matière de planification familiale le sont à 26,1% au niveau national chez les femmes en union (23,1% dans le département de La Paz). Les femmes ont donc, en général, plus d'enfants que ce qu'elles n'auraient souhaité. Le taux total de fécondité est de 4,8 enfants par femme, mais l'idéal de famille est de 2,5 enfants. En moyenne, les femmes ont 2,3 enfants de plus que ce qu'elles auraient souhaité. Le nombre

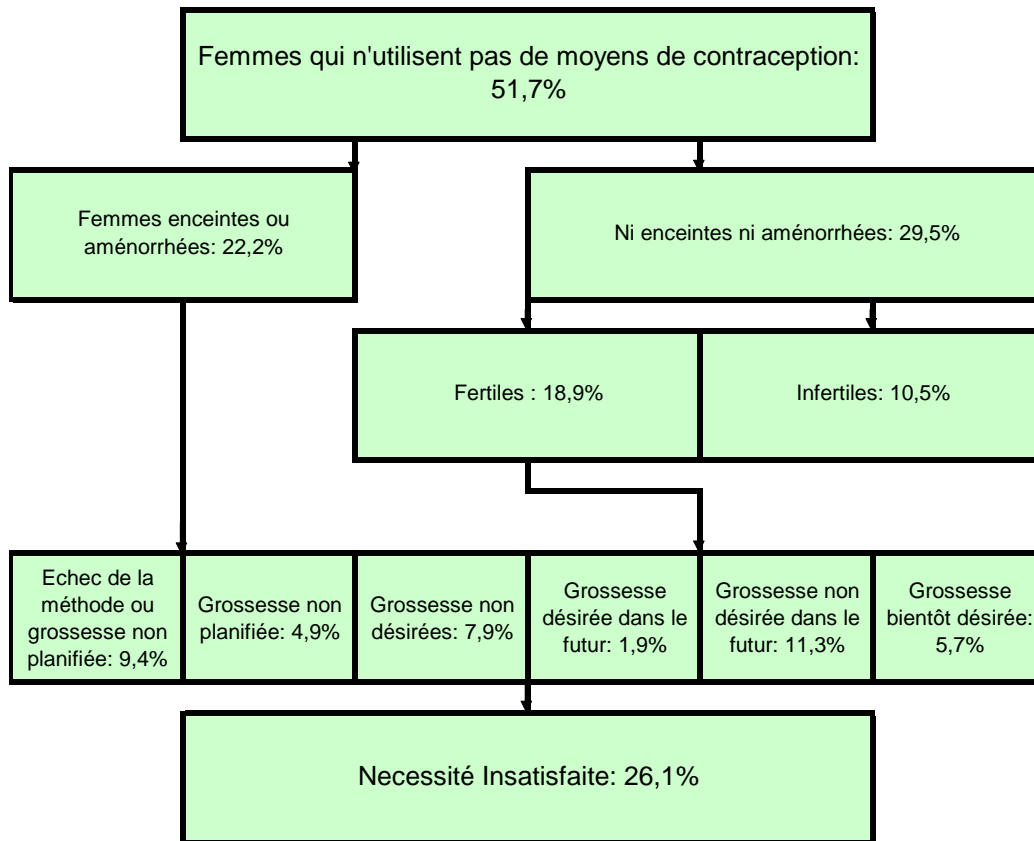
⁸⁸¹ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliográfica*, non daté.

⁸⁸² Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁸⁸³ Hugo Torres Pinto, Franklin Garcia P., Jaime Montano G., *Consideraciones Reproductivas de la población boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación y Ordenamiento Territorial, Dirección General de Planificación Estratégica, Unidad de Políticas de Población, La Paz, 1997.

idéal d'enfants varie très peu avec le niveau d'éducation. Chez les femmes de 15 à 19 ans, l'idéal de famille est 2,1 alors que chez celles de 45 à 49 ans, il est de 3⁸⁸⁴.

Composante de la Nécessité Insatisfaite en Planification Familiale



Source: ENDSA 98

Les barrières pour une autonomie des décisions reproductives et sexuelles

Si certaines familles souhaitent de nombreux enfants (persiste la perception selon laquelle l'enfant est un soutien financier pour la famille), et « *c'est leur droit* », la population dans son ensemble apparaît moins résistante face à la planification familiale, et témoigne d'une nécessité, d'une demande formelle (produit de tout le processus d'information, selon Docteur Antelo). Les femmes veulent moins d'enfants, pour diverses raisons, et c'est une réalité soulignée dans de nombreux travaux et entretiens.

⁸⁸⁴ Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliográfica*, non daté.

Selon Sonia Montaña, d'un point de vue sociologique, un des facteurs décisifs qui ont poussé au changement est l'introduction des femmes sur le marché du travail pendant les années 60 et 70. Surgit alors une grande demande d'information et de connaissance sur la planification familiale, demande qui apparut sans promotion du mouvement. Mais cette demande restait cachée par la morale.

Cependant, il existe un important décalage entre la connaissance et la pratique : exemple du préservatif, connu, selon une enquête du CIES, à 90%, mais utilisé qu'à 30%. Les méthodes sont en général connues mais moins utilisées. Il semble y avoir une importante brèche entre les aspirations de la population et ce qu'elle rencontre comme opportunité. Ainsi, il existe des nécessités et des demandes insatisfaites, justifiées chez certains par une faible diffusion d'informations sur les modalités et les possibilités d'utilisation d'une méthode, ou par un accès difficile lié aux facteurs géographiques, culturels, financiers et de qualité d'attention.

Les femmes qui souhaitent réguler leur fécondité, décider de leur maternité, se trouvent confrontées à une série de barrières d'ordre social, culturel, structurel et médical, qui influent sur leur comportement reproductif et surtout conditionne leur autonomie de décision en matière de reproduction. Une importante proportion de femmes n'utilise aucune méthode contraceptive. Les raisons principales sont structurelles, socioéconomiques, culturelles et psychologiques « *qui peuvent se combiner et influencent plus de 3/4 des cas* »⁸⁸⁵.

Le thème de la Planification Familiale est implanté en Bolivie et promu par les politiques. Mais divers facteurs sociaux et culturels influencent et conditionnent la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives. De plus, la diffusion de l'information en matière de contraception s'avère de faible portée et l'orientation en Planification Familiale par le personnel de santé, limitée. Des facteurs importants influent sur l'accès des méthodes contraceptives : culture, méconnaissance et manque d'information et d'orientation.

La méconnaissance de la reproduction et de la sexualité

Sous la pression de l'Eglise, ouvertement engagée par rapport au thème de la planification familiale, et des agences de financement (comme USAID), les méthodes naturelles sont les plus diffusées et promues. Récemment, le gouvernement a chargé l'Institut for Reproductive Health d'introduire et de diffuser la méthode du 'collar de ciclo' (au sein du cursus de l'école d'infirmière notamment). Or, chacun sait et reconnaît que ces méthodes sont beaucoup moins efficaces par le manque de maîtrise et de savoir de la population, par la méconnaissance du processus de la reproduction. Influent les bas niveaux de scolarité mais aussi des fortes croyances culturelles. « *On doit faire attention les jours de menstruation car on peut tomber enceinte* » est une expression courante qui rend compte du niveau de méconnaissance sur la reproduction⁸⁸⁶. Une forte proportion de femmes fait confiance à leur cycle naturel. Or, cette méthode est discriminée par le manque d'éducation sexuelle, de diffusion de l'information quant à la reproduction.

⁸⁸⁵ Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991, page 37.

⁸⁸⁶ Selon une enquête sur les pratiques de l'avortement à El Alto réalisée par María Elena Gisbert, Mery Quitón y Eva Udaeta, in S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Información para el Desarrollo, 1995.

Lors de l'étude au sein des hôpitaux, la santé reproductive et sexuelle est apparue relativement méconnue et de peu d'intérêts de la part des patientes. Des observations et des entretiens ont révélé que certaines femmes ignoraient, par exemple, qu'il était possible d'être enceinte pendant la période d'allaitement ; d'autres ne savaient pas jusqu'à quel âge une femme pouvait être enceinte, et qu'après un certain âge, la grossesse était dangereuse.

Dans son étude sur l'évolution de la santé reproductive et sexuelle, Sandra Aliaga explique que l'idée de faire attention ('cuidarse') a toujours été présente dans tout type de cultures. Le problème est la connaissance insuffisante sur le fonctionnement de leurs corps pour éviter des grossesses non désirées⁸⁸⁷.

Au cours des ateliers, à la question « *comment une femme tombe-t-elle enceinte ?* », les participantes répondaient que cela arrivait à travers des relations sexuelles, quand l'ovule et le spermatozoïde se réunissaient, mais elles ne connaissaient pas plus de détails et se sont montrées très intéressées, attentives aux explications et présentations des organes sexuels et de la fécondation.

Des décisions masculines

Maria Dolores Castro explique que le thème de la décision pour utiliser un moyen de contraception ou pour accéder aux services de santé reproductive semble être un thème de l'homme qui exerce une forme de contrôle sexuel. Au-delà du manque général de services et d'information, Susanna Rance note que le machisme joue un rôle important dans l'incapacité des femmes à prendre des décisions sur leur fécondité. Les Manzaneras de Salud, de Senkata expliquaient que la majorité des personnes pensaient que les décisions d'avoir des enfants relevaient du couple ; mais dans la réalité, ce n'était pas toujours ainsi. C'était surtout le père qui décidait.

La possibilité des femmes à exercer leurs préférences reproductives et contraceptives est limitée (relations conjugales hiérarchiques, violence, obligation d'avoir des relations sexuelles). Dans une étude de Susanna Rance, les femmes qui étaient hospitalisées pour avortement incomplet, qui avaient tenté d'utiliser l'abstinence périodique, mentionnèrent que leur mari n'était pas d'accord avec « *la période sûre* », et que la violence sexuelle était la raison pour laquelle elles étaient enceintes⁸⁸⁸.

De même, il a été démontré précédemment le rôle décisif du conjoint dans la prise de décision sur l'usage et le choix des méthodes contraceptives. Une des raisons pour lesquelles les femmes n'utilisent pas de moyen de contraception est, par exemple, l'opposition du mari. Le machisme fut observé comme déterminant l'autonomie des patientes en matière de sexualité et de reproduction. Certaines femmes avaient besoin (ou étaient forcées ?) de consulter le mari avant de prendre une décision quant à l'utilisation d'une méthode, montrant ainsi une certaine dépendance ou soumission de la « *madresposa* ».

⁸⁸⁷ Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁸⁸⁸ Rance, 1993 repris par Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

Entre demande et acceptation

« *Cependant, nécessité ne signifie pas que la planification familiale soit acceptée comme telle par tous les secteurs de la population, puisque interviennent des facteurs culturels, religieux et sociaux qui déterminent et conditionnent la pratique de la planification familiale et, plus spécialement, l'utilisation de certaines méthode contraceptive. Cette vision est partagée par l'église catholique* »⁸⁸⁹.

Selon Jacqueline Michaux, dans « Les limites de l'objectivité dans l'investigation socioculturelle communautaire », il existe un présupposé théorique implicite qui nécessiterait une analyse : les politiques de santé élaborées au niveau international (OMS/OPS) et national (Ministère de Santé ou institutions privées) devraient répondre en première instance aux demandes qu'a en la matière la population rurale, et avertir, d'autre part, que si la population n'a pas reçu les services de santé c'est peut être qu'on n'a pas utilisé le langage adéquat pour les convaincre et les convoquer. Selon l'auteur, une véritable politique de santé doit être initiée par une investigation sérieuse sur les demandes réelles des communautés et des aspirations de la population. Quand nous investiguons sur des thèmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive et voyons que les mères demandent comment avoir moins d'enfants, nous supposons qu'il existe une demande de la part de la communauté par rapport aux techniques de planification familiale jusqu'à l'installation de ces services proches de la communauté mais personne ne vient se faire poser un stérilet : que s'est-il passé ? L'interprétation se base sur des termes uniquement physiologiques d'une demande qui inclut des aspects sociaux, affectifs, interculturels jusqu'à politiques et religieux. Dans la sollicitude des mères par rapport à la planification familiale, il faut appréhender ces préoccupations peu prises en compte dans les cours de formation réalisés par le personnel de santé. Les conceptions et les pratiques aymaras liées à la santé apparaissent comme imprégnées de magie, mythes et superstition. Au lieu de concevoir la maternité aymara comme une série de manque, essayons d'écouter d'abord ce que les femmes aymaras tentent d'exprimer⁸⁹⁰.

La planification familiale moderne contredit certaines cosmovisions culturelles. Selon María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler et Susanna Rance, il y aurait une augmentation de la demande en services de méthodes contraceptives modernes si on proposait des services dans une forme culturellement appropriée⁸⁹¹.

Les femmes boliviennes ont un accès très limité à la connaissance du processus reproductif et les méthodes de régulation de la natalité, surtout chez les femmes des zones rurales et les analphabètes. « *Toutes les composantes qui traditionnellement sont considérées comme faisant partie de l'accessibilité aux services (distance, temps et argent) sont sans doute*

⁸⁸⁹ “Sin embargo, necesidad no significa que la planificación familiar sea aceptada como tal por todos los sectores de la población, ya que intervienen factores culturales, religiosos y sociales que determinan y condicionan la practica de la planificación familiar y, mas específicamente, el uso de algún método anticonceptivo. Esta visión es compartida por la iglesia católica” (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atencion en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 29).

⁸⁹⁰ Selon Jacqueline Michaux, « Les limites de l'objectivité dans l'investigation socioculturelle communautaire », in S. Rance, V. Kaune, M. D. Castro, S. Salinas, C. de la Quintana, E. Veldhuis, J. Michaux, *Encuentros sobre « Metodologías de Investigación Sociocultural »*. *Experiencias en Investigación Sociocultural*, diciembre 2002).

⁸⁹¹ María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler, Susanna Rance, *Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de planificación familiar entre mujeres aymaras del area urbana de Bolivia*, 24 de Enero, 1994.

importantes, mais dans le cas de la Bolivie, le problème de l'accessibilité doit être vu également dans un contexte socioculturel et en prenant en compte les aspects de genre »⁸⁹².

Les services de planification familiale

Diverses études montrent que de nombreuses femmes ne peuvent planifier la naissance de leurs enfants à cause de la difficulté d'accès culturel, économique ou géographique aux services. La couverture des services de contraception est limitée, et souvent conditionnée par des barrières médicales telles que la qualité d'attention. Au-delà du manque de ressources de la population pour accéder à la planification familiale, de la faible couverture des services (également à l'origine du recours à l'avortement), l'infrastructure et la qualité des services déterminent considérablement l'accès à la planification familiale. Il semblerait que la « planification familiale » ou les « méthodes contraceptives » soient plus un discours qu'une pratique. Comme nous l'avons vu précédemment, des barrières culturelles et sociales déterminent l'utilisation des méthodes de contraception essentiellement modernes. Des mythes portent également préjudices à la décision et l'utilisation. Mais le milieu médical en soi est aussi un élément clé pour appréhender l'autonomie des décisions reproductives et sexuelle, car il offre peu d'information et d'orientation, et génère un certain malaise devant le docteur.

Une analyse situationnelle dans 46 services, ce qui constitue pratiquement la totalité de l'univers des services de santé sexuelle et reproductive d'El Alto, met en exergue trois éléments à considérer : les relations interpersonnelles, la disponibilité de méthodes contraceptives, et l'acceptabilité des services. Certains services n'ont aucune méthode disponible, et aucun service gouvernemental ne dispose de toutes les méthodes. Sur le terrain, la Doctoresse Asport dénonce le fait que les services s'établissent en fonction de l'offre et non de la demande. De plus, l'implantation de la planification familiale semble être caractérisée par des problèmes de qualité de l'offre, de logistique, par une mauvaise distribution des contraceptifs.

Tous les services offrent, en théorie, des informations sur les méthodes. Parmi le personnel qui ne prête pas cette attention, les raisons sont liées en majorité aux « *politiques et restrictions de l'institution, la protection du couple et de la famille, la préférence de consulter en couple* »⁸⁹³. Les auxiliaires et les infirmières justifient ce manque d'attention « *parce que c'est le médecin qui prête le service directement* »⁸⁹⁴.

Le manque d'intimité et une attention essentiellement médicalisée engendrent une réticence à l'accès aux services médicaux. L'exigence normative du frottis vaginal notamment, avant l'insertion du stérilet est une barrière au choix et à l'utilisation de cette méthode.

⁸⁹² “*Todos los componentes que tradicionalmente se consideran como parte de la accesibilidad a los servicios (distancia, tiempo y dinero) son sin duda importantes, pero en el caso de Bolivia, el problema de la accesibilidad debe ser visto también en un contexto sociocultural y tomando en consideración los aspectos de género*” (Extrait de Who International, “Diagnostico cualitativo de la atención reproductiva en Bolivia”).

⁸⁹³ “*políticas o restricciones de la institución, proteger a la pareja y a la familia, preferencia que vayan con su pareja*” (Carmen Velasco, Claudia de la Quintana, Gretzel Jove, Luz Angela Torres, Patricia Bailey, *Calidad en los servicios de anticoncepción de El Alto, Bolivia*, Promujer, FHI, 1997).

⁸⁹⁴ “*por que es el médico quien presta el servicio directamente*” (Carmen Velasco, Claudia de la Quintana, Gretzel Jove, Luz Angela Torres, Patricia Bailey, *op. cit.*).

L'accès aux services est insuffisant mais également celui à l'information en matière de planification familiale. Il existe un manque certain de communication et d'information, notamment sur les différentes méthodes contraceptives, un manque dénoncé par les ONG, par les études réalisées en Bolivie, et notamment par les observations menées au sein des hôpitaux. Le concept de planification familiale post-partum, à travers la Stratégie de Santé Reproductive et le SUMI, est un concept nouveau, qui jusqu'à maintenant n'est pas totalement implanté au niveau institutionnel. En général, les entretiens révèlent que l'orientation, les conseils en planification de la famille ou sur les méthodes contraceptives sont plus un discours qu'une pratique. Selon *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico cualitativo de la atencion en salud reproductiva en Bolivia*, dans les hôpitaux urbains où la demande est plus grande, il est important qu'il existe un lieu physique pour réaliser l'orientation, et une personne exclusivement dédiée à offrir ce service. L'orientation en planification familiale n'est pas disponible dans tous les services par manque de personnel entraîné, puisque de nombreux médecins ne s'avèrent pas disposés à le faire. Il apparaît comme nécessaire d'améliorer la formation des prestataires de santé sur la contraception, au niveau des connaissances techniques mais également de leur attitude, comportement avec les patients. A cet égard, le personnel de santé n'est plus réellement formé en planification familiale, justifié par le fait qu'il n'existe plus autant de nécessité : la population, aujourd'hui comprendrait, accepterait et utiliserait la planification familiale.

Lors de l'étude, de nombreuses patientes ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, ou vouloir attendre avant une prochaine grossesse. Malgré une demande réelle, l'orientation en planification familiale n'est pas apparue comme une priorité au sein des services observés. En effet, on observa peu d'orientations exhaustives auprès de ces patientes, et des patientes en général. Et l'orientation s'est avérée superficielle et limitée. De plus, elle est limitée aux femmes estimées avec « trop » d'enfants pour leur âge.

Maria Dolores Castro M. explique que les médecins exercent une certaine discrimination puisqu'ils donnent un certain type d'information, d'orientation selon les habits des femmes, selon leur capacité à comprendre. D'autres études révèlent que les prestataires décident de la méthode, en se basant sur des concepts tels que « *elles ne savent pas, elles n'ont pas la capacité, elles sont ignorantes* ». Certains évitent même d'aborder le thème parce qu'ils considèrent le niveau d'éducation des femmes qui consultent trop bas⁸⁹⁵ (remarques confirmées sur le terrain).

« *Les adolescentes sexuellement actives ont peut-être plus recours à la contraception que les femmes plus âgées et, si elles utilisent des moyens contraceptifs, elles n'utilisent pas toujours les méthodes les plus efficaces. Les jeunes femmes n'ont souvent pas d'information sur la reproduction et la prévention de la grossesse et bien que les adolescentes non mariées aient souvent beaucoup de motifs d'éviter une grossesse, un grand nombre de pays limitent les services de contraception à la population mariée. Même lorsque ce n'est pas le cas, les services sont généralement conçus pour les femmes mariées* »⁸⁹⁶. Aujourd'hui encore, en Bolivie, l'accès aux services est facilité pour les femmes mariées en âge reproductif, et ne l'est pas pour les hommes ou les adolescents.

⁸⁹⁵ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico cualitativo de la atencion en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, pages 47 et 48.

⁸⁹⁶ Nations Unies, *Les femmes dans le monde : des chiffres et des idées*, 1995, page 18.

Les médecins ne prennent pas le temps de détailler toutes les méthodes, en fonction des nécessités. Le personnel de santé est souvent dénoncé comme non formé et non volontaire pour aider les patientes à comprendre le fonctionnement des méthodes et sélectionner celle qui s'adapte le mieux à leurs nécessités. « *De façon générale, on n'observa pas l'existence d'un concept d'orientation centré sur les nécessités des femmes, qui apporte les éléments nécessaires pour mieux connaître leur corps et leurs droits reproductifs et sexuels, de façon à ce qu'elles puissent prendre des décisions informées sur leur santé* »⁸⁹⁷. L'étude de Susanna Rance montre que de nombreux médecins ne sont pas disposés à utiliser de leur temps pour expliquer aux femmes les différentes options contraceptives : la femme, soit elle se fait poser un stérilet, soit elle sort de l'hôpital sans aucune méthode⁸⁹⁸.

Le libre choix informé

Après les stérilisations forcées, la Bolivie a introduit la notion de consentement informé, soit le respect et la diffusion du libre choix informé relatif aux méthodes contraceptives. Cependant, son application semble difficile en Bolivie. En effet, le manque d'éducation sexuelle et de la diffusion 'démocratique' de toutes les méthodes existantes freine un choix libre et informé. Il semble ainsi nécessaire voir primordial de travailler sur le consentement informé d'une part, et d'autre part, de diffuser, promouvoir, conseiller sur toutes les méthodes contraceptives (ce qui relève, ensuite, du droit de chacun d'accepter ou non telle ou telle méthode, pour des raisons qui lui sont propres). En effet, il s'avère important d'orienter sur les différentes options pour que la patiente décide elle-même par la suite.

Comme l'explique Carmen Yon Leau, l'orientation doit considérer les femmes comme des sujets actifs, avec droits et capacités d'analyser les différentes options et de choisir en accord avec ce qu'elles considèrent comme plus adéquat pour leur réalité⁸⁹⁹.

Lors de l'étude, les docteurs ne semblaient pas respecter le droit des femmes à choisir à travers des explications et des présentations détaillées des différentes méthodes. Les observations, qui rejoignent ici les conclusions d'autres études, ont montré qu'à l'hôpital, il y avait une tendance à recommander quasi exclusivement l'utilisation du DIU et non d'autres méthodes. Selon *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, cette orientation conduit à nier le droit de la femme à recevoir des informations et à décider de façon autonome sur la régulation de sa propre fécondité⁹⁰⁰. Dans son étude, Susanna Rance découvre également que le stérilet est pratiquement l'unique méthode offerte chez les femmes après un avortement. « (...)

⁸⁹⁷ « *De una manera general no se observó la existencia de un concepto de consejería centrado en las necesidades de las mujeres, ni que esta les brinde los elementos necesarios para conocer mejor su cuerpo y sus derechos sexuales y reproductivos, de manera que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud* » (Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, page 47).

⁸⁹⁸ Rance 1993 repris par Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

⁸⁹⁹ Carmen Yon Leau, *Hablan las mujeres andinas*, Movimiento Manuela Ramos, 2000.

⁹⁰⁰ S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

Donner un statut spécial au stérilet au lieu d'offrir une gamme ample de méthodes signifie nier le droit des patientes à recevoir une information complète »⁹⁰¹.

Le personnel de santé estime que les meilleures méthodes pour les femmes éduquées sont le stérilet, la pilule, le 'ritmo' et le préservatif ; alors que pour les femmes sans éducation, il recommande le stérilet. Le stérilet est la méthode la plus utilisée⁹⁰². Ineke Dibbits mentionne qu'il n'y a pas de critère fixe sur une méthode idéale car cela dépend des situations socioculturelles, de l'âge, la santé physique, mentale et de la sexualité de chaque femme⁹⁰³.

Il s'agit donc d'augmenter le nombre d'options contraceptives disponibles dans les services, pour mieux répondre à la demande. Selon *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico cualitativo de la atencion en salud reproductiva en Bolivia*, cela éviterait d'autant plus que les femmes accèdent aux pharmacies et obtiennent des méthodes qu'elles utiliseront peut-être de façon incorrecte⁹⁰⁴.

Il semble également nécessaire d'accepter que les méthodes d'abstinence périodique font partie des options contraceptives de toutes les femmes y compris les femmes pauvres et qu'elles sont les plus utilisées par les femmes andines, de renforcer et d'améliorer l'éducation sur ces méthodes.

Au-delà du peu d'orientation, les services recommandent des méthodes qui requièrent la signature du mari. L'orientation observée était réduite à certaines méthodes, qui notamment nécessitaient l'autorisation du mari, ce qui limite le choix libre et autonome des patientes. Selon la Recommandation Générale n°24, « (...) *les États parties ne devraient pas empêcher les femmes d'avoir accès à certains services de santé ou aux établissements de soins au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation de leur mari, de leur partenaire, de leurs parents ou des autorités sanitaires, ou parce qu'elles ne sont pas mariées, ou tout simplement parce que ce sont des femmes. (...)* » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 14). Les normes du Ministère n'incluent pas l'autorisation du partenaire pour l'utilisation de méthodes contraceptives ; dans la plupart des centres cependant, les prestataires demandent le consentement de l'homme.

Susanna Rance révéla que dans quelques hôpitaux, on exige la permission du mari ou d'autres membres de la famille pour utiliser une quelconque méthode moderne⁹⁰⁵. Alors que les méthodes sont théoriquement disponibles pour toutes les femmes, parfois les médecins exigent le consentement du mari ou autre de la famille. « *La permission du mari* » ("*Husband's permission*") reste un thème récurrent des études sur la santé reproductive et

⁹⁰¹ "(...) *Dar un status especial al DIU en vez de ofrecer una amplia gama de métodos significa negar el derecho de las pacientes a recibir información completa*" (Rance 1993, repris par Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atencion en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté).

⁹⁰² Patricia Telliá, « Acceptabilité » des méthodes contraceptives réversibles, La Paz, 1999, Family Health International, « *Bolivia Salud Reproductiva. Resúmenes de investigación* », FHI, 2000.

⁹⁰³ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁹⁰⁴ Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropologia, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones de Planificacion Familiar – Diagnostico cualitativo de la atencion en salud reproductiva en Bolivia*, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996. En général, il fut observé que les pharmaciennes dans l'ensemble donnent peu d'explication sur les pilules, par exemple ; les pharmacies offrent peu de choix de pilules, différenciées surtout par leur prix, et non par leur dosage.

⁹⁰⁵ Rance, 1993, repris pas Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *op. cit.* .

sexuelle dans le contexte hospitalier⁹⁰⁶. Dans la majorité des services, l'autorisation du conjoint est requise pour la collocation du stérilet, et surtout pour la ligature des trompes. Dans un des hôpitaux étudiés, la signature du couple était effectivement requise pour la stérilisation chirurgicale volontaire, ce qui s'est avéré une importante barrière pour les femmes. La doctoresse Soriano expliquait qu'elle se battait contre la signature du couple requise pour le stérilet et la ligature des trompes dans l'hôpital où elle exerçait, car selon elle, cela violait le droit des femmes sur leur corps.

Les femmes qui souhaitent limiter ou éviter d'avoir des enfants rencontrent des barrières pour planifier leur famille, utiliser des méthodes de contraception. Il existe une grande nécessité non accomplie concernant la planification familiale. La demande et les nécessités insatisfaites relatives aux décisions reproductives indiquent la nécessité d'améliorer l'information, d'amplifier la couverture des services de planification familiale et les alternatives contraceptives, pour atteindre notamment les populations non attendues. Certaines ONG travaillent avec des communautés pour répondre à ces nécessités non satisfaites. En 1999, la Conferencia de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB) se proposa de travailler avec Family Care International pour satisfaire les nécessités d'information des femmes et des hommes en matière de sexualité, de santé reproductive et sexuelle et de genre, à travers des activités de sensibilisation au sein des organisations⁹⁰⁷.

Différents facteurs et motifs affectent les décisions reproductives des femmes. Le milieu social et culturel, avec notamment la méfiance envers les méthodes de contraception modernes, le rôle de l'homme, les relations de pouvoir entre les sexes, le machisme qui induit des relations sexuelles non responsables et parfois forcées, et conditionne l'utilisation des méthodes de planification familiale, ou encore le statut de la femme.

Mais les raisons sont également liées au manque de connaissance, d'accès aux services de planification familiale et surtout d'information et de communication sur les méthodes de régulation de la fécondité. Comme l'expliquaient les Manzaneras de Salud de Senkata, la planification familiale n'est pas toujours évidente. En effet, le manque de connaissance de la période fertile, du cycle menstruel et surtout du processus de la reproduction limite la portée d'une planification des naissances, ou d'une sexualité sans risque. Le déficit en information et services de planification familiale est corollaire d'une non utilisation ou d'une mauvaise utilisation des méthodes de contraception. Du manque d'information concernant la prévention d'une grossesse, du manque d'orientation, d'information sur les différentes méthodes, résultent des grossesses non planifiées, non désirées, des maternités précoces qui multiplient les risques de santé et de recourir à l'avortement.

La grossesse des adolescentes, parfois planifiées, arrive principalement par le manque de prévention et d'information sur la sexualité étant donné que l'éducation sexuelle reste un thème tabou dans le milieu scolaire et familial en Bolivie. « *Le manque d'information, la méconnaissance de l'utilisation et la façon d'acquisition des méthodes de contraception, le peu de préparation pour assumer leur sexualité avec responsabilité, l'immaturité*

⁹⁰⁶ Susanna Rance, « Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: Doctor's repertoire conflicts and the saving women device » Second Revision, May 2004.

⁹⁰⁷ Martha Murdock, La gestación del proyecto « CUIDATE ! Una Guía de Salud y Bienestar », con comunidades indígenas de las tierras bajas de Bolivia, FCI.

émotionnelle qui fait obstacle à l'analyse des conséquences de leurs actes, sont quelques facteurs qui augmentent la probabilité de la grossesse dans l'adolescence »⁹⁰⁸.

Sans service de planification familiale et d'information, les femmes sont exposées à des grossesses non planifiées, et souvent non désirées. Si à l'hôpital Holandes d'El Alto, le Docteur Borda Cuba affirme que dans les services de santé, la planification familiale devrait être appréhendée selon un respect de genre, de génération et de culture, cette conception reste rare ou du moins peu appliquée.

En général, il n'est pas possible de parler d'un choix libre, puisqu'il est limité par de nombreux facteurs, comme la disponibilité des méthodes, l'absence ou la déficience dans l'orientation et le coût des méthodes. Malgré des progrès, l'accès aux services de planification familiale est encore restreint, et les options contraceptives se limitent à la pilule, au préservatif et au stérilet. Le rôle des prestataires de santé dans le processus de décision influence beaucoup le choix d'une méthode. Ainsi, par rapport à la contraception, ce sont essentiellement les médecins et les maris qui prennent les décisions.

Sans conseil adéquat et provision de méthodes contraceptives appropriées, les femmes courent le risque de grossesses non désirées et par conséquent, cela augmente la possibilité d'avortements incertains dus aux avortements spontanés ou induits. Toutes les femmes doivent recevoir information, conseils et méthodes de contraception en fonction de leurs souhaits et de leurs nécessités reproductives pour éviter de futures grossesses non désirées.

La planification familiale est considérée et reconnue comme un droit fondamental des couples et des individus. Mais selon César Peredo, il faut doter les droits d'instruments qui les rendent réalité⁹⁰⁹. « *La majorité des gens comprend que la planification familiale est un moyen pour améliorer la vie familiale et si la qualité des services était meilleure, peut-être que l'impact en serait meilleur. Notre défi est d'ajouter la qualité, le traitement humain et la compétence à la technologie »⁹¹⁰.*

La pénalisation de l'avortement

Dans *Hablar sobre el aborto no es fácil*⁹¹¹, l'avortement apparaît comme un thème très délicat, difficile à aborder en Bolivie puisqu'il est considéré comme un péché, et qu'il est

⁹⁰⁸ «*La falta de información, el desconocimiento del uso y la forma de adquisición de métodos de anticoncepción, la poca preparación para asumir su sexualidad con responsabilidad, la inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, son algunos de los factores que aumentan la probabilidad del embarazo en la adolescencia*» (Cuaderno de Capacitación en Educación para la Sexualidad. Guía de Capacitación para el personal de educación, salud y género, UNFPA, 2001, p.133).

⁹⁰⁹ César Peredo, dans Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁹¹⁰ «*La mayoría de la gente entiende que la planificación familiar es un medio para mejorar la vida familiar y si la calidad de los servicios fuera mejor, tal vez el impacto sería mejor. Nuestro desafío es agregar la calidez, el trato humanizado y la competencia a la tecnología*» (Patsy Bailey, in Family Health Internacional, Programa Estudios de la Mujer, Memorias Conferencia Final, 21 de Agosto 1998).

⁹¹¹ Ineke Dibbits, Magaly Terrazas, *Hablar sobre el aborto no es facil*, Tahipamu, 1995.

interdit par la loi. L'avortement est cependant reconnu comme problème de santé publique, et revêt une importante réalité. Mais bien qu'il soit largement pratiqué, il n'est pas accepté socialement, la prévention reste très faible, et l'attention aux complications, discriminée. Ainsi, cette pratique socialement et politiquement rejetée, reste une réalité occultée par la double morale qui la rend inacceptable en public, mais un recours nécessaire dans le privé. Un interne expliquait que parfois les femmes hospitalisées en maternité décrivaient l'expérience de la grossesse comme affreuse, et il se demandait alors pourquoi ces femmes menaient à terme leur grossesse. Puis il raisonnait, en rappelant que l'avortement était une pratique socialement et légalement rejetée.

Pourquoi les femmes avortent-elles ?

Certains avortements sont spontanés, souvent liés à l'état de santé physique et psychologique de la mère. Mais de nombreux avortements sont provoqués. Cette pratique est souvent justifiée par le manque de conscientisation, par des relations sexuelles non responsables de la part du couple, par des facteurs culturels, des stéréotypes, préjugés et tabous sociaux, culturels et religieux autour de l'usage de méthodes et des relations sexuelles responsables.

La pratique est également liée au manque de connaissances sur la période fertile, et la méconnaissance des moyens de planification familiale, à l'insuffisance et l'inefficacité de la politique de planification familiale, à une attention médicale peu accessible géographiquement, économiquement et culturellement, au manque d'éducation sexuelle, d'orientation en matière de planification familiale, au manque d'information sur la prévention d'une grossesse et d'accès aux méthodes pour la régulation de la fécondité, des manques qui conduisent souvent à des grossesses précoces, non planifiées et non désirées, et donc au besoin ou souhait d'interrompre la grossesse.

Le manque de ressources, les bas revenus économiques pour élever l'enfant dans des conditions favorables, les risques de licenciement en cas de grossesse, le rejet social, familial, la stigmatisation et la dévalorisation de la mère seule sont également des causes d'avortement.

Les motifs sont également liés à la culture machiste, quand l'homme ne respecte pas le droit des femmes à décider sur leur corps et leur sexualité, quand le mari soutient que l'utilisation de contraceptifs donne lieu à l'infidélité, et que l'avortement devient pour la femme un moyen de contraception, et à l'irresponsabilité paternelle, à la violence, à l'alcoolisme.

La grossesse non désirée qui justifie parfois un avortement peut être également le fruit d'un inceste ou d'un viol. Selon des données de la Dirección Nacional de la Policía Técnica Judicial, il existe environ 4 viols par jour en Bolivie. Si on estime que seuls 10% des cas sont dénoncés, il y aurait chaque jour environ 40 femmes violées, soit plus de 14 000 viols par an⁹¹². Selon la Red Ada, chaque année, 14 600 femmes sont violées et comme conséquence elles doivent faire face à une grossesse non désirée⁹¹³.

⁹¹² Memoria. Seminario de Presentación a la Comunidad Jurídica del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 (Aborto Impune) del Código Penal Boliviano, CDD, diciembre de 2002.

⁹¹³ « Cada día 40 mujeres son violadas en todo el país », El Diario, Sábado 28 de septiembre de 2002.

Le viol est produit généralement par des personnes proches de la victime. Il constitue un délit pénalisé par la loi 2033 de Protection des victimes de Délits contre la Liberté Sexuelle (1999). Cependant, le taux de dénonciation est très bas et l'information reste partielle. Les médecins et les paramédicaux n'enregistrent pas cette information pour éviter d'être cités comme témoins⁹¹⁴. La violence de genre, telle que le viol, n'avait jamais été officiellement (par ENDSA notamment) considérée jusqu'en 2003, comme un indicateur de santé des personnes, et essentiellement des femmes.

Susanna Rance a réalisé une étude dans quatre hôpitaux de La Paz (1993). Elle conclut que la double morale prédominante laisse la femme seule avec sa grossesse et ses conséquences, et plus tard, la condamne pour avoir avorté dans des conditions insalubres⁹¹⁵. L'avortement « *ce n'est pas un plaisir mais un ultime recours* »⁹¹⁶.

Les motifs de l'avortement ne sont donc pas seulement liés à des raisons personnelles, ils sont également dus à la société. Selon Ivonne Gebara, femme religieuse, pour qui « *L'avortement n'est pas un péché* » (“*El aborto no es pecado*”), « *une société qui n'a pas les conditions objectives de donner emploi, santé, habitat, écoles, est une société abortive. Une société qui oblige les femmes à choisir entre garder son travail ou interrompre sa grossesse, est une société abortive, une société qui continue à permettre que se fasse un test de grossesse avant de donner le travail à une femme, est une société abortive. Une société qui met sous silence la responsabilité des hommes et culpabilise les femmes, qui ne respecte pas leurs corps et son histoire, est une société excluante, sexiste et abortive* »⁹¹⁷.

Ainsi, le contexte politique, social et médical bolivien oblige parfois la femme à recourir à l'avortement, à utiliser cette pratique comme un moyen de contraception.

L'article 266

La législation bolivienne considère l'avortement comme un délit. Cependant l'article 266 du Code Pénal, article qui existe depuis 1973, octroie l'interruption d'une grossesse en cas de viol, d'inceste, d'enlèvement non suivi d'un mariage et lorsque la poursuite de la grossesse constitue un danger pour la santé ou la vie de la mère.

Les cas d'avortements légaux

A Santa Cruz, le 8 décembre 1993, une mère commence des procédures judiciaires pour demander l'interruption légale des grossesses de ses filles Maria et Juana de 14 et 18 ans, violées par leur père et dénonce également le viol de la sœur de 9 ans. En mars 1994, les cas ne sont toujours pas jugés et à 5 et 8 mois de grossesse, l'avortement n'a plus de sens. La loi

⁹¹⁴ Coordinadora de la Mujer, Documento de trabajo, *Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, septembre de 2003.

⁹¹⁵ Informe Nacional de Bolivia. Sobre Aborto, Cladem, non daté (après 2002).

⁹¹⁶ “*no es un gusto pero un ultimo recurso*” (déclaration de Cecilia Olea au Forum International « Les femmes au 31ème siècle », CIDEM, 2003).

⁹¹⁷ Cecilia Olivares (Ed.), *Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Aborto Impune*, CIDEM, sep.1999, page 8.

n'a pas pu sauver ces deux mineures de la douleur d'une grossesse non désirée, provoquée de plus par leur propre père, ce qui les marquera à vie. Quel est le respect des droits des deux adolescentes victimes de viol et qui désormais devront porter ce poids toute leur vie ? ⁹¹⁸.

A Cochabamba, une fillette de 12 ans, violée par son beau père a obtenu l'autorisation légale d'interrompre sa grossesse. Mais les médecins refusèrent de pratiquer l'avortement autorisé pour préserver leur réputation, avançant des arguments éthiques, religieux et moraux qui vont au-delà des lois boliviennes⁹¹⁹. « *Selon eux, ils devaient défendre la vie d'un nouvel être même si cela faisait perdre la vie de ma fille, moi souvent j'ai dit que je préférais la vie de ma fille à celle d'un être que je ne connais pas* »⁹²⁰, déclarait la mère de la jeune fille.

A Sucre, une adolescente de 14 ans, violée et enceinte de son père, a obtenu une autorisation judiciaire et la pratique légale pour interrompre sa grossesse.

Les applications de l'article 266 sont peu respectées. La Bolivie a connu peu de cas d'avortement légal, des cas qui ont de plus généré un ample débat public impliquant le Collège Médical, l'Eglise et les autorités de l'Etat.

Dans un communiqué de presse de l'organisation Vie Humaine Internationale, le Père Richard Welch, président de l'organisation, déclara qu'il revendiquait justice et réparation en faveur des non nés. Le père se référait alors au cas de la mineure de Cochabamba enceinte, après le viol par son beau-père. Le juge émit un ordre autorisant la pratique de l'avortement et demanda un rapport médical, remis par le docteur qui pratiquera l'intervention. Or, le rapport médical signala que la mineure pouvait souffrir de dommages mentaux et physiques si était pratiqué l'avortement, et souligna que celui-ci induisait la mort d'un être humain. De plus, le Collège des Médecins menaça de se mettre en grève si le juge pénalisait les médecins pour ne pas accomplir l'ordre. Parallèlement, l'Eglise Catholique s'opposa à l'avortement, se montra disposée à conduire cette affaire devant le tribunal constitutionnel. Finalement, le juge décida de suspendre l'ordre pendant 30 jours. Un peu plus tard, la famille obtint un autre ordre judiciaire qui lui permettait de chercher un autre praticien pour réaliser l'avortement. Mais le panel de médecins informa le juge que la mineure de 16 ans ne souffrait pas d'anémie, ni de dénutrition, et qu'elle était sexuellement active 6 mois avant la grossesse. Le mardi 14 mars 2000, les groupes féministes de Bolivie annoncèrent que l'avortement avait été secrètement pratiqué à La Paz, sans donner de plus amples détails. Les Catholiques pour le Droit de Décider et la Fédération Internationale de Planification Familiale se trouvaient parmi les groupes qui appuyaient l'avortement de cette mineure. Le Père Welch déclara alors que lorsque fut suspendu l'ordre judiciaire, l'Eglise se montra très satisfaite et contente, une joie vite remplacée par la douleur, lorsqu'elle apprit que l'avortement fut clandestinement pratiqué, justifié par la mort du bébé mais également par le traumatisme post-avortement dont allait souffrir plus tard la mineure. Selon lui, peu importent les circonstances, l'avortement n'est jamais une solution, argumentant que de nombreuses femmes qui avortent après un viol,

⁹¹⁸ S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

⁹¹⁹ Elizabeth Salguero, « El caso de una niña violada y embarazada en Bolivia – Cronica de un aborto anunciado », Fempress n°221, Abril 2000 ; Teresa Flores B., « L'hypocrisie sociale et l'avortement comme délit », Triple Jornada n°21, 8 mai 2000.

⁹²⁰ « *Según ellos, tenían que defender la vida de un nuevo ser aunque en ello iba a perder la vida de mi hija, yo muchas veces había dicho prefiero mil veces la vida de mi hija que la de un ser que no conozco* » (Ivana Calle y Teresa Lanza, « Derecho al aborto : cuestión de democracia », in CRONICA AZUL, Año 2003, n°46, pages 5 et 6).

le regrettent ensuite. Dans une conférence de presse, Monseigneur Jesus Juarez, secrétaire de la Conférence Episcopale de Bolivie, informa qu'il entamait une poursuite judiciaire contre le juge qui autorisa l'avortement, considérant que celui-ci avait violé les lois qui pénalisaient l'avortement, et agit hors morale, au-delà de ses compétences. Le Docteur Gerardo Rios, Président du Collège des Médecins de Bolivie, déclara que le médecin qui avait pratiqué l'avortement avait agi sans considération du bien-être de la mineure, et qu'il devra justifier qu'il n'avait pas agi dans un but lucratif.

Un article non appliqué, pourquoi ?

Le retard de la justice

Il est possible que l'auteur soit sanctionné par une peine d'emprisonnement pour le délit commis, mais pour les victimes, il existe un autre fait : la bureaucratie et le retard de la justice qui condamnent les victimes à assumer une grossesse non désirée où l'existence des enfants est le souvenir permanent de leur agression. La procédure pour obtenir l'autorisation de pratiquer un avortement requiert du temps et souvent, l'ordre n'arrive pas à temps. Lorsque la femme obtient l'autorisation d'avorter, suite à un viol par exemple, le processus bureaucratique, le retard de la justice, obligent finalement la victime à assumer la grossesse.

La réglementation de l'article est peu claire et fait que la réponse juridique affirmative arrive trop tard pour que se réalise le curetage. Les exemples en sont les trois cas de viol sur mineures par leur beau-père, qui se sont produits à Sucre, Santa Cruz et Cochabamba. Dans seulement un des cas fut pratiqué l'avortement autorisé, et dans les deux autres cas, la réponse de la justice a tardé plus de trois mois, et il était donc impossible de pratiquer l'opération. « *Une des victimes qui souffrait de retard mental eut un bébé avec la même maladie et elle est dans un centre psychiatrique (...)* »⁹²¹.

Une question éthique

Les dispositions de l'article 266 du Code Pénal ne s'appliquent donc pas, souvent pour des raisons éthiques et religieuses. Il règne une résistance des autorités judiciaires à donner l'autorisation pour qu'un médecin réalise l'avortement, et une résistance des médecins ou responsables médicaux des services de santé publique à exécuter les dispositions judiciaires. La loi ne respecte pas les cas permis par le Code Pénal et cède à la pression de la hiérarchie ecclésiastique et de groupes conservateurs de la société. « *Le thème de l'avortement est controversé, même lorsqu'il s'agit de cas prévus par l'article 266. Il transcende le strictement juridique et atteint des sensibilités morales, des valeurs éthiques et des normes de conduite. Mais il est temps d'en parler* »⁹²². Même lorsque les cas autorisés sont stipulés par la loi,

⁹²¹ "Una de las victimas que sufrió retraso mental tuvo un bebé con la misma enfermedad y ella está en un centro psiquiátrico' (...)", propos de Crespo repris dans El Diario, Sabado 28 de septiembre de 2002, « Cada día 40 mujeres son violadas en todo el país ».

⁹²² "El tema del aborto es controversial, inclusive cuando se trata de casos que pueden acomodarse a lo que prevé el artículo 266. Ello trasciende lo estrictamente jurídico y toca sensibilidades morales, valores éticos y normas de conducta. Pero es tiempo de hablar de ello" (« Un asunto controversial », La Gaceta jurídica, Viernes 23 de julio de 2004 (n°362), page 3).

l'application est difficile car la culture machiste et religieuse considère l'avortement comme un délit. Teresa Flores B. parle ici d'hypocrisie sociale⁹²³.

Cependant, « (...) *il existe une norme dans la procédure pénale qui établit que les juges seraient impartiaux et interdépendants dans leurs décisions, et se soumettraient uniquement à la Constitution, aux conventions et traités internationaux en vigueur, et aux lois* »⁹²⁴.

La loi n'oblige nullement un médecin à pratiquer un avortement si la pratique va à l'encontre de ses valeurs éthiques. Un gynécologue a officiellement le droit de refuser d'avorter une patiente qui a reçu une autorisation judiciaire. A ce propos, un docteur a expliqué que le devoir du médecin est justement de promouvoir le droit de décider, indépendamment de sa propre conviction. Il s'agit là du respect du droit de la patiente. Il ne faudrait pas, selon le code déontologique de la médecine, mélanger en tant que professionnel, ses propres valeurs avec l'orientation. Selon le Dr Carlos Mendieta, « *il n'est pas question de ce que dit l'Eglise mais de ce que dit la Loi* »⁹²⁵. L'Eglise Catholique s'oppose à l'avortement dans toutes ses formes, mais ne peut s'immiscer juridiquement⁹²⁶.

« Il est discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction. Par exemple, si les professionnels de la santé n'acceptent pas de pratiquer de tels actes parce qu'ils vont à l'encontre de leurs convictions, des mesures doivent être prises pour faire en sorte que les femmes soient renvoyées à des professionnels de la santé n'ayant pas les mêmes objections » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 9).

Il n'existe pas de réglementation pour rendre effectif l'application de l'article 266. La loi qui autorise l'avortement en Bolivie ne s'applique donc pas.

La réalité sociale de l'avortement

Une activité clandestine et discriminante

La Commission de la Plateforme de Beijing a informé que l'avortement constituait un des problèmes de santé les plus importants en Bolivie du fait d'être illégal. Face à cette réalité, la seule alternative des femmes enceintes qui souhaiteraient interrompre leur grossesse est de mener la grossesse à terme ou de pratiquer l'avortement de façon clandestine, ce qui met en danger sa propre vie. Avorter est donc devenu une activité clandestine. De part son illégalité et une application de l'article 266 vaine, de nombreux avortements se font dans la clandestinité, dans des conditions peu sûres et dangereuses, synonymes d'avortement dangereux (« abortos inseguros »), qui se répercute sur la santé des femmes, et notamment sur la mortalité maternelle.

⁹²³ Teresa Flores B., « L'hypocrisie sociale et l'avortement comme délit », Triple Jornada n°21, 8 mai 2000.

⁹²⁴ « (...) *existe una norma en el procedimiento penal que establece que los jueces serán imparciales e independientes en sus decisiones, y se someterán únicamente a la Constitución, las convenciones y tratados internacionales vigentes y a las leyes* » (« Un asunto controversial », La Gaceta jurídica, Viernes 23 de julio de 2004 (n°362), page 3).

⁹²⁵ S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

⁹²⁶ « Un asunto controversial », La Gaceta jurídica, Viernes 23 de julio de 2004 (n°362), page 3.

L'avortement incertain est un problème de justice sociale ; le principe éthique de la justice devrait reconnaître que dans la pratique, les législations restrictives sur l'avortement affectent de façon négative les femmes, surtout celles dans les pires conditions socioéconomiques, qui recourent à avortements clandestins à haut risque.

La plus grande injustice repose sur le fait que les femmes des classes moyennes et supérieures peuvent avorter dans les meilleures conditions cliniques, les femmes pauvres sont condamnées comme si elles réalisaient le pire des crimes⁹²⁷. Même si, aujourd'hui, il n'y a plus d'obligation de dénonciation, il existe des discriminations sociales relatives aux femmes qui décident et se font avorter, de la part du personnel médical, la famille, ou la communauté. D'autre part, la non pratique de l'avortement entraîne l'abandon d'enfants. Selon une intervenante du Programme d'Etudes de la Femme, organisé par Family Health International, en 1998, l'enfant de la rue est un avortement tardif, un avortement qui ne s'est pas fait à temps car au bout du compte l'avortement d'un embryon de peu de semaines est moins douloureux qu'un enfant de 5 ou 6 ans que l'on a jeté dans la rue⁹²⁸. De même, René Pereira fait référence à la qualité de vie des enfants non désirés, qu'il évoque comme un drame⁹²⁹.

Lors de l'atelier au sein de la Fundación La Paz, on tenta de réfléchir sur l'avortement et l'abandon d'enfants. Les participantes restèrent perplexes, scandalisées par le phénomène d'abandon, une réalité forte en Bolivie, mais sans pour autant apporter de solution face à un tel choix.

“Mas vale prevenir que lamentar ”⁹³⁰

Selon certaines personnes rencontrées, des centres adéquats pour l'avortement devraient être mis en place. Mais, cela relève de l'impossible puisque l'avortement est pénalisé. Il n'y aurait pas de diffusion suffisante sur les risques d'une telle pratique clandestine et un manque de moyen pour identifier ceux qui exercent l'avortement dans des conditions de risques. Dans une même optique, selon le docteur Conde, le praticien devrait être poursuivi, la femme n'étant qu'une victime dans ce processus.

Dans l'ensemble, les complications d'avortement ou les avortements incomplets (qui sont pour la plupart des avortements provoqués) sont aujourd'hui traités par le personnel médical, souvent formé à cet égard. Dans les hôpitaux observés, les femmes souffrant d'hémorragies sont reçues sans questionnement, et sont soignées. Mais, malgré son envergure et l'ampleur du phénomène, il n'existe aucune prévention officielle sur l'avortement. Dans un hôpital étudié, pendant le séjour de la recherche, personne n'a abordé le thème avec les patientes concernées. Et pourtant une forte proportion des patientes avait avorté au moins une fois, jusqu'à parfois trois fois, dans leur vie, et presque ¾ des patientes du service gynécologique étaient à ce moment hospitalisées pour avortement incomplet ou menace d'avortement. Mais aucune mesure de future prévention ne fut développée. En aucun cas la prévention de l'avortement n'est corollaire de sa légitimation. Les femmes ne connaissent pas les implications pour leur santé, après un traitement d'avortement incomplet, et devraient être orientées à cet égard.

⁹²⁷ Teresa Flores B., « L'hypocrisie sociale et l'avortement comme délit », Triple Jornada n°21, 8 mai 2000.

⁹²⁸ “*un niño en la calle es un aborto tardío, que no fue hecho a tiempo*”, Memorias Conferencia Final, le 21 août 1998, dans Family Health International, Women's studies project, Programa Estudios de la Mujer, 1998.

⁹²⁹ Sandra Aliaga, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, 2000.

⁹³⁰ « Il vaut mieux prévenir que guérir ».

Généralement, lorsqu'une femme fait face à une grossesse non désirée, l'orientation reste celle de ne pas avorter, et de garder l'enfant. Il existe des services de conseils téléphoniques (mis en place souvent par l'église) pour ne pas avorter. Si une femme se présente dans un service de santé, tel l'Hôpital de la Femme, avec le 'souhait' de mettre fin à sa grossesse, le personnel l'oriente de façon à ce qu'elle décide de garder le bébé. De même, la mission des Manzaneras est celle d'orienter et de conseiller ; orienter par exemple pour ne pas avorter, garder le bébé et l'aimer.

Pour la doctoresse Soriano, il est plus important de prévenir et cela coûte moins cher, en termes financiers et de santé. Des coûts élevés sont dépensés pour le soin des avortements dangereux. En 1989, une étude réalisée par la CNS, révéla que les hôpitaux dépensaient 14 249 dollars pour chaque femme traitée pour un avortement incomplet, que ces femmes passaient en moyenne 3,5 jours à l'hôpital⁹³¹.

Dans le domaine de la santé, il existe différentes positions quant au thème de l'avortement. Certaines vont dans le sens d'une promotion du traitement en tant que problème de santé publique qui devrait être pris en charge par de plus amples et meilleurs services et programme de planification familiale. Selon le Collège de Médecins de Bolivie, une éducation sexuelle en accord avec la réalité sociale du pays est nécessaire.

L'avortement serait évité avec la planification familiale. L'expérience au Chili, qui a développé un accès aux méthodes contraceptives, a permis de baisser de 50% le nombre d'hospitalisations pour complications d'avortement réalisé en condition dangereuse et d'1/6 le nombre de morts liées à l'avortement⁹³². L'implantation et la diffusion de la planification familiale et des méthodes contraceptives sont souvent évaluées comme un traitement indirect de l'avortement. Le paragraphe 8.25 du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), Caire 1994, mentionne que les effets sur la santé des avortements réalisés en conditions inadéquates doivent être appréhendés comme un important problème de santé publique, et que le recours à l'avortement doit diminuer à travers des prestations plus amples et de meilleurs services de planification familiale. Les femmes qui ont une grossesse non désirée doivent avoir un accès facile à l'information et l'orientation compréhensive.

Cependant, le passé nous enseigne que la planification familiale n'éliminera jamais la nécessité de recourir à l'avortement. Selon Ivonne Gebara, face au fait que l'avortement est inévitable, il est mieux de le réaliser en conditions dignes.

Une position controversée

Une enquête auprès de 317 femmes interrogées, de l'Université de San Simon à Cochabamba, rend compte de la vision des femmes éduquées par rapport à l'avortement : ¾ déclarèrent qu'elles s'y opposaient ; 10% d'entre elles indiquèrent comme raison principale que la

⁹³¹ CNS, 1989, dans Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revision Bibliografica*, non daté.

⁹³² S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

grossesse est prévisible et constitue une punition pour avoir eu des relations sexuelles. Parmi les femmes en faveur de l'avortement, presque toutes pensaient que c'était un droit de la femme de choisir que faire avec sa grossesse⁹³³.

Droit de la femme ou droit de l'enfant? L'avortement est souvent évalué comme un droit, comme relevant de la sphère de droits, et notamment des droits humains. Cependant, certains, généralement médecins ou personnel médical, exposent une position ambivalente puisqu'ils défendent à la fois le droit à la vie du futur être, de l'enfant à naître (« *qui a le droit d'interrompre une vie ?* »), et le droit de la femme à décider sur son propre corps, sur sa propre vie.

Interrompre une vie ? Selon les préceptes de l'Eglise Catholique, la vie commence dès l'union de l'ovule et du spermatozoïde, ce qui justifie son opposition à l'avortement (Défense du droit à la vie). Parmi les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz dominait l'idée selon laquelle la cellule qui résultait de l'union de l'ovule avec le spermatozoïde se transformait rapidement en un nouvel être. Une des participantes raconta qu'elle avait assisté à un avortement spontané de sa mère, enceinte depuis un mois ; et nous assura qu'à travers l'amas de « gélatine » avorté, elle avait vu des mains. Ainsi, avorter fut présenté dans tous les ateliers comme synonyme de tuer une vie.

T. Flores revient sur le fait que l'avortement comme crime échappe à une analyse logique, scientifique voire théologique. L'Eglise catholique tout au long de son histoire a changé sa position sur le thème et n'a pas toujours condamné l'avortement. Comme nous l'avons déjà souligné, la science a démontré qu'un embryon ou un fœtus (à un stade bien avancé) n'est pas totalement une vie humaine. Elle a démontré par exemple que c'est seulement au 7^{ème} mois de développement du fœtus que les cellules cérébrales sont capables de perception sensorielle⁹³⁴.

Il existe différents points de vue scientifiques et religieux par rapport au statut du fœtus. Or « (...) *les lois qui interdisent quelque chose où il n'y a pas d'accord, sont impossibles à mettre en pratique* »⁹³⁵.

La première Enquête Nationale d'Opinion sur l'Avortement en population urbaine (Entreprise par Diagnosis et Marketing SRL et el Comité Coordinador de la Campaña 28 de septiembre), enquête réalisée en juillet 1997 auprès de 1836 personnes dans 14 villes capitales et intermédiaires du pays, révèle que 40% des femmes et 44% des hommes rejettent la position de l'Eglise sur l'avortement⁹³⁶.

⁹³³ Machicao 1995 ; Montaña del Granado 1995, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliográfica*, non daté.

⁹³⁴ Teresa Flores, "El aborto no es un crimen", Triple Jornada n°6, 1 février 1999.

⁹³⁵ Reunión Nacional, Campaña 28 de Septiembre, « Por la despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe », « Por el Derecho a Decidir », No estás sola. Hablemos del Aborto, CIDEM, 2002.

⁹³⁶ Anteproyecto de ley para reglamentar el aborto impune ; Diagnostico Nacional Bolivia, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Campaña por la Convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, CLADEM, Bolivia, 2003; Campaña 28 de Septiembre « Por el Derecho a Decidir », Ley para la interrupción legal del embarazo, Bolivia, 2003.



« Si goni avait un utérus, l'avortement serait légal et capitalisable » (Mujeres Creando)

Au XVIIIème siècle, l'Eglise a perdu une bonne partie des intellectuels et des scientifiques et au XIXème les ouvriers ; elle est en train aujourd'hui de perdre les femmes car elle n'est pas capable d'accepter leurs revendications légitimes⁹³⁷. Ivonne Gebara, religieuse et théologue féministe brésilienne, à partir de sa vie quotidienne avec les pauvres, a une conviction insolite : elle est en faveur de la législation de l'avortement. « *C'est une position traditionnelle du Vatican. La position de quiconque qui n'a aucun dialogue avec le monde contemporain et encore moins avec les pauvres* ». La loi que l'Eglise défend porte préjudice aux femmes pauvres⁹³⁸.

En Amérique Latine, « *le poids de l'Eglise Catholique limite le dialogue entre les femmes et l'Etat, notamment en matière de droits reproductifs* »⁹³⁹. Selon Teresa Flores, « *soutenir que [l'embryon] a une vie propre, c'est soutenir que quelqu'un a une maison quand il acquiert le terrain, les plans...* »⁹⁴⁰. Teresa Lanza affirme qu'« *un bébé n'est pas humain si la mère ne le considère pas comme tel* »⁹⁴¹. Il existe un certain consensus sur le fait que la femme enceinte est une personne ; elle est la seule qui puisse décider de la valeur du fœtus.

La clé du problème est dans les droits de la femme : si parmi ces droits, figure celui de décider d'avoir ou non un enfant ou si cette décision doit être prise à sa place par l'autorité publique⁹⁴². Selon l'enquête précédente, 86% des personnes enquêtées pensent que la décision d'un avortement revient à la femme avec son conjoint ou à la femme seule.

Une déclaration de la Cour Suprême des Etats-Unis fait référence au thème de l'avortement : « *Aucun droit n'est plus basique que le droit à la vie, mais rien n'est plus dévastateur que la vie sans liberté. Et c'est la vie de celle qui se voit forcée de vivre une maternité non désirée. Le viol est une négation profonde de la liberté, et obliger une femme à garder l'enfant du violeur est une insulte à son humanité (...)* »⁹⁴³. Médecins et juges qui refusent la disposition légale de l'avortement sous prétexte et justification que l'avortement contredit les dispositions divines de la défense de la vie, basée sur les concepts moraux et religieux qui violent la loi, portent préjudice et nient un droit fondamental des femmes qui veulent interrompre une grossesse non désirée. Pour de nombreuses organisations de femmes, l'avortement est considéré comme un droit humain fondamental, c'est-à-dire le droit de chacun de décider sur lui-même et sur son corps. La pénalisation de l'avortement repose sur le paradigme général que la femme a la possibilité d'avoir des enfants mais non celle de décider sur son corps⁹⁴⁴. Là, l'avortement dans de bonnes conditions est donc abordé comme un droit, celui d'une sexualité libre, d'une maternité volontaire, d'une autodétermination de sa propre vie ; c'est le droit d'interrompre une grossesse non désirée ou non planifiée ou le produit d'un délit, mais aussi le droit de tout enfant d'être désiré et aimé⁹⁴⁵.

⁹³⁷ S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

⁹³⁸ S. Rance, C. Olivares, *op. cit.*.

⁹³⁹ Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », *Cahiers des Amériques Latine*, n°39, 2001, page 25.

⁹⁴⁰ Teresa Flores, « El aborto no es un crimen », *Triple Jornada* n°6, 1 février 1999.

⁹⁴¹ La Razón, 4 juillet 1997, repris par Comunicado a la prensa de Vida Humana Internacional, « Las 'Católicas' por el Derecho a Decidir se jactaron de su macabro 'triumfo' en Bolivia », junio 2000.

⁹⁴² El País, octobre de 1998, repris par Anteproyecto de ley para reglamentar el aborto impune.

⁹⁴³ Memoria. Seminario de Presentación a la Comunidad Jurídica del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 (Aborto Impune) del Código Penal Boliviano, CDD, diciembre de 2002, page 15.

⁹⁴⁴ S. Salinas Mulder, *Situacion de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

⁹⁴⁵ Memoria, *op. cit.* .

La dépénalisation

Selon Elizabeth Salguero, les concepts de ‘femme honnête’ et ‘enlèvement non suivi d’un mariage’ portent atteinte aux droits humains des femmes. La première notion fut retirée de la législation pénale ; mais reste la deuxième. « Comment peut-on obliger une femme ou une fille à se marier avec son agresseur pour lui éviter la prison ? », se demande-t-elle⁹⁴⁶. La doctoresse Julieta Montaña, principale porte parole ‘pro-abortiste’ propose des réformes telles que l’abolition de l’article 265 (Aborto Honoris Causa) et la modification de l’article 263, définition et peine du praticien⁹⁴⁷. De même, le Code Bolivien ne précise pas si l’autorisation de l’avortement pour sauver la vie de la mère inclut à la fois la santé physique et morale. Le CLADEM dénonce là une loi qui est peu intéressée par les conséquences psychologiques de la pratique : quelle acceptation future et quel amour va avoir le nouvel être quand celui-ci fut rejeté car fruit non désiré, qui affecte la santé mentale de la femme ? L’Etat doit donc mettre en place des mécanismes légaux pour que les femmes puissent accéder à l’IVG en cas de viol, d’inceste, de dangers pour la santé physique, mentale et psychologique, et quand il existe la possibilité de malformations irréversibles du fœtus⁹⁴⁸.

La pénalisation de l’avortement provoque un des principaux problèmes de santé publique : l’incidence sur la mortalité maternelle et les coûts hospitaliers pour les interventions médicales que requièrent les complications des avortements mal réalisés. Elle constitue selon de nombreuses organisations de la société civile une des dispositions les plus discriminatoires envers les femmes car elle les oblige à l’avortement clandestin, et contribue ainsi à des taux de mortalité maternelle élevés, estimé violer les droits humains de la femme⁹⁴⁹.

Conventions, déclarations et accords internationaux ont légitimé ces droits en reconnaissant que l’avortement est un problème de santé publique et de justice sociale. La Bolivie est signataire de la CEDAW, des Plateformes d’action du Caire et de Beijing. L’Etat bolivien s’est donc engagé à garantir la santé reproductive et sexuelle des femmes, à garantir leurs droits humains et à réviser les lois qui pénalisent l’avortement et qui sont des complices silencieux mais effectifs pour que de nombreuses femmes victimes de violence sexuelle perdent la vie en tentant de récupérer leur liberté.

Il n’y a « pas de position claire et définie des personnes de l’Etat tout comme des députés et des sénateurs pour raisons politiques. D’abord ils se déclarent en faveur de la dépénalisation de l’avortement en s’appuyant sur les importants indices de morbi-mortalité maternelle comme conséquence de la pratique ; puis, avec la proximité des élections nationales, ces mêmes personnes font un pas en arrière en manifestant un avis contraire à la législation de l’avortement »⁹⁵⁰.

Dans le domaine du droit, le débat sur l’avortement reste ample. Les positions majoritaires fortifient la pénalisation de l’avortement et beaucoup d’autorités liées au champ légal assument une tendance ‘anti-abortiste’. La Députée Remedios Loza, Présidente de la Commission de la femme à la Chambre des Députés, défend le droit à la vie, refusant

⁹⁴⁶ Elizabeth Salguero, « El Aborto y los derechos humanos de las mujeres », Fempress n°203, septembre 1998.

⁹⁴⁷ Informe Nacional de Bolivia. Sobre Aborto, Cladem.

⁹⁴⁸ Elizabeth Salguero, *op. cit.* .

⁹⁴⁹ Julieta Montaña / OJM, Derechos Reproductivos de la mujer en Bolivia: un informe sombra, Centro Legal para Derechos reproductivos y politicas publicas, 2001.

⁹⁵⁰ Entretien avec Susanna Rance, dans Informe nacional de Bolivia. Sobre Aborto, CLADEM, non daté.

l'avortement mais elle assumait auparavant une position 'pro-abortiste' déclarant que « *la législation de l'avortement fait partie des revendications légitimes de la femme* »⁹⁵¹. Deux cas d'avortements dénoncés à Sucre et La Paz montrent clairement que la justice est divisée car comment expliquer que deux juges dans deux instances différentes aient condamné le délit (avortement) alors que l'instance suprême de justice (Cour Suprême de Justice) a libéré les auteurs de toute culpabilité.

Face à la réalité sociale et politique de l'avortement, face à une position versatile et peu prononcée des gouvernements, de nombreuses organisations civiles revendiquent la dépénalisation de l'avortement ou plus précisément la réglementation adéquate de l'article 266 du Code Pénal qui autorise l'avortement en cas de viol, 'esturpo' ou inceste, pour que ces dispositions soient accomplies par la justice et les médecins.

Il s'agit là d'une revendication universelle et notamment régionale. A partir du Caire et de Beijing, des organisations latino américaines, regroupées sous la Campagne du 28 Septembre (union de différentes organisations de femmes, créée après la Rencontre Féministe de d'Amérique Latine et des Caraïbes, en Argentine, en 1990), commencent à travailler sur le thème de l'avortement, et revendiquent l'avortement dans des conditions sûres comme un droit, la défense d'une sexualité libre et une maternité volontaire. Elles luttent pour l'accomplissement des accords internationaux, pour la réglementation de l'avortement permis par la loi, à travers notamment la campagne régionale « Pour la Dépénalisation de l'Avortement en Amérique Latine et aux Caraïbes » qui revendique le respect et la défense des droits sexuels et reproductifs de toute femme et fillette. La campagne émet notamment des projets de lois pour l'interruption légale de la grossesse. Depuis 1991, un projet de loi au Brésil, qui régleme l'obligation des hôpitaux du réseau public de traiter les avortements permis par la loi en cas de risque pour la vie de la femme et viol. Ce projet est dès lors resté à la Chambre de Députés, et n'est toujours pas passé à la chambre des sénateurs à cause des oppositions⁹⁵². Alors qu'au Salvador, en 1998, le Code Pénal est changé pour interdire l'avortement sans exception (pression de l'Eglise Catholique, avec reconnaissance qu'il y a la vie dès la conception), en Uruguay, le projet pour la dépénalisation de l'avortement a reçu 'media sanction' le 10 décembre dernier (2003), avec l'appui des législateurs de tous les partis, sauf le parti blanc ; le projet est actuellement en débat dans la commission de santé du sénat⁹⁵³.

A travers la Campagne du 28 septembre, les organisations boliviennes revendiquent le « Droit de Décider » (Derecho a Decidir), et protestent contre les cas de demandes légales et légitimes d'autorisation d'avorter non accomplies ; tel fut le cas pour les deux jeunes filles de Santa Cruz. Ces organisations, regroupées sous l'effigie « Pour le Droit à Décider », proposent régulièrement des projets de lois qui régleraient l'article 266. Les Catholiques pour le Droit à Décider (CDD) « *présenta voilà quelques années un antiprojet de loi sur la réglementation de l'article 266 sans rencontrer jusqu'à maintenant une réponse favorable à leur demande* »⁹⁵⁴. Le dernier projet de Loi pour réglementer l'article 266 date de 2002.

⁹⁵¹ Informe nacional de Bolivia. Sobre Aborto, CLADEM, non daté.

⁹⁵² Cecilia Olivares Mansuy, *Una encuesta Nacional de Opinion sobre Aborto en Población Urbana*, CIDEM, 1998.

⁹⁵³ Mariana Carvajal, « Como logró Uruguay que avanzara la despenalización en el Congreso ? », in CRONICA AZUL, Año 2003, n°46.

⁹⁵⁴ Catolicas por el Derecho a Decidir (CDD) « *presentó hace un par de años un anteproyecto de ley sobre la reglamentación del artículo 266 sin encontrar hasta ahora una respuesta favorable a su demanda* » (« Necesidad de reglamentar el aborto legal », in La Gaceta jurídica, Viernes 23 de julio de 2004 (n°362), « Un asunto controversial », page 6).

Selon la première enquête d'opinion sur l'avortement dans population urbaine réalisée en Bolivie, en 1997 pour la Campagne 28 de Septembre (1836 personnes, population urbaine, dans 14 villes capitales et intermédiaires du pays, en juillet 1997) : 63% pensent que la dépénalisation éviterait la mort de nombreuses femmes ; 55% révèlent que le nombre d'enfants non désirés ou maltraités diminuerait. Les résultats montrent que l'avortement doit être légal : quand la vie de la femme court un risque et quand elle a le SIDA (68% de la population, dans les deux cas), quand il s'agit d'inceste (56%), quand c'est une violence sexuelle (53%) et quand il y a une malformation du fœtus (45%). 63% sont d'accord pour que les avortements permis par la loi (viol, inceste, risque pour la santé ou la vie de la femme) se réalisent de façon légale dans les cliniques privées et dans les centres de santé publique⁹⁵⁵.

Lors de l'étude, les différentes participantes des ateliers menés sont à l'unanimité contre une éventuelle législation ou dépénalisation de l'avortement car cela le convertirait selon elles en une pratique naturelle, commune et serait utilisé comme un moyen de contraception. Le fait qu'autoriser les avortements les rend plus fréquents semble être un mythe. En Hollande, par exemple, où l'on peut se faire avorter par sollicitude, 5 femmes sur 1000 se font avorter alors qu'il s'agit de 30 à 60 femmes sur 1000 en Amérique Latine. Ce pays connaît une longue tradition d'utilisation de méthodes contraceptives et d'éducation sexuelle, et offre la disponibilité d'assistance médicale pour les femmes qui décident d'opter pour l'avortement⁹⁵⁶.

Le propos de la réglementation de l'article 266, selon la Campagne du 28 Septembre, est d'éradiquer une importante proportion des avortements clandestins, et d'éviter les morts et les mutilations causées par des curetages clandestins. Si les opinions sur l'avortement restent ambiguës, la majorité des personnes rencontrées pense que si l'avortement était régulé, autorisé ou même légal, cela réduirait les coûts hospitaliers mais surtout, cela éviterait l'ampleur des complications d'avortements induits et de la mortalité maternelle conséquente. Le Docteur Oscar Sandoval M. fut une des premières personnes qui lança un appel pour réaliser un débat sérieux et responsable sur l'avortement ; il souligna la nécessité de légaliser l'avortement pour éviter 400 morts annuelles de femmes qui ont recours aux instances clandestines. A Cuba, le seul pays de la région avec Puerto Rico où l'avortement est légal, la mortalité maternelle a baissé de 60% en 20 ans⁹⁵⁷. « *En libéralisant l'avortement, les gouvernements peuvent [donc] sauver la vie de milliers de femme chaque année* »⁹⁵⁸.

Olmedo Beluche, dans son article « El aborto, un derecho no un delito », explique que tout comme le divorce, la législation de l'avortement cherche seulement à ce que les femmes aient le droit de décider, quand les circonstances ne leur laissent pas trop le choix. Susanna Rance déclare ici la nécessité de la dépénalisation de l'avortement de façon à ce que la femme ait le choix de décider par rapport à une grossesse non désirée. Dépénaliser l'avortement signifie, simplement, permettre que les femmes qui ne peuvent ou ne veulent assumer leur grossesse, puissent l'interrompre dans certaines conditions élémentaires de sécurité et selon certains requis.

⁹⁵⁵ Campaña 28 de Septiembre « Por el Derecho a Decidir », Ley para la interrupción legal del embarazo, Bolivia, 2003.

⁹⁵⁶ D'après S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Informacion para el Desarrollo, 1995.

⁹⁵⁷ S. Rance, C. Olivares, *op. cit.* .

⁹⁵⁸ Luisa Cabal, « Statement by the Centre for Reproductive Rights on the Latin American and Caribbean Day for Decriminalisation of Abortion », Centre for Reproductive Rights, September 28, 2000.

Dans un article de la Cronica Azul, Gloria Coreaga Pérez parle de l'avortement comme détonateur de réflexions en suspens, et se demande quels sont les éléments que l'on cherche à cacher dans le débat contre la dépénalisation de l'avortement : réellement une défense de la vie, ou bien l'on cherche à limiter l'exercice plein des droits des femmes, maintenir la fin de la sexualité niée et faciliter l'enrichissement illégal au détriment de la santé et de la vie des femmes ? ⁹⁵⁹.

Le thème de l'avortement est en suspens, et reste non résolu en Bolivie. Certains avancent le manque de prévention sur les grossesses non désirées (politique) ainsi que le manque de conscience, de maîtrise de son corps (population). Ainsi, l'avortement est souvent utilisé comme une méthode contraceptive (or ce n'est ni l'objectif, ni la volonté de personne) et criminalise la femme puisqu'il est amplement réalisé dans des conditions insalubres, de risques (synonyme 'd'abortos inseguros'), créant des complications voire la mort (rappelons que les hémorragies sont l'une des principales causes de mortalité maternelle). La planification familiale, l'éducation sexuelle, le droit de décider de la femme sur sa propre maternité doivent éviter l'avortement à travers l'accès à l'information. L'avortement est considéré comme un problème de santé publique et non comme un mécanisme ou une méthode de régulation de la maternité. L'éducation sexuelle insuffisante et traditionnelle se centre sur les aspects biologiques et moraux de la reproduction, ce qui confirme que l'avortement n'est pas seulement une question de femme.

Comme le projet d'Uruguay qui s'appuie sur une éducation pour prévenir, des contraceptifs pour ne pas avorter, une légalisation de l'avortement pour ne pas mourir, les féministes boliviennes revendiquent « *contraception pour ne pas avorter, avortement légal pour ne pas mourir* » ⁹⁶⁰. « *Mais réduire l'avortement à un échec de contraception, la contraception à une question technique et la femme à une patiente passive revient à soigner les symptômes en oubliant que les résultats à long terme ne peuvent être atteints qu'en rendant l'individu capable de traiter les causes* » ⁹⁶¹.

L'accent n'est pas tant mis sur la dépénalisation de l'avortement, comme l'explique Mariela Mazzotti, Présidente de la Comisión de la Mujer à Montevideo, mais sur l'importance des droits reproductifs et sexuels des femmes ⁹⁶², sur le droit de décider sur son corps et sa maternité. La pénalisation de l'avortement induit des grossesses obligatoires, des maternités forcées. Il est, pour certains, important de commencer à penser sur la nécessité des Etats laïcs comme condition indispensable pour la défense des droits sexuels et reproductifs.

Teresa Flores s'interroge : De quel droit les lois et autres instances sociales peuvent prendre une telle décision ? Quel droit a la société de s'immiscer dans des décisions aussi personnelles sur le corps même de la femme ? Est-ce moral de charger la femme d'un poids économique et émotionnel avec un enfant non souhaité, parfois conçu dans des conditions de répulsion ? Cela ne nous émeut pas de voir tant d'enfants abandonnés dans les rues ? Tant d'enfants qui

⁹⁵⁹ Gloria Coreaga Pérez, « El aborto : Detonador de Reflexiones Pendientes », in CRONICA AZUL, Año 2003, n°46.

⁹⁶⁰ « *anticoncepción para no abortar, aborto legal para no morir* » (Diana Maffía, « Una consigna humanitaria », in CRONICA AZUL, Año 2003, n°46).

⁹⁶¹ Louise Lassonde, *Les défis de la démographie*, Ed. La Découverte, 1996, page 62.

⁹⁶² Mariana Carvajal, « Como logró Uruguay que avanzara la despenalización en el Congreso ? », in CRONICA AZUL, Año 2003, n°46.

ont faim et qui survivent dans les pires conditions ? Est-il possible qu'au nom de la loi ou de la religion, on puisse condamner à une telle souffrance la mère et les enfants qui n'ont pas la possibilité de satisfaire leurs nécessités les plus élémentaires ? Pour créer une société d'hommes et de femmes de bien, il est fondamental que les enfants soient aimés et désirés depuis le ventre. Si cela n'est pas le cas, il est préférable de ne pas mettre l'enfant au monde. En avortant, la femme assume une attitude de responsabilité morale absolue car ce n'est pas moral de mettre au monde un enfant non désiré ou lorsque les conditions d'éducation et d'attention seront insuffisantes⁹⁶³.

La prévention et la diminution de la pratique impliquent le développement de trois contextes favorables : la démocratisation de la sexualité et de la reproduction au niveau social, la mobilisation politique sur la prévention et le traitement des grossesses non désirées, et la qualité médicales et humaines des services et du personnel de santé.

Une maternité volontaire ?

Lorsque l'on demande aux adolescents des Chasquipampa si la maternité est une décision, ils répondent que dans la majorité des cas, ce n'est pas un choix, mais un accident, car sinon, il n'y aurait pas autant d'abandons d'enfants, pas autant d'avortements. Selon eux, la maternité devrait être un choix, à travers la planification familiale, la liberté de décision, décision qui émane du couple.

Lors des entretiens menés au sein des services gynécologiques et obstétriques, de nombreuses patientes ont décrit leur dernière grossesse comme non programmée, fruit d'un « *accident* » ou d'une « *négligence* ». L'autonomie des femmes boliviennes quant à leurs décisions reproductives semble alors limitée. Les femmes ont plus d'enfants qu'elles ne souhaitent. Des enquêtes comme la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDSA) de 1998 illustrent un important décalage entre le nombre d'enfants souhaités par les femmes, évalué à 2,6, et le nombre d'enfants obtenus estimé à 4,2 enfants par femme, une différence entre le taux global de fécondité et l'idéal de famille. « *L'énorme différence entre le nombre d'enfants obtenus et ceux qu'elles auraient souhaités avoir montre que les femmes ne décident pas de leur maternité* »⁹⁶⁴. Cette différence montre notamment que les femmes sont exposées à des grossesses non désirées, phénomène notoire en Bolivie, et explique le problème de l'avortement induit, et le nombre important d'abandon d'enfants.

Des changements substantiels concernant les droits sont apparus au cours du XXème siècle : reconnaissance juridique des femmes comme sujets de droits (droit de vote, à l'éducation, au travail) ; nouveaux droits à l'intérieur du mariage ; reconnaissance juridique de la violence envers les femmes. Mais il reste à accepter l'autonomie des décisions reproductives, c'est-à-dire continuer le processus normatif et symbolique d'autonomisation de la femme par rapport

⁹⁶³ Teresa Flores B., « L'hypocrisie sociale et l'avortement comme délit », Triple Jornada n°21, 8 mai 2000.

⁹⁶⁴ « *La enorme diferencia entre el número de hijos tenidos y los que hubiesen querido tener, expresa que las mujeres no deciden sobre su maternidad* » (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, *Bolivia 5 años después de Beijing. Poder, Oportunidades y Autodeterminación para las mujeres en el Nuevo Siglo. Informe 2000*, La Paz, Bolivia, 2000).

à son destin maternel comme clé de son identité. Lors de la Conférence du CLAE sur le droit à la pilule du lendemain en Amérique Latine et les Caraïbes, en 2002, le CEDEF rappelle que les Etats Parties peuvent contribuer à l'élimination des stéréotypes de genre dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, très fortement irrespectueux de l'autonomie et de la liberté de choix. Il aborde à ce propos les thèmes de la législation de l'avortement, l'avortement thérapeutique, l'influence de l'Eglise Catholique dans les politiques publiques, l'objection de conscience des médecins pour motifs religieux et la législation du lesbianisme et de la prostitution⁹⁶⁵.

Les droits reproductifs et sexuels sont intimement liés à la démocratisation de l'éducation sexuelle, de la planification familiale et du droit de décider. L'accès aux services de contraception avec une information claire et vraie sur les méthodes de régulation de la fécondité promeut la possibilité de profiter des relations sexuelles sans peur d'être enceinte. De plus, il offre la possibilité d'avoir une grossesse désirée, planifiée et attendue. La planification familiale est un élément important pour prévenir de futures grossesses non planifiées et la possibilité d'avorter. « *La santé reproductive a à voir aussi (...) avec la possibilité de réguler la fécondité sans effets secondaires ni dangereux, et promouvoir une éducation saine pour chaque enfant* »⁹⁶⁶.

« *Les États parties devraient en outre, en particulier : (...) ; b) Veiller à éliminer tous les facteurs qui restreignent l'accès des femmes aux soins, à l'éducation et à l'information, notamment dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction (...); c) Donner une place prioritaire à la prévention des grossesses non désirées, par la planification familiale et l'éducation sexuelle, et réduire les taux de mortalité maternelle par des services de maternité sans risques, et d'assistante prénatale. Le cas échéant, il faudrait amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent; e) Veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause; (...)* » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 31). La pénalisation de l'avortement nie le droit des femmes de décider de leur sexualité et de leur reproduction, et induit des grossesses obligées et des maternités forcées.

Les femmes ont peu de pouvoir de décision par rapport à leur corps, leur sexualité et leur reproduction. Que faire quand un fait aussi intime comme la reproduction devient une propriété de la médecine institutionnelle ?⁹⁶⁷. Qui considère avoir plus de pouvoir ou d'autorité pour décider au-delà de la volonté d'une femme par rapport aux décisions reproductives ? Qui croit que les femmes ne peuvent pas ou ne doivent pas décider d'un processus reproductif qui se développe dans leurs propres corps et qui affecte leurs vie et identité de manière décisive ?⁹⁶⁸.

⁹⁶⁵ Silvia Pimentel, CLADEM, « Anticoncepcion de emergencia y derechos sexuales y reproductivos », Conférence du CLAE, « Derecho a la Anticoncepcion de Emergencia en América Latina y el Caribe », Quito – Ecuador, 16-18 de Octubre de 2002.

⁹⁶⁶ « *La salud reproductiva tiene que ver también (...) (con) la posibilidad de regular la fecundidad sin efectos secundarios o dañinos; y promover y proveer una crianza saludable para cada una de las hijas o hijos* » (Juan Carlos Ramírez Rodríguez, Grisela Uribe Vásquez, Norma Celina Gutiérrez de la Torre, *Género y Salud. Una propuesta para el trabajo con población femenina*, Universidad de Guadalajara, 1995, page 37).

⁹⁶⁷ GIRE. Derechos Reproductivos : Salud Pública, Modernidad y Etica.

⁹⁶⁸ Reunión Nacional, Campaña 28 de Septiembre, « Por la despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe », « Por el Derecho a Decidir », No estás sola. Hablemos del Aborto, CIDEM, 2002.

La Red de Salud des mujeres latinoamericanas y del Caribe propose, entre autre, d'opter pour une maternité volontaire, comme droit de décider, de reproduire ou de suspendre volontairement une grossesse non désirée, selon des critères établis par les femmes elles-mêmes.

Les connaissances, la conscience et l'empowerment

L'exercice des droits reproductifs et sexuels requiert de meilleurs services spécialisés, plus de capacité d'accès à ces services, une capacité liée au milieu social, la culture, la qualité de l'attention médicale et l'information. « *En termes d'impact, nous croyons que les services sont nécessaires, mais non suffisants pour 'empoderar' les femmes ou suffisants pour créer des relations équitatives entre les sexes* »⁹⁶⁹. Il n'est pas seulement nécessaire que l'Etat octroie des services accessibles, opportuns et appropriés, mais aussi que les femmes aient conscience de leur santé reproductive et sexuelle, les connaissances de leur corps relatives à la reproduction et la sexualité, et qu'elles fassent attention à leur santé et celle de leur entourage, et surtout qu'elles aient conscience et connaissance des droits qu'elles ont en matière de santé, de reproduction et de sexualité.

Connaissance et conscience de la santé reproductive et sexuelle

Pourquoi est-ce important de connaître la santé reproductive et sexuelle ? Il est important de connaître pour prévenir en matière de santé reproductive et sexuelle étant donné que la majorité des problèmes, et de leurs conséquences, relatifs à la santé féminine en Bolivie peuvent être prévenus ou pour le moins diminués avec conscience et connaissances. Connaître la santé reproductive et sexuelle est synonyme de probabilité majeure que la mère ou la femme soit saine comme la famille. Mais surtout, cela permet d'agir sur la mortalité maternelle, élevée en Bolivie, et sur la mortalité infantile, étant donné que la négligence d'une femme et surtout d'une femme enceinte, a des répercussions sur la santé du nouvel être. De plus, cela permet de jouir de sa sexualité, maternité, dans des conditions saines, ce qui apparaît pour de nombreux organismes nationaux et internationaux comme un droit humain fondamental.

Il existe une certaine méconnaissance, ignorance et un désintérêt sur les risques de la santé reproductive et sexuelle, en particulier chez les femmes les plus exposées comme les femmes rurales. De nombreuses femmes ne perçoivent pas la mortalité maternelle et ses causes comme un problème, ne pensent pas que c'est un problème social, et qu'elle peut être prévenue médicalement et institutionnellement. Les participantes de l'atelier de la Fundación

⁹⁶⁹ « *En términos de impacto, creemos que los servicios son necesarios, pero no son suficientes para empoderar a las mujeres o suficientes para crear relaciones equitativas entre los sexos* » (Patsy Bailey, in Family Health International, Programa Estudios de la Mujer, Memorias Conferencia Final, 21 de agosto 1998).

La Paz ont souligné cette ignorance de la santé reproductive et sexuelle, surtout à la campagne, où la population ne connaît, ni ne mesure les conséquences selon elles.

Pendant la grossesse, il peut se produire une série de problèmes pour la femme et la créature ; la femme peut mener une grossesse à hauts risques quand il y a des difficultés qui mettent en danger la vie de la mère et de la créature. Il est donc important de contrôler la grossesse (contrôles prénataux) et de connaître les préventions et les risques qui peuvent se présenter. Mais, comme cela fut remarqué et comme l'a souligné le Docteur Barrientos du CIASE, le contrôle prénatal, ainsi que les vaccinations postnatales, restent un problème car les mères n'en comprennent pas la nécessité, étant donné que leurs enfants ou elles-mêmes ne sont pas malades.

Au sein de l'atelier sur la santé maternelle, certaines patientes pensaient maîtriser le thème de la grossesse et de l'accouchement. Mais le fait d'être mère ne signifie pas connaître les processus, les problèmes et les préventions. Ainsi, ces participantes déclarèrent à la fin de l'atelier qu'elles avaient beaucoup appris, et il y eut une forte demande de documents pour connaître en détails les concepts abordés. L'atelier a suscité de vifs intérêts, même si les participantes semblaient être plus intéressées par l'approche médicale, sans avoir conscience que la santé maternelle, ainsi que la santé reproductive et sexuelle dans son ensemble, était également un thème social.

Une femme en âge reproductif doit régulièrement consulter un gynécologue afin de prévenir certaines maladies telles que le cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein. Or peu de femmes se rendent aux services pour de tels examens ou attendent qu'elles aient mal pour aller au centre de santé, pour des raisons diverses, socioculturelles, ou par peur du diagnostic. La plupart des femmes n'ont pas conscience qu'il s'agit d'examens préventifs.

D'autre part, les femmes, ainsi que les hommes doivent savoir que pendant les relations sexuelles, il est possible d'attraper des maladies appelées de 'transmission sexuelle'. Les plus fréquentes en Bolivie sont, entre autres, la syphilis, la Gonorrhée et le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise). Ils doivent donc avoir conscience que jusqu'à aujourd'hui, l'unique façon de prévenir les MST est l'abstinence sexuelle ou l'utilisation du préservatif féminin ou masculin.

Connaissance et conscience des droits reproductifs et sexuels

Selon Alejandra Villafuerte, la population ne connaît pas ses droits en matière de santé ; elle ne peut guère les revendiquer et encore moins les exercer. La santé reproductive et sexuelle est en fait une exigence de quelques femmes. La majorité des femmes boliviennes, par peur ou par méconnaissance, n'a pas accès à ce droit. Les gens, en ne connaissant pas leurs droits, en ne les exerçant pas, n'accèdent pas aux services.

Après les commentaires sur les socio drames, on demanda aux participantes de l'atelier de la Fundación La Paz si elles connaissaient, ou avaient entendu parler des droits relatifs à ce qui fut développé lors des sessions. Aucune d'entre elles ne connaissait les droits reproductifs et sexuels. Cependant, elles montrèrent un grand intérêt quant aux définitions de ces droits, axées sur quatre piliers qui sont l'éducation sexuelle, la planification familiale, la décision et

la qualité d'attention. Comme la définition de la santé reproductive et sexuelle, ces dernières leurs parurent pertinentes dans la théorie, mais selon elles, la réalité était tout autre. Il s'agit là d'un processus à long terme, dont la première étape est de connaître ses droits en matière de reproduction et de sexualité. A partir de cette présentation, surgirent des idées pour promouvoir ces droits au sein des centres de mères. L'exposition des droits reproductifs et sexuels, ignorés par les participantes, provoqua donc des motivations et des idées pour les diffuser.

La population en général ne semble pas connaître ou avoir conscience de leurs droits en matière de santé. Sandra Aliaga explique que les femmes de la campagne, par exemple, ne savent même pas qu'elles ont des droits. En 1997, le gouvernement bolivien établit l'accès gratuit à différents services de santé, augmente la gamme de méthodes contraceptives et promeut le droit au choix informé. Malgré cela, un haut pourcentage de la population n'a pas pris conscience de ce bénéfice car il ne connaissait pas leurs droits sexuels et reproductifs⁹⁷⁰.

« *Il paraît que nous avons le droit de refuser les étudiants* » (« *Se dice que tenemos el derecho de rechazar los estudiantes* ») demanda une participante de l'atelier de la Fundación La Paz. De même, le sondage mené par AMUPEI rend compte que 39% des hommes et des femmes sollicitent l'amélioration et l'augmentation de l'information sur les programmes et les services en matière de droits sexuels et reproductifs.

La demande n'exerce donc pas son droit. Il existerait également une culture du conformisme. Les quelques plaintes existantes sont peu prises en compte (l'organisme chargé de recevoir ces plaintes, la Defensora de Salud, est financé par le Ministère de la santé). Certains avancent la nécessité de renforcer ces plaintes, de développer un droit. D'autres, comme la Doctoresse Susana Asport, revendiquent la création d'une loi qui affirmerait le droit à la santé reproductive et sexuelle et protégerait la femme. Désormais, selon Ineke Dibbits, il faut aussi que les patients se renforcent en tant que personnes, pour, connaissant leurs droits, pouvoir exiger une communication plus satisfaisante avec le personnel médical⁹⁷¹.

Pour de nombreux acteurs sociaux et politiques, il apparaissait comme primordial de démocratiser l'éducation sexuelle et d'orienter la patiente vers toutes les options pour qu'elle puisse décider elle-même, ou en couple. Il semble nécessaire désormais de passer des efforts destinés à éduquer sur la planification familiale, au moment de former les femmes pour défendre leurs droits reproductifs et sexuels⁹⁷².

Les bénéfices d'une meilleure santé reproductive et sexuelle sont facilement démontrables ; bénéfiques aussi bien pour la société qu'au niveau individuel. Les points faibles restent dans le manque 'd'empowerment' de la population, et surtout des femmes. A l'inverse, le droit des femmes à la santé et notamment à la santé reproductive et sexuelle, est essentiel pour l'égalité de genre et 'l'empowerment' féminin⁹⁷³.

⁹⁷⁰ María Dolores Castro Mantilla, Máriel Layza Antezana, *Evaluación del impacto de intervenciones educativas comunitarias en los servicios de salud Sexual y reproductiva incluyendo anticoncepción en áreas peri urbanas de La Paz*, Bolivia, CIDEM, 2002.

⁹⁷¹ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁹⁷² Reunión Nacional, Campaña 28 de Septiembre, « Por la despenalización del Aborto en AL y el Caribe », « Por el Derecho a Decidir », No estás sola. Hablemos del Aborto, CIDEM, 2002.

⁹⁷³ Women. The right to reproductive and sexual health, Published by the United Nations Department of Public Information – DPI/1877 – February 1997.

L'empowerment

L'exercice des droits reproductifs et sexuels par les femmes, comme le souligne le Docteur Conde, requiert un certain 'empowerment', une certaine auto estime. L'empowerment est le processus par lequel la femme acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement. 'L'empowerment' recouvre un processus « *visant à consolider, maintenir ou changer la nature et la répartition du pouvoir dans un contexte culturel particulier* »⁹⁷⁴, en tenant compte des pouvoirs fréquents dont les femmes peuvent disposer à travers la maternité ou notamment la sexualité. La notion 'd'empowerment' rend compte de la nécessité d'une approche du statut féminin en termes de pouvoir, au sens propre du terme. L'exercice des droits reproductifs et sexuels est donc lié au statut de la femme qui « *reste le premier obstacle à un contrôle de la démographie conscient et volontaire* »⁹⁷⁵. A un meilleur pouvoir correspond une meilleure maîtrise de la santé reproductive et sexuelle.

Selon la Doctoresse Urzagasti, Hôpital Los Andes et CRIN, le point faible reste la santé maternelle à cause du peu d'auto estime de la femme : les femmes sont plutôt des mères que femmes et elles sont de mauvaises mères.

Dans la majorité des cas, on n'observa pas de réel et effectif 'empowerment' des femmes. Elles se définissaient plus comme mère que comme femme. Il existe une importante valorisation de la mère, au détriment du droit de l'homme et de la femme à décider sur leur corps et leur vie, à exister pour eux-mêmes et non en raison de la maternité ou de la paternité. Les Catholiques pour le Droit de Décider propose une notion différente de la maternité : « *Que tes enfants ne soient pas tes ailes* » (“*Que tus hijos no sean tus alas*”). La fécondité a baissé, mais s'agit-il pour autant d'une meilleure conscience des femmes ? Selon Mónica Beltrán S., Directrice Exécutive du Centre de Promotion de la Femme Gregoria Apaza, il s'agit également d'un courant mondial. La fonction reproductive est restée dans la définition du féminin ; la femme reste définie comme un utérus⁹⁷⁶.

La « *madresposa* » se définit et est définie comme la responsable de l'environnement familial et privé, et non comme personne sociale autonome. La mère s'occupe et se préoccupe des autres, et fait moins attention à elle. Dans l'ensemble, le nombre de contrôles prénataux est supérieur au nombre de frottis vaginaux. Cela montre la négligence des femmes par rapport à leur santé reproductive et sexuelle, le manque de conscience et connaissances, et l'importance de la sensibilisation à la santé reproductive et sexuelle pour le bien être personnel et familial.

Les femmes rencontrées sont apparues comme des personnes sans autonomie des décisions reproductives et sexuelles, décisions plutôt soumises au médecin et notamment au conjoint. La femme doit affronter son mari, le docteur 'tout-puissant', relations qu'elle ne maîtrise et ne domine pas. La rareté du frottis est due également à la peur, la honte, le manque de respect de

⁹⁷⁴ H. Le Doare, « Du pouvoir politique et poétique : schéma d'un raisonnement », *Futur Antérieur* n° 25-26, 1994, page 10.

⁹⁷⁵ Dominique Guégan, « La reproduction du monde, ou les femmes et la démographie », in Elisabeth Paquot, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, La Découverte, Maspero, 1982, page 69.

⁹⁷⁶ Silvia Salinas Mulder, « Demography from the soul ». Bolivia, Final Research Report, December 2000.

l'intimité que ressentent les femmes lors des consultations. Le machisme détermine et limite 'l'empowerment', l'auto estime des femmes et leur liberté en matière de reproduction et surtout de sexualité.

« Les facteurs socioéconomiques ayant spécifiquement une incidence sur les femmes en général et sur certains groupes de femmes en particulier. Par exemple, le fait que les femmes disposent de moins de pouvoir que les hommes à la maison et sur le lieu de travail peut avoir des répercussions négatives sur leur nutrition et leur santé. Les femmes peuvent aussi être la cible de formes de violence spécifiques. Les fillettes et les adolescentes sont souvent exposées à des violences sexuelles exercées par des hommes adultes ou des membres de leur famille, et risquent donc des traumatismes physiques et psychologiques ainsi que les grossesses non voulues ou prématurées » (Recommandation Générale n°24, paragraphe 12b).

Sarah Arnez expliquait que dans les droits reproductifs et sexuels se cachait d'autres problèmes, tels que la morale judéo chrétienne qui détermine la définition du sexe, du plaisir, de la reproduction. La femme est abordée d'un point de vue reproductif et non productif, et c'est, selon Sarah, une aberration. Au sein de la partie reproductive, la femme a le droit de réguler sa fécondité, d'éviter d'avoir des enfants... Mais on ne lui permet pas de revendiquer son droit au plaisir, qui fait partie d'une santé sexuelle et reproductive adéquate. Sarah souligne que la santé sexuelle et reproductive reste identifiée à la planification familiale, un aspect très utile pour les femmes. Mais il y a d'autres droits qui changeront la position de la femme dans la société, lorsqu'elle sera propriétaire de ses pouvoirs, de ses savoirs et pourra manier son corps comme elle l'entend (Voir Annexe III : Entretien avec Sarah Arnez).

Quand il s'agit de leur fonction reproductive, les femmes ne sont pas considérées comme des sujets éthiques et moraux, et encore moins comme des personnes avec droit de défendre leur vie. Or la femme a le droit d'être traitée comme le sujet principal en matière de reproduction et de sexualité. D'autre part, comme cela fut théoriquement présenté, l'autonomie et l'autodétermination sont des revendications primordiales mais leur concrétisation dépendra de l'appropriation qu'en fait chaque femme, selon ses propres désirs de croissance et de développement personnel⁹⁷⁷.

Les droits sociaux et économiques et les nécessités pratiques de genre

Aucun droit ne s'exerce en marge des conditions sociales, culturelles, matérielles, en marge des idéologies qui règnent dans les différentes strates de la société. L'exercice d'un droit suppose plus de liberté et/ou de bien être, pour certains secteurs, peut en même temps créer un conflit de vieux schèmes de comportements et de valeurs établis. Les droits sociaux et économiques sont pré requis pour l'exercice des droits reproductifs et sexuels.

L'auto estime, l'empowerment sont liés au niveau socioéconomique et son corollaire, le niveau d'instruction. Les femmes avec d'importants revenus sont plus éduquées, connaissent mieux le système médical et savent où se diriger en cas de problème. Elles ont de plus amples connaissances des méthodes de contraception et les utilisent plus. Si elles souhaitent avorter,

⁹⁷⁷ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

elles ont l'argent pour que la pratique se fasse dans des conditions les moins dangereuses possibles. Elles utilisent les services de meilleure qualité, les plus sûrs, les plus chers. A l'inverse, les femmes avec peu de ressources exercent leur droit de façon limitée. Elles ont un sentiment d'impuissance face au médecin et face au manque de recours. La femme pauvre semble avoir moins de pouvoir de décision⁹⁷⁸. Au delà du manque de conscience et de connaissances, les participantes de l'atelier soulignent que les habitants ont d'autres nécessités, comme celles d'alimenter à la famille.

Dans l'exercice des droits reproductifs et sexuels, il faut s'intéresser aux besoins pratiques et stratégiques de genre (concepts repris à la fin des années 80 par Caroline Moser, théoricienne anglaise). Les Nécessités Pratiques sont déterminées par les conditions de vie qu'ont les femmes et les hommes pour le développement de leur existence. Les Nécessités Stratégiques constituent toutes celles qui sont déterminées par la position qu'occupent les femmes et les hommes au sein de la famille, la communauté ou la société dans son ensemble. Marta Villa, conseillère de la Vice Ministre de la Femme, s'interroge : « *comment parler de droit quand la population a à peine de quoi se nourrir* ».

« *Les programmes de planification familiale avec la distribution de pilules ou de stérilets ont été, sont et resteront inefficaces, malgré les milliards de dollars dépensés, aussi longtemps que les femmes verront mourir leurs enfants, resteront inéduquées et ne pourront gagner leur vie décemment* »⁹⁷⁹. Rene Pereira déclara que « *le rôle des contraceptifs en contexte de pauvreté est quasi minime, et pourtant, si quelque chose paraît être clair, ce n'est pas seulement mentionner une liste énorme des droits reproductifs et sexuels, une liste de bonnes intentions, d'un devoir être, mais fondamentalement viser l'exercice des droits reproductifs et sexuels également* »⁹⁸⁰.

CONCLUSION

En matière de santé reproductive et sexuelle, l'Etat et la société bolivienne ont reconnu l'application des droits reproductifs et sexuels. La signature de la CEDAW et plus tard des Programmes du Caire et de Beijing, comme les actions et les mesures du gouvernement et des ONG montrent une nouvelle conscience et nécessité. Cependant, en Bolivie, il n'existe pas de corps légal qui aborde explicitement ces droits, ni un concept juridique adéquat et unanime à leur égard.

⁹⁷⁸ Il faut cependant relativiser ce pouvoir de décision des femmes 'riches'. Un exemple : la décision par la praticien de faire une césarienne : la femme pauvre, ayant peu de pouvoir de décision et peu de conscience sur ses droits, acceptera la décision du médecin ; la femme plus aisée fera de même, telle est sa confiance envers le docteur.

⁹⁷⁹ Jeanne Bisilliat, Michèle Fieloux, *Femmes du tiers monde. Travail et quotidien*, L'harmattan, 1992.

⁹⁸⁰ "el rol de los anticonceptivos en contexto de pobreza es casi mínimo y por lo tanto, si algo parece quedar claro, es no solamente mencionar el listado enorme de los derechos reproductivos y sexuales, un listado de buenas intenciones, de un debe ser, sino fundamentalmente apuntar el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales también" (Family Health Internacional, Programa Estudios de la Mujer, Memorias Conferencia Final, 21 de Agosto 1998).

Silvia Salinas explique alors que la situation actuelle des droits reproductifs et sexuels est ambivalente par les complexités et les contradictions pratiques et conceptuelles du 'réel' et du 'légal'. Ces droits sont soumis à d'importantes barrières : des barrières politiques, alimentées par la forte pression exercée par les préceptes moraux imposés par l'Eglise et l'Etat, par le manque de volonté politique au niveau national et local ; des barrières culturelles, telles que la dépréciation culturelle, la sous-estimation de la médecine traditionnelle, le machisme et la société patriarcale ; des barrières physiques et informatives, corollaire d'un manque d'accès aux moyens de transports, d'horaires inadéquats des services de santé, d'une mauvaise distribution des ressources pour la santé, d'un manque de services de contraception, d'information sur le corps et la sexualité ; des barrières médicales, dues à la faible qualité humaine des soins obstétriques et gynécologiques ; et surtout des barrières de genre, engendrées par la société à double morale, par la condition, et notamment la vulnérabilité sociale et symbolique des femmes. Ainsi, les droits reproductifs et sexuels sont implantés, officiellement reconnus, mais la réalité sociale bolivienne n'a pas atteint l'exercice réel et entier de ces droits.

Le droit à la santé, dont le droit à la santé reproductive et sexuelle des femmes boliviennes, rencontre de grandes limitations dans son exercice, des limitations qui sont liées à leurs conditions de genre, qui restreignent leur capacité d'accéder, de décider et de choisir. Ces droits ne sont pas assumés par les femmes. L'exercice du droit, du libre choix informé, par exemple, requiert un certain empowerment, une certaine auto estime de la femme.

Des « mythes [sont] associés à la sexualité de la femme. (...) les femmes ne sont pas libres de décider sur leur corps et leurs préférences sexuelles. Les femmes ne peuvent exprimer leur sexualité sans peur de la violence et de la discrimination. Les lesbiennes sont exclues du système de santé, qui ne les considère pas sexuellement ou reproductivement actives »⁹⁸¹.

Selon Elena Crespo Y., il s'agit de considérer la reproduction des femmes comme un processus de volonté, de droit sur leur corps, ce qui requiert la reconstruction de valeurs et d'imaginaires, le questionnement du fait que les femmes aient été expropriées de leur corps, exclues des décisions et de la connaissance, et l'utilisation des normes et mécanismes qui assurent l'exercice à décider pour les femmes⁹⁸².

L'étude menée à La Paz et El Alto montre donc que par manque d'orientation, de connaissance, d'intérêt et d'empowerment, la majorité des femmes rencontrées n'était pas en condition, ni n'avait la possibilité d'exercer leurs droits en matière de santé reproductive et sexuelle. Les patientes et les participantes aux ateliers ne semblaient pas non plus connaître, avoir conscience de leurs droits reproductifs et sexuels, entendus comme autonomie des décisions reproductives ; elles pouvaient donc difficilement les revendiquer et encore moins les exercer.

Il existe un consensus sur le fait que la planification familiale constitue un service important pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant, non corollaire cependant d'une mise en pratique effective. Rappelons que la planification des naissances a un rôle très important à

⁹⁸¹ Dra Teresa E. Rivero Gréau, *Recopilación, Analisis y Documentación sobre las iniciativas de adecuación intercultural y Aplicación de practicas y Tecnología apropiadas en Salud Materna y Néonatal*, UNFPA, 2002, page 9.

⁹⁸² Elena Crespo Y., « Para conocer y digundir mensajes que comuniquen y eduquen sobre los derechos sexuales y reproductivos », RED ADA, UNFPA, IPPF, 2001.

jouer, ne serait-ce qu'en faisant des enfants des êtres désirés, qui ont d'emblée une place dans la communauté familiale et sociale. D'autre part, la régulation volontaire de la fécondité apparaît comme une condition sine qua non pour l'empowerment des femmes. En termes de bénéfices, on peut conclure que la majorité des hommes et des femmes est convaincue que la contraception apporte des bénéfices économiques mais aussi des bénéfices de santé. L'usage de méthodes libère également la femme et le couple d'une grossesse non désirée, peut améliorer la vie sexuelle et les relations intra-couple et le bien-être familial. Où il y a emploi, nous savons que celles qui utilisent des méthodes ont plus de chances d'intégrer la force de travail. Finalement, « *l'utilisation de méthodes aide les femmes à accomplir leurs nécessités pratiques et l'utilisation est nécessaire mais pas suffisante pour les aider à accomplir leurs nécessités stratégiques* »⁹⁸³. Quand les femmes ont de petites familles, elles se montrent plus disposées à abandonner leur rôle traditionnel et ont à affronter alors de nouveaux défis, parfois difficiles, y compris la charge de responsabilités multiples dans le foyer et le travail.

⁹⁸³ “*El uso de métodos ayuda a las mujeres a cumplir sus necesidades prácticas y el uso es necesario pero no es suficiente para ayudarles a cumplir con sus necesidades estratégicas*” (Patsy Bailey, in *Family Health Internacional*, Programa Estudios de la Mujer, Memorias Conferencia Final, 21 de Agosto 1998).

Conclusion

Partout dans le monde, les pays font preuve d'un nouvel engagement, d'une nouvelle conscience, ou du moins de bonne figure quant aux droits fondamentaux des femmes, reconnus et réitérés dans les instruments internationaux tels que la CEDAW, et les Programmes d'Action du Caire et de Beijing. L'Amérique Latine témoigne de ce nouvel ordre idéologique qui anime aujourd'hui les sociétés et la communauté internationale. Dans le cadre des engagements internationaux, et sous la pression constante des mobilisations féminines et féministes, des mesures sont prises dans la région, des lois sont adoptées pour favoriser les femmes, ou amoindrir les inégalités de genre, dans divers domaines sociaux et politiques.

La place des femmes latino-américaines sur le marché du travail, dans l'éducation s'affirme ; leur protection législative se renforce ; les indicateurs sociaux de la population féminine s'améliorent. Aujourd'hui, une femme est Présidente de la République, Michelle Bachelet⁹⁸⁴, et 10 femmes sont ministres dans le gouvernement du Chili, 4 femmes occupent ce poste dans le gouvernement d'Evo Morales en Bolivie. Grâce aux mesures gouvernementales, à la conscientisation croissante des femmes sur leur discrimination et à leur volonté progressive d'émancipation, la condition de la femme latino-américaine d'aujourd'hui n'est plus celle d'hier.

Cependant, dans tous les domaines, l'éducation, le travail, la politique, la santé, il existe un décalage entre les engagements, entre les mesures, les politiques adoptées et la réalité, le quotidien des femmes. L'égalité de droit des femmes dans la région n'a pas atteint l'égalité de fait, et se heurte à des facteurs d'ordre politique, social, économique et culturel pour se réaliser, et rencontre des barrières pragmatiques et idéologiques. Ainsi, l'amélioration et l'application des principes d'égalité de genre sont lentes et souvent incertaines.

“Comment faire pour que les droits humains de la femme aient un véritable impact dans la vie réelle des femmes?”, s'interroge Rebecca J. Cook⁹⁸⁵. Celui qui tente d'aborder les droits humains de la femme doit se demander comment protéger ces droits dans le contexte de chaque culture, et de chaque tradition.

Le contexte culturel de l'Amérique Latine, hormis les diverses communautés indigènes qui imprègnent la région de patrons culturels variés, est fortement marqué et influencé par le machisme et l'Église catholique, qui transmet une image de la femme stéréotypée : soumission, faiblesse, reproduction sont quelques attributs féminins toujours de vigueur dans la société latino-américaine. Le rôle procréateur des femmes reste alors une source de discrimination, et l'on rejoint là les théories féministes. Par cette 'faiblesse' idéologisée du rôle reproductif, le monde politique, et le monde social, protègent parfois excessivement la femme, ou au contraire la discriminent. Or, le préambule de la CEDAW affirme que ce rôle des femmes ne doit pas être une source de discrimination. Mais ce principe ne se reflète pas dans les mesures politiques et dans la réalité sociale.

⁹⁸⁴ Une femme est également élue Présidente en Afrique, au Liberia, Ellen Johnson-Sirleaf.

⁹⁸⁵ Rebecca J. Cook, *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, Profamilia, 1997.

Le rôle reproductif des femmes est une source de discrimination en Bolivie. Or ce rôle est apparu, lors de l'étude, comme imposé par la société, la famille ou auto imposé. On observe certes de meilleures connaissances et pouvoirs des femmes sur leur reproduction en particulier. En témoignent la diminution du taux de fécondité, l'augmentation de l'accès aux centres de santé, et l'augmentation de la connaissance et de l'utilisation des méthodes contraceptives (ENDSA, 1998). Mais peut-on pour autant parler d'un réel exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes boliviennes ?

Il existe une demande en matière de planification familiale. Pendant les entretiens dans les services de maternité de La Paz et El Alto, de nombreuses patientes expliquèrent qu'elles ne voulaient plus d'enfant ou qu'elles voulaient espacer la prochaine grossesse, parce qu'elles voulaient apporter une éducation de qualité à leurs enfants ; et selon elles, la situation économique ne permettait pas d'avoir « *autant* » d'enfants⁹⁸⁶. Les conclusions de ENSA 98 rendent également compte de cette demande au niveau national. Mais comme cela fut démontré, les femmes avec de telles demandes se confrontent à diverses barrières institutionnelles, socioculturelles et médicales. Ainsi, les demandes et les nécessités restent insatisfaites, et de nombreuses femmes vivent l'expérience d'une grossesse non planifiée ou non désirée. L'autonomie des femmes boliviennes par rapport à leurs décisions reproductives et sexuelles apparaît alors comme limitée. Il n'y a pas de domination réelle de la maternité et de la sexualité sans risque de grossesse.

Ainsi, reprenant le cas des droits reproductifs et sexuels véhiculés par la CEDAW et le Programme d'Action CIPD'94, illustrés par la planification familiale et l'avortement, les observations et les entretiens au sein d'hôpitaux publics de La Paz et de El Alto, ainsi que les discussions collectives dans des groupes de femmes rendent compte d'une appropriation personnelle relative des droits en matière de santé reproductive et sexuelle. La politique, le machisme, les conceptions et les pratiques culturelles, l'attention médicale sont autant d'éléments qui semblent interférer dans la réalisation sociale de la *Maternité Volontaire* en particulier, des droits reproductifs et sexuels des femmes boliviennes en général.

Le monde politique rend compte d'une importante prise de conscience et d'une démocratisation du thème de la santé reproductive et sexuelle et des droits reproductifs et sexuels, droits désormais reconnus comme droits humains. Des mesures spécialisées sont adoptées, de nombreuses ONG et groupes de femmes travaillent sur le thème, pour sensibiliser les femmes, et aujourd'hui également les hommes. Mais ces politiques, ces mesures, et ces lois ne rendent compte d'un concept clair de la notion des droits reproductifs et sexuels, et de la perspective de genre, comme le soulignait Susanna Rostagnol, anthropologue uruguayenne. Ainsi, lois et politiques influent, voire affectent l'état de la santé reproductive et sexuelle des femmes, et leur exercice des droits relatifs.

L'Etat bolivien a rendu prioritaire certaines lignes d'attention à la santé des femmes dans le cadre des engagements assumés au niveau international ; cependant, il existe certaines difficultés dans le dessin et l'application des politiques qui incorporent la composante genre, fondamentalement parce qu'il existe une certaine inadéquation des politiques nationales dans le cadre des politiques internationales à cause des conditions particulières qu'a la Bolivie, sans avoir réussi à incorporer les particularités culturelles et les systèmes de genre pour le fonctionnement et l'organisation des services de santé.

⁹⁸⁶ On peut parler ici de « malthusianisme de la pauvreté ».

Les politiques, ainsi que le monde médical, n'abordent pas la santé reproductive et sexuelle de façon intégrale, et se préoccupent essentiellement de la santé des mères, au détriment des autres composantes comme la santé sexuelle de la femme, la sexualité des adolescents, la pratique de l'avortement ; ce qui alimente des tabous et laisse des problèmes en suspens, irrésolus. On note alors un certain décalage entre les exigences politiques, socioculturelles et les demandes sociales. Face à cette réalité, apparaît la nécessité « *d'humaniser les politiques de santé* »⁹⁸⁷, qui rendrait compte que la reproduction et la sexualité ne sont pas seulement des thèmes biologiques mais aussi sociaux et qu'ils ne concernent pas seulement la "madresposa".

D'autre part, les prestataires de santé n'évoquent pas de façon systématique le thème de la planification familiale. Une condition de l'exercice des droits reproductifs et sexuels est le libre choix informé (c'est-à-dire l'offre d'une information complète et détaillée sur les moyens de contraception pour permettre à la femme de décider sur la méthode la plus appropriée selon elles). Or les conseils en matière de reproduction et de sexualité ne se basent pas sur les nécessités des femmes, et n'apportent pas d'amples connaissances sur leur corps, leur santé et leurs droits ; ce qui limite les décisions informées.

Par rapport à l'orientation, les docteurs répondent aux questions des patientes ou expliquent aux femmes qu'ils estiment avec « *trop* » d'enfants qu'elles doivent faire attention. Mais ils n'exposent pas les différentes méthodes qui permette un choix libre et autonome. Comme le signale Ineke Dibbits dans *Lo que puede el sentimiento*, quand l'information est incomplète ou manipulée, quand l'offre d'une partie des contraceptifs existante est minime, on ne peut parler de respect des droits reproductifs et sexuels⁹⁸⁸.

Une autre caractéristique qui montre la limite de l'autonomie des femmes en matière de reproduction et sexualité est la pénalisation de l'avortement et surtout la non application de l'article 266 du Code Pénal qui autorise l'avortement dans certaines conditions telles que le viol. Ainsi, la Bolivie connaît des cas de jeunes de 12 ou 14 ans, violées par leur beau père, qui doivent poursuivre leur grossesse. Face à une grossesse non désirée, résultat d'un viol par exemple ou de manque d'orientation sur les mécanismes de la reproduction, la femme décide d'avoir cet enfant, ce qui peut avoir des conséquences sur l'état mental de la mère et de l'enfant, ou opte pour l'avortement. En plus de mettre sa vie en danger, cette femme court le risque d'être discriminée, puisqu'une femme qui refuse la maternité n'est pas acceptée dans la société bolivienne.

Comme l'explique Silvia Salinas Mulder, anthropologue bolivienne, la situation actuelle des droits reproductifs et sexuels est ambivalente par les complexités et les contradictions pratiques et conceptuelles du réel et du légal. Ces droits sont soumis de façon générale à une pression très forte de l'Eglise, de l'Etat et de la société ; à un manque d'orientation et d'information sur le corps, la reproduction et la planification familiale ; à une qualité faible de l'attention médicale ; à une interdiction de l'avortement⁹⁸⁹.

⁹⁸⁷ "humanizar las políticas de salud", in Sonia Montañó, « Los Derechos Reproductivos de la mujer », in Laura Guzmán, Gilda Pacheco Greamuno (comp.), *Estudios Basicos de Derechos Humanos IV*, IDH Serie Estudios de Derechos Humanos, tomo IV, 1996.

⁹⁸⁸ Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento*, Tahipamu, 1994.

⁹⁸⁹ S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995.

En matière de reproduction et de sexualité, il existe une conception particulière des femmes en Bolivie : elles ne sont pas considérées comme des sujets éthiques et moraux, et encore moins comme des personnes de droit. Toute une série de barrières et exigences limitent le pouvoir de décision des femmes sur leur santé reproductive et sexuelle, telle que la sollicitude de la signature du mari pour l'utilisation de certaines méthodes contraceptives. Cette conception est entretenue par la femme elle-même (faible auto estime, manque d'empowerment), par sa situation et sa condition socio-économiques. Les droits sociaux et économiques sont requis pour l'exercice des droits reproductifs et sexuels. Aucun droit ne s'exerce en marge des conditions sociales, culturelles et matérielles, en marge des idéologies qui existent dans les différents milieux sociaux.

L'empowerment reproductif et sexuel se voit également limité par les conceptions socioculturelles des femmes. Là, les femmes se définissent et sont définies avant tout comme mères, ou comme "madresposa". Cette conception est confirmée dans les politiques, avec aujourd'hui la loi du SUMI.

Les droits reproductifs et sexuels semblent alors constituer une acquisition primordiale des femmes pour son empowerment éducatif, économique et politique, pour accomplir ses nécessités pratiques et stratégiques de genre. Il apparaît comme primordial de s'intéresser de façon plus intégrale et pratique aux droits reproductifs et sexuels pour impulser une amélioration de la condition féminine en Bolivie.

Bibliographie

« Aborto impune, existe pero está sin reglamentar », *in* La Gaceta jurídica, n°362, La Paz, Viernes 23 de Julio de 2004;

Pascale Absi, Philippe Crnogorac, « La femme, la mine et le diable », *in* J. P. Lavaud, M. Leclerc-Olive, Lazos Bulletin de liaison bolivianiste n°4, Institut de Sociologie (Lille), décembre 2000 ;

AFP, « Le monde commémore la Journée des femmes », « Les femmes souvent écartées du pouvoir », « En Asie Pacifique, protestations et colère pour la Journée des femmes », www.lemonde.fr , 08/03/05;

Agenda parlamentaria de las mujeres 2002-2007, AMUPEI, 2002, 126 pages;

Rolando Aguirre Calderon, « Epilogo. Un Nuevo camino para alcanzar calidad en la atención », *in* Ineke Dibbits, Mariska de Boer, *Encuentros con la propia historia – Interculturalidad y Trato Humano desde las perspectivas de un equipo de salud*, TAHIPAMU, 2002, pages 103-108;

Maria Jose Alcala, *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción* (“Definición de conceptos y derechos”, “Planificación de la familia”), FCI, 1995;

Sandra Aliaga Bruch, *Es la Salud Sexual y Reproductiva un tema clave en las Propuestas Políticas? Los Partidos Responden*, PROCOS-UNFPA, Mayo 1997;

Sandra Aliaga Bruch, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, Johns Hopkins University/Center for Communication Programs, sept 2000, 145 pages;

Sandra Aliaga Bruch, Mery Quiton Prado, Maria Elena Gisbert, *Veinte Historias, un mismo tema: Aborto*, Population Council, 2000, 107 pages;

Sandra Aliaga Burch, « Bolivia. Abordar el aborto sin prejuicios ni pasión », *in* Fempress, n°178, agosto 1996;

Lidia Aliaza, « Bolivia: la solitaria lucha de las mujeres », *in* Derechos Humanos, la insignia, 30 noviembre 2000 ;

Ana María Amado, « ¿Argentina? No sabe, no contesta », *in* Fempress, n°186, abril 1997;

Ana María Amado, « Argentina. Anticoncepción en los municipios », *in* Fempress, n°183, enero 1997;

Ana María Amado, « Argentina. Anticonceptivos en regla », *in* Fempress, n°171, enero 1996;

Ana María Amado, « Argentina. El aborto y la Constitución », in Fempress, n°155, sept. 1994;

Ana María Amado, « Argentina. La ONU se preocupa y recomienda », in Fempress, n°193, nov. 1997;

Sen Amartya, « Un nouveau modèle économique. La liberté des femmes, atout du développement », in Le Monde Diplomatique, septembre 2000 ;

Amnesty International, « Colombie. Les femmes en Colombie. Rompre le silence », AMR 23/41/95, septembre 1995 ;

Amnesty International, « Corps brisés, volontés détruites. Violences impunies contre les femmes », Le Monde Diplomatique, mars 2001 ;

Amnesty International, Mexique. « Les violations des droits fondamentaux des femmes se multiplient. Pour que justice soit faite : vaincre la peur », A. I., mars 1996 ;

Amnesty International, Rapport 2000 ;

Amnesty International, Rapport 2001 ;

Análisis de equidad de género en Bolivia 1992-2002. Informe del Estudio, Viceministerio de la mujer, 2003, 247 pages;

Bhali Anandpur, « Inde : où sont les femmes ? », in Courrier International, n°641, février 2003 ;

Ezequiel Ander-Egg, *Repensando la Investigación-Acción-Participativa, comentarios, críticas y sugerencias*, Editorial el Ateneo 1990;

Jeanine Anderson, *Tendiendo Puentes – Calidad de Atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*, Movimiento Manuela Ramos, mazo 2001;

Armelle Andro, V. Hertrich, « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? », in Population, n°56, 2001 ;

Ignacio Arcaya, Encargado de la Presidencia de la República, « Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer », Venezuela, el 26 de octubre de 1999;

L. Arizpe, « Amérique Latine : stratégie pour une situation ambiguë », in Courrier de l'Unesco 'La femme invisible', juillet 1980 ;

L. Arizpe, in Y. Mignot Lefebvre, « La sortie du travail invisible : les femmes dans l'économie », in Revue Tiers-Monde, n°102, avril-juin 1985 ;

Denise Arnold, Juan de Dios Yapita con Magarita Tito, *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*, ILCA/FHI, 1999, 286 pages;

Denise Arnold, Juan de Dios Yapita, « Los caminos de género en Qaqachaka: saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », in Silvia Rivera Cusicanqui (comp.), *Ser mujer indígena, chola o birlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*, Ministerio de Desarrollo Humano, Subsecretaría de Asuntos de género, Plural Editores, 1996, pages 303-392;

Denise Y. Arnold, Jo Murphy Lawless, Juan de Dios Yapita y otros, *Hacia un modelo social del parto: Debates obstétricos interculturales en el Altiplano Boliviano*, Serie Informes de Investigación, II n°1, ILCA, La Paz, Bolivia, 2001;

Denise Y. Arnold, Juan de Dios Yapita y otros, *Las wawas del Inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*, Serie Informes de Investigación, II n°2, ILCA, La Paz, Bolivia, 2001;

Oswaldo Artaza, Mauricio Bustamante, Inés Elvira Ordóñez (coord.), Estudio de reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la subregión andina, Non publié en janvier 2004, 39 pages;

Assemblée Nationale, Commission des Affaires Etrangères, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, déposé par la commission des Affaires Etrangères, présenté par Jack Lang, 1998, 467 pages ;

Association Antillaise Pour la Recherche et l'Action Féministe, « L'accès aux Services Médicaux de Qualité – Le droit d'une femme », CAFRA, 2000-2001 ;

Silvia Augsburger, « Del método anticonceptivo a la despenalización del aborto », <http://www.convencion.org.uy> ;

Karina Avilès, « Legisladores mexicanos opinan sobre el aborto », in Triple Jornada n°2, 5 octubre 1998 ;

« Avortement : une pilule difficile à avaler », in Courrier International, n°519, le 12/10/2000 ;

Elisabeth Badinter, *XY – De l'identité masculine*, Ed. Odile Jacob, 1992, 314 pages ;

Isabel Barranco, « Aborto: cronología del debate en México », in Triple Jornada n°1, 7 de septiembre 1998;

Eduardo Barraza, « Manipula provida el aborto y sus imagines », in Triple Jornada n°24, 7 de agosto 2000;

Cecilia Barreto, « Elecciones Nacionales, Tema de genero: el gran ausente », in Fempress, n°217, dic. 1999;

Mariama Barry, *La petite peule*, Mazarine, 2000, 268 pages ;

Elie Barth, « Le Sénat fait une plus large place à la gauche et aux femmes », in Le Monde, 24 septembre 2001 ;

Basta de violencia: Denunciemos el asesinato de mujeres en Bolivia. Campaña 25 de Noviembre. “Día Internacional de la no violencia contra las mujeres”, RED-ADA, IFFI, Casa de la Mujer, ECAM, CPMGA;

Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, tomes 1 et 2, Editions Gallimard, 1949, 400 et 504 pages ;

Olmedo Beluche, « El aborto, un derecho no un delito », présenté au séminaire sur le genre et le féminisme, intitulé ‘La cuestión del aborto y los derechos de las mujeres’ en Panamá, <http://www.convencion.org.uy> ;

Lisa Bennett-Haigney, « What About CEDAW », www.now.org/nnt/11-95/cedaw.html;

Ney Bensadon, *Les droits de la femme, des origines à nos jours*, PUF, 1999, 127 pages ;

Amanda Beatriz Berez (coord.), « Definición de Aborto y concepto de vida », in *Aborto: Voces de una polémica*, Arca, 1994;

Violeta Bermúdez Valdivia, *La regulación jurídica del aborto en América latina y el caribe. Estudio Comparativo*, CLADEM, Abril de 1998;

Violeta Bermúdez Valdivia, *Silencios Públicos, Muertes Privadas*, « La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe – Estudio Comparativo », CLADEM, abril 1998, 243 pages;

S. Bessis, « Genre et Développement : théories et mises en œuvres des concepts dans le développement. L’approche genre et les organisations internationales, du discours à l’action », présentation au Colloque international ‘Genre, population et développement en Afrique’, UEPA, UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001 ;

Nidia Cristina Betancur M., *Nosotras ‘las es-cuchas’. Escuchar con perspectiva de genero: una propuesta para la construcción de equidad*, ENDA, octubre 2000;

María Betánia Avila, « Reflexiones sobre los derechos reproductivos », non publié et non daté;

Hanna Binstock, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, Agosto de 1998, 50 pages;

J. Bisilliat, *Face aux changements, les femmes du Sud*, l’Harmattan, 1997, 367 pages ;

Jeanne Bisilliat, Michèle Fiéloux, *Femmes du tiers-monde. Travail et quotidien*, l’Harmattan, 1992, 122 pages ;

Mariana Blengios Valdes, « Aborto », in *Tribunal del Abogado* n°128, Mayo/Junio de 2002;

Roberto Böhr Arana, Oscar Larrain Sanchez, *La Revolución Silenciosa: El Seguro Básico de Salud*, MSPS, 1994;

Boletín Electrónico: Legislación y Jurisprudencia. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en América Latina y el Caribe, Edición Especial, octubre de 2002, Campaña por una Convención Iberoamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos;

« Bolivia: Mujeres palliris sobreviven con 5 dólares al mes », *in* Derechos Humanos, 14 février 2001 ;

P. Bourdieu, *La domination Masculine*, Edition du Seuil, 1998, 142 pages ;

Jean-Jacques Bozonnet, « En Italie, victimes de fortes discriminations, les femmes travaillent peu et n'ont plus d'enfants », *in* Le Monde, 09/03/05 ;

Rossana Brancato, Nicolas Camacho, Debora Feijo, Gloria Lewy, Heberto Martinez, Silvia Nobile, Diego Sere, « ¿Aborto u homicidio? », *in* Dirección Nacional de cárceles penitenciarias y centros de recuperación, Instituto de criminología, “Anales de las primeras Jornadas uruguayas de Criminología”, tomo II, 8-10 de nov. De 1989, p. 113-116;

Ramonina Brea, Isis Duarte, *Entre la calle y la casa, Las mujeres dominicanas y la cultura política a finales del siglo XX*, Profamilia, 1999, 168 pages ;

Carole Brugeilles, « Evolution de la pratique contraceptive au Mexique : l'expérience de trois générations de femmes », *in* Trace n°43, 2003 ;

Cristina Brullet Tenas, Pilas Carrasquer Oto (compiladoras), *Sociología de las relaciones de género. Congreso de Sociología, Granada 1995*, Instituto de la Mujer, 1996;

Alexandre Buccianti, Guy Herzlich, « La conférence des Nations unies sur la population », *in* Le Monde, 15 septembre 1994 ;

Luisa Cabal, « Statement by the Centre of Reproductive Rights on the Latin American and Caribbean Day for Decriminalization of Abortion », September 2000;

Agnès Callamard, « Les femmes à l'assaut du ciel », *in* Le Monde Diplomatique, juin 2000 ;

Leticia Calvario Martínez, *La Calidad de la Atención en los Servicios de Salud sexual y reproductiva*, Proyecto de Investigación, 2002;

Alma Virginia Camacho, Susanna Rance, Marian Abernathy y Alexia Escobar ante la reunión de la asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA) el 1ro de noviembre de 1995, « Desde 'Yawar Mallcu' hasta Cairo: la historia de las políticas de salud reproductiva en Bolivia », *in* Una gestión por la vida, Proyecto de Salud reproductiva UNFPA-OPS/OMS-USAID, Departamento de Salud de la Mujer, Dirección Nacional de la Mujer y el Niño, Secretaría Nacional de Salud y Comité Técnico por una Maternidad Segura, domingo 3 de Agosto, 1997;

Campana 28 de Septiembre – Día por la Despenalización del Aborto en América Latina, Informes de los Países, *Bolivia*, 2002;

Campaña 28 de septiembre – Día por la Despenalización del Aborto en América Latina, « Como el aborto aparece en los Programas de Acción »;

Campaña 28 de Septiembre « Por el Derecho a Decidir », *Ley para la interrupción Legal del Embarazo*, Bolivia 2003, 19 pages;

Campaña 28 de Septiembre. Día por la Despenalización del aborto en América Latina y el Caribe, « Estado Laico y el Derecho al Aborto », 2002;

Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos – Uruguay, CLADEM, CNS, Cotidiano Mujer, Hacia Falta, MYSU, non daté;

Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos;

Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, Primera versión (para el debate), « Manifestó », Lima, noviembre de 2002;

Carrera de Sociología / Facultad de Ciencias Sociales, Population Concern, IDIS-UMSA, *Sumario Ejecutivo – El difícil camino de (construir) una sexualidad libre de la reproducción – Sexualidad en mujeres y varones universitarios – Universidad Mayor San Andrés, Bolivia*, Febrero de 2003;

Cartilla I, Historia de los Hidrocarburos en Bolivia. “De los usos ancestrales a los conflictos de Octubre”, Coordinadora de la Mujer, CIPCA, junio 2004, 25 pages;

Cartilla III, El Referéndum 2004. “El futuro del gas en nuestras manos”, Coordinadora de la Mujer, CIPCA, junio 2004, 20 pages;

Casa de la Mujer de la Unión, *Violencia Domestica – Grupos de Autoayuda. Un camino posible*, 2001;

Casa de la mujer. Boletín 2001, n°2;

Maria Dolores Castro Mantilla, « Los Diálogos Comunitarios; una metodología participativa para acciones en salud », J&G VIII – 17 enero-junio 1998;

Maria Dolores Castro Mantilla, Silvia Salinas Mulder, *Avances y retrocesos en un escenario cambiante: Reforma en Salud, Mortalidad Materna y Aborto en Bolivia*, CIDEM, 2004, 148 pages;

Horacio D. Catalurda, Guillermo Alvarez, Sancion de « Defensa de la Salud Reproductiva », Sala de secciones de la Cámara de representantes, en Montevideo, 10 de diciembre de 2002;

CDD, Conciencia latinoamericana, Vol. XIII n°5, diciembre 2002;

CDD/AL, « Feministas y católicas: ¿por qué no ? », <http://www.cath4choice.org/spanish/lowbandwidth/splatin.html> ;

CDD-Bolivia, Seminario – Presentación del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 del Código Penal Boliviano – Aborto Impune, 5 de junio de 2001;

Mike Ceaser, « Criado o esclava, », 28 juin 1999;

Sergio Cecchetto, « Bioética, Salud reproductiva y Derechos Humanos », *in* Jurisprudencia Argentina número especial 6166, 3/11/99;

María Ysabel Cedano, « Consensos y Disensos en las Agendas del Movimiento de Mujeres sobre Derechos Sexuales y Reproductivos », 2000;

« [CEDAW] Résumé du groupe de travail – Février/Mars 1999 », www3.undp.org/www/lists/cedaw/msg00056.html ;

Centre for Reproductive Rights, « Women of the World: Bolivia », *in Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, Latin America and the Caribbean, Progress Report 2000*, The Centre for Reproductive Law and Policy (CRLP)/DEMUS, January 2001;

Centre for Reproductive Rights, « Advocates in Latin America Declare Abortion a Woman's Right », December 2001;

Centre for Reproductive Rights, « Beijing+5: Assessing Reproductive Rights », November 2000;

Centre for Reproductive Rights, « Emergency Contraception: An Important Component of Women's Rights », February 1999;

Centre for Reproductive Rights, « Emergency Contraception: Contraception, Not Abortion – An Analysis of Laws and Policy Around the World », April 2002;

Centre for Reproductive Rights, « Maternal Health: Implications for Children and Adolescents », http://www.crlp.org/pdf/pub_fac_adoles_maternalhealth.pdf ;

Centre of Reproductive Rights, « Nepal's King Legalizes Abortion », September 2002;

Centre pour les Droits Reproductifs, « Lois Relatives à l'Avortement à travers le Monde », mars 1999 ;

Centro de Derechos Reproductivos, « Mujeres Jóvenes de Bajos Recursos son Perseguidas por la Ley de Aborto en El Salvador », noviembre 2000;

Centro de Derechos Reproductivos, « Situación legal del aborto en el mundo », mayo 1999;

Centro de Derechos Reproductivos, *Derechos reproductivos 2000: Hacia adelante*, 2000 ;

Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj – Population Concern Andes (Yolanda Vargas Quiroga, Luis Victor Aleman U.), *La maternidad en mujeres indígenas quechuas – Caso de diez ayllus de los municipios de Caiza "D" y Cotagaita del departamento de Potosí-Bolivia*, 2003, 55 pages;

CEPAL, « Consenso de México », Documento de Sala de Conferencia DSC/1, 12 de junio de 2004, 6 pages;

CEPAL, *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2003-2004*, « Bolivia »;

CEPAL, *Indicadores de género: Para el seguimiento y la evaluación del programa de acción regional para las mujeres de América Latina y Caribes 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing*, NU/CEPAL, 1999 ;

Anne Cesbron-Fourrier, « Bush en guerre contre les femmes », *in Clara Magazine* n°77, mai 2003 ;

Anne Cesbron-Fourrier, « Dans l'enfer des tournantes », *in Clara Magazine* n°76, mars 2003 ;

Anne Cesbron-Fourrier, « IVG : des droits... en attendant des actes ! », *in Clara Magazine* n°76, mars 2003 ;

E. Chaney, *Supermadre: women in politics in Latin America*, Institute of Latin American Studies by University of Texas Press, 1979, 210 pages;

Susana Chiarotti, Gloria Schuster, Analia Aucia (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo), « El embarazo Forzado. Reflexiones desde el Angulo Socio-jurídico », *in Zona Franca*, Año IX, numero doble: 9/10, Centro de Estudios Interdisciplinario sobre las mujeres, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Septiembre 2001;

María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler, Susanna Rance, *Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de Planificación Familiar entre mujeres aymaras del área urbana de Bolivia*, Documento de Trabajo n°5JSI, 24 de Enero, 1994, 35 pages;

CIDEM, *Mujeres al Timon en Bolivia. Fortalecimiento de Liderazgos femeninos para el ejercicio de los Derechos Políticos y Ciudadanos*, « Guías de Capacitación », 2001;

CIES (Centro de Investigación, Educación y Servicios), *Memoria institucional 1987-1997*;

Antonio J. Cisneros, « Opiniones de Especialidades Medicas sobre Planificación Familiar. Un estudio descriptivo », Serie/ Estudios de Población y Desarrollo n°22, Ediciones Centro de Investigaciones Sociales (CIS), Abril 1983;

Antonio J. Cisneros, *Actitudes y Factores condicionantes de la profesión medica en Bolivia*, Centro de Investigaciones Sociales, Serie Estudios de Población y Desarrollo n°1, Edición CIS, nov 1974;

CLADEM, « Buenos Aires: Se promulga Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable », *in Revista Informativa* n°2;

CLADEM, « Recuerde y piense », Datos del MSP (Ministerio de Salud Publica) y de la Prensa sobre muertes por aborto inseguro;

CLADEM, « Investigación sobre 'el tratamiento legal del aborto en América Latina y el Caribe', Informe Comparado »;

CLADEM, Boletín Informativo n°1;

CLADEM, Denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe n°73/01, Caso 12.350, MZ, Bolivia, 10 de octubre de 2001;

CLADEM, *Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos – III Seminario Regional*, 2002, 302 pages;

CLADEM, « Investigación sobre el tratamiento legal del aborto en América Latina y el Caribe », Informe Nacional de Bolivia;

CLADEM, MYSU, CNS, *¿Qué falta para que reaccione el sistema político?*, 28 de septiembre: día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe, 2002;

CLADEM, Revista Informativa n°3, junio 2002;

Código de Salud (Decreto Ley 15629 de 18 de Julio de 1978); Código de Ética Médica (Ley n°728 de 4 de Agosto de 1993), UPS-Editorial, 2002, 61 pages;

Código Penal (Ley n°1768 de 18 de marzo de 1997), UPS-Editorial, 2002, 112 pages;

Anne Collet, « Religion – Mille ans sans bonzesses », *in* Courrier International, le 27/01/2003 ;

Anne Collet, « Suisse – Haro sur les maris violents », *in* Courrier International, le 11/02/2003 ;

Comision de Salud Publica y Asistencia Social, Cuerpo de taquígrafos, 2002;

Comision por el Derecho al Aborto, « Nosotras Acusamos », Mayo 1992;

Comision por el Derecho al Aborto, « Un nuevo 8 de Marzo », diciembre 1995;

Comision por el Derecho al Aborto, Anteproyecto de Ley de Anticoncepción y Aborto, Septiembre 1990;

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Examen de los Informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Informes periódicos inicial, segundo, tercero, cuarto y quinto de los Estados partes. Brasil, 7 de noviembre de 2002;

Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des Rapports soumis par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention sur toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes, Troisième et quatrième rapports périodiques combinés des États parties, Paraguay, CEDAW/C/PAR/3-4, 11 février 2004 ;

Comment lutter « Comment lutter contre les violences conjugales ? », l'intégrité du débat avec Roland Courteau, sénateur (PS) de l'Aude, mardi 8 mars, Chat modéré par Stéphane Mazzorato et Guillaume Péliissier-Combescure, www.lemonde.fr , 08/03/05 ;

Commission de la condition de la femme, 11^{ème} séance, « La vulnérabilité des femmes face au cumul de discriminations multiples portée à l'attention de la commission de la condition de la femme », 13 mars 2001, www.un.org/News/fr-press/docs/2001/FEM1142.doc.htm ;

Commission des droits de l'homme du 16 mars au 24 avril 1998 (Colombie), « La situation des droits de l'homme », *in* DIAL, D 2212, 16-31 mars 1998 ;

Commission des droits de l'homme, Chambre des députés, législature 1994-1995, Informe de Actividades (La Paz, Bolivie), 1995, « La logique démocratique des droits de l'homme face aux 'raisons d'Etat' », *in* DIAL, D 2029, 16-30 novembre 1995 ;

Commission des droits humains des Nations Unies, « A l'occasion du 50^{ème} anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme : contribution pour une déclaration des droits humains dans une perspective d'égalité hommes-femmes », *in* DIAL, D 2265, 16-31 décembre 1998 ;

Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Consideration of Reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All forms of Discrimination Against Women, Fifth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/5, 11 February 2002;

Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Consideration of Reports submitted by States Parties under articles 18 of the Convention on the Elimination of All forms of Discrimination Against Women, Fourth periodic reports of States parties, Argentina, CEDAW/C/ARG/4, 8 February 2000;

Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Consideration of Reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All forms of Discrimination Against Women, Third periodic reports of States parties, Chile, CEDAW/C/CHI/3, 27 January 1999;

Como obtener JUSTICIA. Guía para la victima, MSD/Bolivia, sept., 2003, 24 pages;

Comunicado a la prensa de Vida Humana Internacional, « La Iglesia Católica en Bolivia toma acción judicial contra el juez que autorizó el aborto de una menor »;

Comunicado a la prensa de Vida Humana Internacional, « Las 'Católicas' por el Derecho a Decidir se jactaron de su macabro 'triumfo' en Bolivia », junio 2000;

Comunicado a la prensa de Vida Humana Internacional, Magaly Llaguno, « 'Católicas por el Derechos a Decidir': una organización al servicio de la 'cultura' de la muerte »;

Conférence Mondiale de l'Association Internationale des Educateurs à la Paix (AIEP), « Discours d'ouverture de Mme Hebe Bonafini, Présidente de l'Association des Mères de la Place de Mai », Paris-Unesco, 8 au 13 juillet 2000 ;

Constitución Política del Estado – Reforma y aprobada por Ley n°1615 de 6 de febrero de 1995, UPS-Editorial, 2002;

Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer, Defensor del pueblo, UNICEF, Coordinadora de la Mujer, 1999, 27 pages;

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/> ;

R. J. Cook, *Derechos humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, Profamilia, 1997 ;

Coordinadora de la Mujer, *Documento de Trabajo – Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, sept. de 2003, 93 pages;

Coordinadora por el Derecho al Aborto, 28 de Mayo: « Día Internacional de Atención por la Salud de la Mujer », Buenos Aires, mayo de 2000;

Coordinadora por el Derecho al Aborto, 8 de Marzo – Día Internacional de la Mujer, « Las mujeres seguimos reclamando por nuestros derechos », Buenos Aires, 8 de Marzo de 2000;

Coordinadora por el Derecho al Aborto, Declaración de San Bernardo, 22/11/90;

Julio Cordova, *Actitudes y opiniones sobre la tecnología Aspiración Manual Endouterina. Estudio realizado con autoridades y proveedores en salud en servicios públicos de La Paz, Cochabamba y Sucre*, IPAS y MSPS;

Sonia Correa, « Aborto – Derechos Sexuales y Reproductivos: Uruguay en la realidad latinoamericana », Conferencia del 20 de Mayo de 2003;

Cotidiano Mujer, Epoca II y III, n°5 (sept. 1991), n°16 (dec. 1993), n°23 (nov. 1996/Mars 1997), n°27 (av/julio 1998), n°29 (av/juin 1999), n°30 (agosto/noviembre 1999), n°38 (dec. 2002);

Elena Crespo Y., *Para conocer y difundir mensajes que comuniquen y eduquen sobre los derechos sexuales y reproductivos*, RED-ADA, IPPF, UNFPA, 2001, 58 pages;

Lucila Criales Burgos, « Mujer y conflicto social: las migrantes de Caquiaviri en la ciudad de la Paz », in Maria del Carmen Feijoo (comp.), *Tiempo y espacio: las luchas sociales de las mujeres latinoamericanas*, CLASCO, 1993 ;

Crónica Azul, n° 46, RED-ADA, Año 2003, 58 pages;

Crónica Azul, n° 47, RED-ADA, Diciembre 2003, 59 pages;

Cuaderno de Capacitación en Educación para la Sexualidad – Guía de Capacitación para personal de educación, salud y género, UNFPA, Mayo de 2001, 206 pages;

CULTURES dialogues entre les peuples du monde, vol. 8 n°4, 1982 ;

Françoise David, « Une marche mondiale », in *Le Monde Diplomatique*, juin 2000 ;

DAWN, *Femmes du sud, Autres voix pour le 21ème siècle*, Côté femmes, 1992, 157 pages ;

« Déclaration de Buenos Aires sobre Salud sexual y reproductiva » (Tema Libre en el Congreso Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva, Buenos Aires, Abril 2000), *in* Revista Trimestral de la Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva, junio 2000, Año 2 n°6, p.2;

Declaración Inka de los Derechos Reproductivos, Cusco 27 de Mayo de 1994, Centro de Formación en Género y Desarrollo, Unidad de Documentación;

Defensor del pueblo, *Brigadas de Protección a la familia. Investigación de Oficio. Resultados y recomendaciones*, 2002, 29 pages;

Tania Delgadillo, « Mortalidad Materna, Principal Problema de Salud Publica – Bolivia sigue siendo el país, después de Haití, con la más alta tasa de mortalidad materna en America Latina y el Caribe », *in* Fempress, n° 223, junio 2000;

Tania Delgadillo, « Bolivia - La mortalidad materna es un asunto de derechos humanos », *in* Fempress, n°224, Julio 2000 ;

Tania Delgadillo, « Bolivia – Ley de cuotas burlada por partidos políticos: se denuncian listas con ‘candidatas fantasmas’ y casos de cambio de identidad de hombre a mujer », *in* Fempress, n°222, Mayo 2000;

Joel Delhom, *Les organisations non-gouvernementales de développement en Amérique Latine : aperçu général et éléments pour une approche du cas bolivien*, sous la direction de Claude Bataillon, Toulouse Le Mirail, IPEALT, 1991 ;

Christine Delphy, « Penser le genre : quels problèmes ? », *in* *Sexe et genre*, Ed. Du CNRS, 1991 ;

Christine Delphy, Sylvie Chaperon, *Cinquantenaire du Deuxième sexe*, Collection Nouvelles Questions féministes, Editions Syllepse, 2002 ;

Cécile Denjean, « Yémen, le voile et l’interdit », Documentaire, Cinquième / Sylicone / Auditoire, 2001 ;

Département de l’information de l’ONU, « Les quatre conférences mondiales sur les femmes 1975-1995, perspective historique », avril 2000,
www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/fond.html ;

Département de l’information de l’ONU, Les femmes de l’an 2000, Egalité entre les sexes, développement et paix pour le XXIè siècle, « Droits fondamentaux des femmes », fiche descriptive n°9, juin 2000,
<http://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/fiche9.html> ;

Département de l’information des Nations Unies, « La conférence de Beijing sur les femmes nous a donné un programme d’action et une mission précise », novembre 1995,
<http://www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/women/beijin.htm> ;

Derechos Humanos y realidades de las mujeres indígenas de Tierras Bajas – Memoria, Fondo canadiense de iniciativas locales, 1999, 185 pages;

Diagnóstico Nacional Bolivia. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, CLADEM, Bolivia, 2003, 80 pages;

Ineke Dibbits, *Lo que puede el sentimiento – La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur*, TAHIPAMU, 1994, 194 pages;

Ineke Dibbits, Magali Terrazas, *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto*, TAHIPAMU, 2003, 235 pages;

Ineke Dibbits, Magaly Terrazas, *Hablar sobre el aborto no es fácil*, Tahipamu, 1995;

Discours d’Hebe Bonafini, « Prix Unesco 1999 de l’éducation pour la paix » à l’association des mères de la Place de mai d’Argentine, 13 décembre 1999 ;

Division for the Advancement of Women, « Recommandations Générales adoptées par le Comité pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes », <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm> ;

Division for the Advancement of Women, United Nations Department for Economic and Social Affairs, « Implementation of the Beijing Platform for Action and Compliance with International Legal Instruments on Women », 8 August 2002;

María Dolores Castro Mantilla, Máriel Layza Antezana, *Evaluación del impacto de intervenciones educativas comunitarias en los servicios de salud Sexual y reproductiva incluyendo anticoncepción en áreas peri urbanas de La Paz*, Bolivia, CIDEM, 2002, 88 pages;

Soledad Dominguez, *Cuando el valor rompe el silencio. Crónica del primer aborto legal en Bolivia*, Centro Juana Azurduy, Dpto de Investigación, sept. de 1999;

Emma Donlan Coady, Nery Humberto Ortega V., Lenny M. Morales Diaz (Ed.), *Iniciativa de Salud Reproductiva en la región andina – ISRRA*, Population Concern, 2003, 171 pages;

Elsa Dorado de Revilla, « Incursión de la mujer en el Parlamento nacional », in *Revista Femenina*, 15 de agosto 2002;

Waris Dirie, *Amanecer en el desierto*, Maeva, 2002, 221 pages;

DPA, Nueva York, « La equidad será el tema principal », in *La Razón*, 08/03/05;

Dra Graciela Dufau, *Regulación Jurídica del Aborto en el Uruguay*, GRECMU, non daté;

Dra Graciela I. Dufau, *El Pacto de San José de Costa Rica y el aborto*, CLADEM Uruguay, 11 nov. 2002;

Graciela I. Dufau, « Aborto: un debate siempre pendiente », 28/05/01;

Economic and Social Council / Commission on Population and Development, « Follow-up actions to the Recommendations of the international Conference on Population and Development: Reproductive Rights and Reproductive Health – Activities of intergovernmental and non-governmental organizations in the area of Reproductive Rights and Reproductive Health », Report of the Secretary-General, E/CN.9/1996/5, United Nations, 1996;

Enlared, « Hay menos alcaldes y concejales que hace 5 años », « La única presencia femenina », *in* La Razón, 08/03/05;

Equidad y Justicia – Boletín de la Federación Nacional de Trabajadoras del Hogar, Publicaciones n°2 – junio 2003, n°3 – septiembre 2003, n° 4 – Noviembre 2003, n°5 – Marzo 2004;

Equipe de réflexion, recherche et communication (ERIC) des jésuites du Honduras, article in Envio, août 1997 (Nicaragua), « Les conditions de travail de la main-d'œuvre féminine dans les entreprises Maquilas », *in* DIAL, D 2191, 1-15 décembre 1997 ;

Alexia Escobar Vasquez, Hermen Ormel Eenink, *Defendiendo nuestros derechos. Guía de abogacía por los derechos sexuales y reproductivos*, Sub Programa de salud Sexual y Reproductiva (SPSSR), FCI, UNFPA, Bolivia, 1999, 76 pages;

Evaluación Diálogo Nacional 2000. Lecciones aprendidas y recomendaciones para el futuro, 59 pages;

Experiencias de alcaldesas y concejales de Bolivia, Nuestra contribución a los municipios, ACOBOL, AECI, 2005, 272 pages;

Exposición de motivos, Proyecto de Ley Derechos Sexuales y Reproductivos, La Paz, Abril de 2004;

Alda Facio, « Los derechos de las humanas no son opcionales », *in* Fempress, n°226, sept. 2000;

France-Jules Falquet, *Femmes, projet révolutionnaire, guerre et démocratisation : l'apparition du mouvement de femmes et du féminisme au Salvador (1970-1994)*, Thèse sous la direction de Christian Gros, IHEAL, Paris 3, 1997 ;

Jules Falquet, « Femmes, féminisme et 'développement' : une analyse critique des politiques des institutions internationales », à paraître à l'automne 2002 dans les Cahiers Genre et développement n°3, coordonné par Jeanne Bisilliat ;

Family Health International, « N°25 – Manejo de la perspectiva de género en servicios de salud sexual y reproductiva: análisis comparativo en centros públicos y privados », <http://www.fhi.org/sp/bolivias/bolabss25.html> ;

Family Health International, « N°29 – Actitudes y opiniones sobre la tecnología aspiración endouterina (AMEU). Estudio realizado con autoridades y proveedores de salud en servicios públicos de La Paz, Cochabamba, y Sucre », <http://www.fhi.org/sp/bolivias/bolabss29.html> ;

Family Health International, « Bolivia Salud Reproductiva. Resúmenes de investigación », FHI, 2000;

Family Health International, Programa Estudios de la Mujer – Memorias Conferencia Final, 21 de Agosto de 1998, La Paz, Bolivia, 95 pages;

Clara Fassler, Robert Parrado, « Algunas consideraciones psicosociales sobre la violencia domestica contra la mujer », in Maria del Pilar Benaran, Zulma Casanova Damiani, Graciela Dufau Argibay Fassler, Nea Filgueira, Robert Parrado, *Violencia Domestica, un enfoque multidisciplinario*, Fundación de cultura universitaria, 1997;

Moïna Fauchier Delavigne, « Armée – Les Américaines réclament la terre », in *Courrier International*, le 15/01/2003 ;

Moïna Fauchier Delavigne, « Inde - Pauvres petites filles riches ! », in *Courrier International*, le 15/01/2003 ;

Fempress, « Argentina – Premio de la Paz para las Abuelas », in *Fempress*, n°214, sep. 1999;

Juan Guillermo Figueroa Perea (coord.), *Ética, Religión: Apuntes para una discusión*, Católicas por el Derecho a Decidir, Abril 2002;

Nea Filgueira, « La violencia sistemática contra las mujeres; Aproximación temática desde una perspectiva socio-política », Capitulo 1, in Maria del Pilar Benaran, Zulma Casanova Damiani, Graciela Dufau Argibay Fassler, Nea Filgueira, Robert Parrado, *Violencia Domestica, un enfoque multidisciplinario*, Fundación de cultura universitaria, 1997;

Teresa Flores B., « El aborto no es un crimen », in *Triple Jornada* n°6, 1er février 1999;

Teresa Flores B., « La hipocresía y el aborto como delito », in *Triple Jornada* n°21, 8 mai 2000;

Lithzy Flores Rejas, *Desarrollando capacidades para la participación – Modulo 4. Salud. Para la capacitación a mujeres de base y lideres*, SNV, DASA, non daté;

FNUAP, *El Derecho a elegir: Derechos reproductivos y salud reproductiva*, 1997;

FNUAP, *L'état de la population mondiale 2001*, Nations Unies - FNUAP, 2001 ;

Foro por los Derechos Reproductivos, *Estado de Situación del aborto y la atención post-aborto en Argentina*, Buenos Aires, abril de 2003;

Jimena Freitas, Walter Arteaga, *Mujeres: Participación e Identidad – Sistematización de la Historia de la Asociación de los Centros de Madres de los Distritos Este y Noreste de la Ciudad de La Paz*, Fundación La Paz – CEDLA, Enero 2001, 90 pages;

Friedman, C. De la Quitana, G. Jové, T. DN King, *Diagnostico de la Situación Actual de los Servicios de Atención Postaborto (APA) en el Sistema de Salud Publico Boliviano – Informe de los resultados de investigación para el MSPS, (INOPAL III-IPAS-MSPS)*, Carrboro, Abril de 1999, 41 pages;

Cégolène Frisque, *L'objet femme*, La Documentation Française, 1997, 150 pages ;

M. Fuentes, « Feminismo y movimientos de mujeres populares en América Latina », *in Cuadernos americanos*, vol. 6, n°30, noviembre-diciembre 1991;

M. Fuentes, « Feminismo y movimientos de mujeres populares en América Latina », *in Cuadernos americanos*, vol. 6, n°30, noviembre-diciembre 1991;

Francis Fukuyama, « Japon – OUI Elle sape les valeurs traditionnelles », extrait du *New York Times*, *in Courrier International*, n°453, le 08/07/1999 ;

Galerie d'Art du Conseil Général des Bouches-du-Rhône, Aix en Provence, *Femmes-Femmes, Regards de femmes-femmes regardées*, Acte Sud, 2002, 101 pages ;

A. Gautier, J. Heinen, « Introduction. L'apport des approches féministes dans le débat contemporain sur l'Etat », *in A. Gautier, J. Heinen (dir), Le sexe des politiques sociales*, côté-femmes éditions, 1993, page 7 ;

Alan Gelb, « Genre et Développement : Un potentiel occulté en Afrique », *Findings, Développement Humain et Macroéconomie*, BM, n°197, décembre 2001 ;

GIRE – Derechos Reproductivos: Salud Pública, Modernidad y Etica;

Rubén Giustiniani, « Hablar de aborto », *Suplemento LAS*, el 15/11/2002, <http://www.convencion.org.uy> ;

Carina Gobbi, « Uruguay – Campaña en los medios de comunicación 'Ojalá te interesen los derechos de la mujer' », *in Fempress*, n°201, julio 1998;

Carina Gobbi, « Uruguay. No a la discriminación, Proyecto de ley: Prohibido prohibir », *in Fempress*, n°202, agosto 1998;

Carina Gobbi, « Uruguay. Parlamento y aborto, La historia vuelve a repetirse », *in Fempress*, n°200, junio 1998;

Gobierno de Responsabilidad Nacional, Ministerio de Salud y Deportes, *El derecho a la salud de las mujeres: un desafío de las políticas de salud en Bolivia. Acciones para el período 2003-2007*, Julio de 2003, 20 pages;

Erving Goffman, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Collection le sens commun, Editions de minuit, 1979, 447 pages ;

Erving Goffman, Harveys Sacks, Aaron Cicourel, Melvin Pollner, *Sociologias de la Situación, Colección Genealogía del Poder*, Las Ediciones de la Piqueta, 2000 (Felix Diaz,

« Introducción: la ubicua relevancia de los contextos presenciales », Erving Goffman, « Algunas cuestiones de teoría y método »);

Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*, tomes 1 et 2, Collection le sens commun, Editions de Minuit, 1973, 251 et 372 pages;

Monica Gogna, Silvina Ramos (CEDES-Foro por los Derechos Reproductivos), « El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública », in *Perspectivas bioéticas en las Americas*, Ed. Flasco, oct. 1996, Año 1, n°2, Segundo semestre de 1996;

Lola González Guardiola, *De Bartolina Sisa al Comité de Receptoras de alimentos de 'El Alto'*. *Antropología del género y organizaciones de mujeres en Bolivia*, Ed. De la Universidad de Castille-La Mancha, 2000;

Solveig Gram Jensen, « Banque – Les Allemandes demandent des comptes », in *Courrier International*, le 25/02/2003 ;

Margaret E. Greene, Zobra Rasekh y Kali Ahset–Amen con Nada Chaya y Jenifer Dye, *En esta Generación: Políticas de Salud Sexual y Reproductiva para un mundo joven*, Population Action International, 2002;

Hector Gros Espiell, « La Convención Americana sobre Derechos Humanos y la interrupción voluntaria del embarazo », in *Revista Jurídica del Centro Estudiantes de Derecho* n°11, junio de 1996;

Grupo de Trabajo sobre Embarazo no Deseado y Aborto, « Rumbo al decenio de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo de El Cairo... Un vistazo al párrafo 8.25 del programa de Acción », in Cooper, BG y Hord CE, *Párrafo 8.25 de la CIPD: Un análisis del progreso, Resumen ejecutivo*, Chapel Hill, NC, IPAS, 1999;

Dra. Velia Guachilla, Dra. Consuelo Taborga, Dra. Martha Villazón, Dra. Graciela Guzmán, *Código de Familia concordado y Propuesta de reforma del Código de Familia*, VMM, Ministerio de asuntos Campesinos e Indígenas, Género y Generacionales, 2002, 181 pages;

Lydia Gueiler Tejada, “*Mi pasión de Lideraza*”, CIDEM, PROLID/BID, 2000, 238 pages;

P. Guillaudat, P. Mouterde, *Les mouvements sociaux au Chili 1973-1993*, l'Harmattan, 1995, 303 pages ;

Françoise Guillitte, « La lapidation : châtement cruel pour relations sexuelles illicites », in *Envoi femmes*, novembre 2002 ;

Rocio Gutierrez, *Mejorar la salud, Transformar la vida*, Movimiento Manuela Ramos, dic. 2000, 80 pages;

Nayda Gutierrez Aldayuz, *Avances y retrocesos en la lucha contra la violencia a la mujer*, Defensor del pueblo / Unicef / Coordinadora de la Mujer, 2da edición, feb. 2002, 32 pages;

H. Cámara de Diputados, *Aspectos conceptuales y normativos de los Derechos Sexuales y Reproductivos*, La Paz, abril de 2004;

Claudia Hasanbegovic, « Public and Social Policies Responses to wife Abuse in Argentina y Cuba », in M. Zabaleta (ed.), *Los derechos humanos de las latinoamericanas: el cuerpo importa*, in Revista del CELSA, n°3, Centro de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Varsovia, Warszawa 2002, page 99 ;

Caroline Helfter, « Christa Wichterich, La femme mondialisée, Solin et Actes Sud, 1999 », in *Le monde Diplomatique*, septembre 2000 ;

Françoise Héritier, « De la domination Masculin-Féminin à l'égalité », propos recueillis par Agnès Boussuge, in *Clara Magazine* n°76, mars 2003 ;

Moriana Hernández Valentini, *Radiografía del país Uruguay*, CLADEM, 2002, 49 pages;

H. Hirata, H. Le Doare, *Les paradoxes de la mondialisation*, l'Harmattan, 1998, 188 pages ;

E. Hola, R. Todaro, « La reproducción de la discriminación en la empresa moderna », in N. Filgueira (compiladora), *Mujeres y trabajo en América Latina*, GRECMU, IEPALA Editorial, 1993 ;

ICPD, « Un plaidoyer efficace : exemples du monde entier – Bolivie », Volume 27, n°2, Juillet 1999, Séries J, n°49, <http://www.jhuccp.org/pr/prf/fj49/j49boxes.shtml> ;

IDEELE (Lima, Pérou), novembre 1997, « Vies et rêves de femmes indiennes dans la région de Cusco », DIAL, D 2204, 16-28 février 1998 ;

INE, DHS, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1998;

Informe Nacional de Bolivia. Sobre Aborto, CLADEM, non daté (après 2002);

Instituto Nacional de Estadística, *Anuario Estadístico 2001*, INE, 2001 ;

IWRAW, Argentina, second report dated 8 June 1994;

IWRAW, Chile, Combined second and third report dated 9 March 1995 (CEDAW/C/CHI/2);

IWRAW, Cuba, Fourth periodic report submitted on 27 September 1999 (CEDAW/C/CUB/4);

IWRAW, Peru, Combined third and fourth periodic reports dated 27 September 1995;

Dra Silvia Izquierdo, « La problemática del aborto a partir de una sentencia »; Lourdes Macevias Garcia, « Derecho a la vida/Aborto. Derecho a la Salud », in Facultad de Derecho Universidad de la republica, Seminario Permanente de Educación en Derechos Humanos, en coordinación con la Cátedra UNESCO de Derechos Humanos, Fundación de Cultura Universitaria, noviembre 2000;

Antoine Jacob, « En Suède, le combat pour l'égalité des sexes est une constante politique », in *Le Monde*, le 09/03/05 ;

Jane Jenson, « Représentation des rapports sociaux de sexe dans trois domaines politiques en France », in A. Gautier, J. Heinen (dir), *Le sexe des politiques sociales*, côté-femmes éditions, 1993, page 59 ;

Erick Marcelo Jurado Aramayo (Resp.), *Perfil sociodemográfico de la mujer boliviana y de la Ciudad de El Alto*, CIDEM, 7 de abril de 1997;

Sunita Kishor, Katherine Neitzel, « The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries. Enquêtes démographiques et sanitaires », in Comparative Studies Series. No. 21. Calverton, Maryland, Macro International Inc., 1996;

Tom Kruse, « Mujeres Creando paints Bolivia », in Love and Honesty: the dawn of gay rights, June 1999;

« L'Espagne, un modèle à suivre pour la parité ? », in Le Monde, le 09/03/05 ;

« La Declaración de los Derechos Humanos desde una perspectiva de Género », <http://www.cladem.org/espanol/regionales/declaracion/chile.asp> ;

La Direction de Communication Sociale et des Relations Publiques, « Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual. Presentación de Resultados de la Experiencia de Ipas–Bolivia en la Construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual », le 27 juin 2003;

« La suprema Corte de justicia de la nación determino la constitucionalidad de la ley Robles », in Triple Jornada, febrero 2002 ;

« La vida digna de ser vivida - Comisión por el Derecho al Aborto. Potencia al congreso de la CTA », Comisión por el Derecho al Aborto (integrante de la Federación Nacional de Salud y Seguridad Social de la CTA), Buenos Aires, Mayo de 1999;

Marcela Lagarde, « Dos hechos de la utopía feminista: La interrupción del embarazo y el aborto voluntario », in *Nuevos Aportes sobre aborto "Anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir"*, publicación de la Comisión por el Derecho al Aborto, cuadernilla n°1, Enero 1992;

Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 1990, 878 pages;

Abraham Lama, IPS (Lima, Pérou), 29 mai 1998, « Des mouvements de femmes interviennent dans le débat suscité par la pratique des stérilisations forcées », in DIAL, D 2231, 16-30 juin 1998 ;

« Lancement de la campagne continentale des agences des Nations Unies, 'Yon vi kote vyolans pa ladan, se dwa nou tout' », 8 septembre 1998, <http://www.un.org/rights/micivih/declaracion/presse.htm> ;

Llana Landsberg-Lewis (ed.), *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW, UNIFEM*, 1998 ;

Mark Lansky, « Perspectives. Du genre, des femmes et de tout le reste (partie 1) », in *Revue Internationale du Travail*, vol. 139, n°4, 2000 ;

Louise Lassonde, *Les défis de la démographie*, Ed. La Découverte, 1996, 225 pages ;

Latifa, *Visage volé. Avoir 20 ans à Kaboul*, Ed. Anne Carrière, 2001, 243 pages ;

J. P. Lavaud, *La dictature empêchée : la grève de la faim des femmes de mineurs, Bolivie, 1977-1978*, CNRS éditions, Collection Amériques/Pays Ibériques, 1999 ;

H. Le Doare, « Du pouvoir politique et poétique : schéma d'un raisonnement », *Futur Antérieur* n° 25-26, 1994 ;

H. Le Doare, « Genre et mouvement populaire en Amérique Latine. Une lecture 'occidentale' », Groupe Regards Critiques, Université de Lausanne, 1998;

H. Le Doare, « Le mouvement populaire en Amérique Latine. Eléments d'une réflexion sur la notion de mouvement social sexué », in *Cahiers de Gedisst 'Mouvement social et division sexuelle du travail'*, n°2, 1991 ;

Hélène Le Doare, « Les femmes sont-elles différentes ou divisées ? Une question posée aux mouvements sociaux », in Descarries, Francine et Elsa Garlerand (dirs), *Actes du colloque « Le féminisme, comme lieu pour penser et vivre diversité et solidarité »*, Montréal, Alliance de recherche IREF/Relais-femmes ;

Hélène Le Doare, « Le féminisme, comme lieu pour penser et vivre diversité et solidarité », conférence d'ouverture présentée au colloque annuel organisé par l'Alliance de recherche IREF/Relais-femmes, Montréal, 2001 ;

« Le Protocole facultative a été adopté », www.un.org/french/womenwatch/protocol.htm;

« Legisladores. 30 años diciendo: el ¿aborto? ¡Esperen tantito! », in *Triple Jornada* n°10, 7 junio 1999 ;

Irene León, « Derechos reproductivos », septembre 1994;

Natalia Leon Cava, Chessa Lutter, Jay Ross, Luann Martin, *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*, OPS, Junio 2002, 184 pages;

Arlette Leroy, « Brésil – Espoirs et combats (Mondialisation) de femmes », in *Clara Magazine* n°76, mars 2003 ;

Françoise Lestage, *Naissance et petite enfance dans les Andes Péruviennes; Pratiques, rites, représentations*, L'Harmattan, 1999, 300 pages;

Ruth Levine, Amanda Glassman, Miriam Schneidman, « Resumen », « Conclusiones », *in La salud de la Mujer en América Latina y el Caribe*, Banco Interamericano de Desarrollo, 2001;

Ley de Participación Popular (Ley n°1551 de 20 de abril de 1994), UPS-Editorial, 2003, UPS-Editorial, 2001, 112 pages;

Ley de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual (Ley n°2033 de 29 de oct. de 1999), Ley contra la violencia en la familia o doméstica (Ley n°1674 de 15 de dic. De 1995), Reglamento a la ley 1674, Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Ley n°1599 de 18 de oct. de 1994), UPS-Editorial, 2001, 57 pages;

Ley de Regulación de Trabajo Asalariado del Hogar (Ley n°2450 de 9 de abril de 2003), UPS-Editorial, 2003, 10 pages;

Ley marco sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, Sancionada por el Poder Legislativo en fecha 5 de mayo de 2004, Oficina Jurídica para la Mujer;

Lola Press, n°14 (nov/abril 2000), n°15 (mayo/oct. 2001), n°17 (julio/octubre 2002), n°18 (nov. 2002);

J. Lopez Pinto, « El rol de las mujeres en las estrategias de subsistencia: el caso del Ecuador », IUED, sept. 1993;

« Los mismos Objetivos, los mismos Enemigos – Argentinas y Españolas por el derecho al aborto », publicación de la Comisión por el Derecho al Aborto, 8 de Marzo de 1999;

Sara Lovera, « 8 de marzo: la historia del Día Internacional de las mujeres. Un siglo lleno de luces », CIMAC, marzo de 2004;

Peter Lowe, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH, 2003;

Colleen Lowe Morna, « Des progrès mitigés pour les Africaines », Afrique Relance, Département de l'information des Nations Unies, www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/afrec/vol14no2/women2fr.htm;

Lola G. Luna, Norma Villareal, « El debate sobre el Género en América Latina », *in Historia, Género y Política. Movimientos de mujeres y participación política en Colombia 1930-1991*, Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU), 1994;

Lola Luna, « La violencia de género es una cuestión de poder », *in M. Zabaleta (ed.), Los derechos humanos de las latinoamericanas: el cuerpo importa*, *in* Revista del CELSA, n°3, Centro de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Varsovia, Warszawa 2002, page 97 ;

S. Lynn, *Women and social movements in Latin America*, University of Texas Press, 1997, 332 pages;

Maamma, “Nuestros derechos en las etapas del embarazo, parto, lactancia y crianza”, Boletín Informativo de distribución gratuita, n°1, año 2003, 11 pages;

Maamma, “Preparádonos para nuestro parto”, Boletín Informativo de distribución gratuita, n°2, año 2003, 11 pages;

Ximena Machicao Barbery, « REPEM / DAWN », « Campana 28 de septiembre »; « Conclusiones del trabajo en grupos », in CLADEM, *III Seminario Regional Derechos Sexuales-Derechos Reproductivos-Derechos Humanos*, 2002;

« ... mais l’IVG ne fait l’adhésion. Les polonaises à l’offensive », in Clara Magazine n°76, mars 2003 ;

Manifestó, Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, Primera versión (para el debate);

Manuela Ramos en la década de los '90, Movimiento Manuela Ramos, mayo 2001, 94 pages;

Manuela Ramos, *Nuevos caminos en busca de Justicia*, oct. 2002, 90 pages;

Véronique Marchand, « Organisations et mobilisations de comerciantes minoritas de la Paz », in J. P. Lavaud, M. Leclerc-Olive (ed. scientifiques), *Lazos-études*, cahier n°1, Institut de sociologie, Décembre 1998 ;

Bérengère Marques Pereira, Florence Raes, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », *Cahiers des Amériques Latine*, n°39, 2001, pages 17-36 ;

Tim May, *Social Research – Issues, methods and process*, Open University Press, 2d Edition, 1997;

C. Medel Añonueva (ed.), *Negotiating and creating spaces of Power. Women’s educational practices? crisis*, Unesco Institute for Education, 1997;

Hugo Medrano Catorceno (Coord.), *Situación de la mujer en los Barrios mineros de Potosí*, Librería Editorial “Popular”, 1995, 151 pages;

Hugo Medrano Catorceno (dir.), *II encuentro regional de mujeres campesinas del noreste de Potosí*, PRODIS YANAPAKUNA, 1996, 71 pages;

Hugo Medrano Catorceno (dir.), *III encuentro regional de mujeres campesinas del noreste de Potosí*, PRODIS YANAPAKUNA, 2000, 68 pages;

Marco Raúl Mejía, *Educación Popular. Historia – Actualidad – Proyecciones*, CEAAL (Consejos de Educación de Adultos de América Latina), UNICRUZ (Unión de Instituciones Cruceñas), AIPE (Asociación de Instituciones de Promoción y Educación), 1990;

Memoria del Seminario Nacional de Género y Etnicidad, Cochabamba – Bolivia, 5 y 6 de Diciembre, 2003, RED ADA, 2004, 127 pages;

Memoria, Foro Internacional ‘Las mujeres en el siglo XXI’, CIDEM, 2003;

Ministerio de Desarrollo Humano / SNS, CIDEM, UMSA – Carrera de Antropología, OMS / Universidad of Michigan, CEMICAMP, OMS / Population Council, *Expandiendo opciones*

de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia, BM / FNUAP / OMS / PNUD, 1996, 73 pages;

Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de salud, Dirección Nacional de la Mujer y el Niño, Organización Mundial de la Salud, « Instrumento n°10, Técnica de los Diálogos Comunitarios, Proyecto: Distrito Noroeste : Garita de Lima » ;

Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliografica*, non daté, 114 pages;

Ministerio de Desarrollo Sostenible – Viceministerio de Planificación, Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible, CODEPO (Secretaría Técnica), Marzo de 2004, 24 pages;

Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, Secretaria Nacional de Planificación, Subsecretaria de Estrategias de Desarrollo, Dirección de Políticas de Población, *Opiniones y Percepciones sobre Salud Reproductiva en las Secretarias Regionales de Salud*, La Paz, 1995;

Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación – Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, *Agenda mínima de Género*, La Paz – Bolivia, Julio 2002, 49 pages;

Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, *Bolivia 5 años después de Beijing. Poder, Oportunidades y Autodeterminación para las mujeres en el Nuevo Siglo. Informe 2000*, La Paz, Bolivia, 2000;

Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, Programa de Reducción de la Pobreza Relativa a la Mujer, 54 pages;

Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la mujer, Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing, 2004, 28 pages;

Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de Planificación, Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible, CODEPO, 2004;

Ministerio de Hacienda, INE, Características sociodemográficas de la Población en Bolivia, INE, UNFPA, Noviembre 2003;

Ministerio de Salud y Deportes – Dirección de Desarrollo de servicios de salud, Programa de atención a la salud de la mujer y a la salud sexual y reproductiva 2003-2007, Bolivia, 2003, 48 pages;

Ministerio de Salud y Deportes, OPS/OMS, « 2002, Las mujeres de Bolivia », mayo 2003;

Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Comunicación Social y Relaciones Publicas, « Mortalidad Materna en América Latina », La Paz, el 12 de junio de 2003;

Ministerio de Salud y Previsión Social, USAID, CPC/BOL, EngenderHealth, Pathfinder International, PSI, PROCOSI, *Saber para Decidir. Información útil para tomar decisiones sobre anticoncepción*, septiembre de 2001, 47 pages;

Ministerio de Salud y Previsión Social – Unidad Nacional de Atención a las personas, Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, *Norma, Reglas y Protocolos en Anticoncepción, Norma Boliviana de Salud NB-MSPS-05-2001*, La Paz, Bolivia, 2001, 75 pages;

M. de Molyneux, « ¿Movilización sin emancipación? Intereses de la mujer, el estado y la revolución: el caso de Nicaragua », in J. L. Coraggio, C. D. Deere, *La transición difícil. La autodeterminación de los pequeños países periféricos*, Siglo XX, 1986;

Julieta Montaña / Oficina Jurídica para la Mujer, *Derechos Reproductivos de la Mujer en Bolivia: Un Informe Sombra*, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, 2001;

Sonia Montaña, « Los Derechos Reproductivos de la mujer », in Laura Guzmán, Gilda Pacheco Greamuno (comp.), *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV*, IDH Serie Estudios de Derechos Humanos, tomo IV, 1996, pages 164-185;

Julieta Montaña Salvatierra, *Ley marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos: Principios y jurisprudencia que la sustentan*, Oficina Jurídica para la Mujer, 2004;

Sonia Montaña Virreira, « Bolivia – Monica Medina: Primera Alcaldesa de La Paz », in Fempress, n°148/149, p.15, febrero-marzo 1994;

Sonia Montaña Virreira, « Bolivia, El género de la Ley – Se aprobó la Ley de Participación Popular, que establece que debe regir el principio de igualdad en todas las instancias de participación », in Fempress, n°154, p.11, agosto 1994;

MSPS, *Informe Gestión 1997-2002*, La Paz, 2002;

Martha Murdock, Alexia Escobar Vasquez, « La gestación del proyecto ‘CUIDATE! Una Guía de Salud y Bienestar’, con comunidades indígenas de las tierras bajas de Bolivia », FCI Bolivia, 2001-2002-2003;

Dr Muton H., Cairolí Martínez, Prologo, in Maria del Pilar Benaran, Zulma Casanova Damiani, Graciela Dufau Argibay Fassler, Nea Filgueira, Robert Parrado, *Violencia Domestica, un enfoque multidisciplinario*, Fundación de cultura universitaria, 1997;

Naciones Unidas, Centro de Información para Argentina y Uruguay, « Participación de la mujer », Noticias Boletín, junio 1999;

Naciones Unidas, *Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres y recomendaciones 1979. Manifiesto hacia una cultura de la igualdad entre mujeres y hombres mediante la educación*, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer DL, 1995;

Naciones Unidas, Declaración del Milenio, Cumbre del Milenio, Nueva York, 6-8 septiembre 2000, 16 pages;

Naciones Unidas-Bolivia, *Metas de desarrollo de la Cumbre del Milenio: progreso en Bolivia*, Naciones Unidas, 2001, 22 pages;

Nations Unies, *Activités de l'ONU dans le domaine des Droits de l'Homme*, Nations Unies, 1996;

Nations Unies, CEDAW, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Troisièmes rapports périodiques des États parties : Honduras, CEDAW/C/HON/3, CEDAW, 1991 ;

Nations Unies, CEDAW, Examen des rapports présentés par les États parties conformément à l'article 18 de la convention, Deuxième et troisième rapports périodiques des États parties, Colombie, CEDAW/C/COL/2-3, 7 avril 1993 ;

Nations Unies, CEDAW, Examen des rapports présentés par les États parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux et deuxième rapport périodique des États parties, GUATEMALA, CEDAW/C/GUA/1-2/Amend.1, 7 avril 1993 ;

Nations Unies, Collection des traités (En date du 8 février 2002), Déclarations et Réserves, http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/treaty9_asp_fr.htm ;

Nations Unies, Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, Examen des rapports présentés par les États Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des États parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1, 9 octobre 1991 ;

Nations Unies, Conseil économique et social, « Projet de protocole facultatif révisé présenté par la Présidente sur la base des consultations officielles tenues sur le texte composite figurant à l'annexe I du rapport de la Commission de la condition de la femme sur sa 42ème session (E/1998/27) », 10 mars 1999 ;

Nations Unies, Conseil économique et social, « Projet de résolution présenté par la Présidente du Groupe de travail à composition non limitée, Aloisia Wörgetter (Autriche), sur la base de consultation officielles », 11 mars 1999 ;

Nations Unies, L'Action du CEDAW, Rapports du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, vol 1, 1982-1985 ;

Nations Unies, L'Action du CEDAW, Rapports du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes, vol 2, 1986-1987 ;

Nations Unies, *Les femmes dans le monde 1995 : des chiffres et des idées*, Nations Unies, 1995 ;

Marysa Navarro and Susan C. Bourque, « Fault lines of Democratic Governance: A gender Perspective », in Felipe Agüero, Jeffrey Stark (éditeurs), *Fault lines of Democracy in Post-Transition. Latin America*, North-South Center Press, 1998;

NOSOTRAS. Unión Femenina Universitaria, n°3, La Paz, Septiembre de 1943;

Nuestro cuerpos, nuestras vidas, New York Siete Cuentos, 2000, « El Aborto », pages 413-440;

Nuevos Aportes sobre aborto « Anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir », publicación de la Comisión por el Derecho al Aborto, n°13, octubre 2000, “La clandestinidad, el sometimiento, la hipocresía y la mentira enferman”;

Nuevos Aportes sobre Aborto, Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir, « La belleza esta en las calles », publicación de la Comisión por el Derecho al Aborto, Numero especial por los 10 anos de la Comisión, n°12, agosto de 1998;

Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas al Estado Boliviano, 1996-2001, 18 pages;

Office of the high Commissioner for human rights, « Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Bolivia. 31/05/95. A/50/38, paras. 42-104, (Concluding Observations/Comments) »;

Office of the High Commissioner for Human Rights, « Fact Sheet n°22, Discrimination against Women: The Convention and the Committee », <http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/fs22.htm> ;

Cecilia Olivares (Ed.), *Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Aborto Impune*, CIDEM, sep.1999;

Cecilia Olivares M., *El aborto en contexto – Campana 28 de Septiembre, Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y Caribe*, CIDEM, 1999, 52 pages;

Cecilia Olivares Mansuy, *Una Encuesta Nacional de Opinión sobre Aborto en Población Urbana*, CIDEM, 1998;

ONU, CEDAW, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Troisième rapport périodique du Mexique sur la mise en œuvre de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW/C/MEX/3, Nations Unies, CEDAW, 1992 ;

“Opciones” Revista Sobre Salud Sexual y Reproductiva, La Paz, Febrero 1996, año 1, n°1; Julio 1996, año 1, n°2; Abril 1997, año 2, n°3; Noviembre 1997, año 2, n°4; Marzo 1998, año 3, n°5; Marzo 1999, año 3, n°6;

Karen Oppenheim Mason, « Influence du statut familial sur l'autonomie et le pouvoir des femmes mariées dans 5 pays asiatiques », non publié et non daté ;

Organismo Andino de la Salud, *Convenio Hipolito Unanue. Estudio de reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la Subregión Andina. Informe de país: Bolivia*, non publié à cette date, 71 pages;

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, « Información en Salud materno perinatal por países – Bolivia », in *Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2001 OPS/OMS*, OPS/OMS, 2001;

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, « Sistema Regional de Datos Básicos en Salud – Perfil de Salud de País 2001: Bolivia », « Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud – Bolivia » (Resumen del capítulo de país de *Salud en las Américas*, 1998), <http://www.paho.org/Spanish/SHA/prfIBOL.htm> ;

Juan Carlos Orihuela (ed.), Dr Rolando Morales A., *Contribución de las mujeres a la economía nacional. El caso de Bolivia*, Subsecretaría de Asuntos de Género, marzo 1996 ;

Elisabeth Paquot (dir), *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, Ed. La Découverte et Ed. du Boréal Express, 1982, 448 pages ;

Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en salud sexual y reproductiva, CIDEM, FHI, 1999, 121 pages;

Julieta Paredes, *Grafiteas*, Mujeres Creando, 1999, 109 pages;

Roland-Pierre Paringaux, « Au Sénégal, contre l'excision », in *Le Monde Diplomatique*, juin 2000 ;

Roland-Pierre Paringaux, « Femmes d'Asie en butte à la violence », in *Le Monde Diplomatique*, mai 2001 ;

Elizabeth Peredo Beltrán, *La equidad empieza por casa. Hablemos del trabajo del Hogar*, TAHIPAMU, 1998, 63 pages;

Emmanuelle Piet, « Lutter contre la tolérance sociale des violences faites aux femmes par les hommes », propos recueillis par Agnès Boussuge, in *Clara Magazine* n°76, mars 2003 ;

« Pilule du lendemain, l'exemple français », extrait du *New York Times*, in *Courrier International*, n°490, le 23/03/2000 ;

Franklin Garcia Pimentel (coordinador), « Opiniones y percepciones sobre salud reproductiva. El caso de las secretarías regionales de salud en Bolivia », in *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Programa Regional sobre Aspectos Sociales de la Reproducción Humana (PRASSAR) CENEP/OMS, Programa Regional de Investigación Social, Entrenamiento y Asistencia Técnica en Salud Reproductiva y Sexualidad CEDES, Comité Científico sobre Salud Reproductiva. Asociación de Estudios de Población de la Argentina AEPA, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996, pages 113-124;

Silvia Pimentel – CLADEM, « Anticoncepción de emergencia y derechos sexuales y reproductivos », Conferencia del CLAE 'Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y el Caribe, Quito, Ecuador, 16-18 de octubre de 2002;

Plan Nacional de Equidad de Género 2001-2003, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia;

Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la violencia en razón de género (2000-2003), Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia;

PNUD, Bolivia, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 2003, 139 pages;

Políticas Públicas de Género – Avances – La Paz, 17 de Julio 2002, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia – Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, 112 pages;

Ana María Portugal, « Marzos revolucionarios. Sobre el 8 de marzo, Día Internacional de la mujer, existen diversas versiones. Hoy las historiadoras han descubierto versiones diferentes », *in* Mujereshoy, Marzo de 2004;

Prefectura del Departamento de Salud La Paz, *Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar 1998-2002*, La Paz Bolivia, 39 pages;

Prensario 1997, « El aborto en los medios gráficos. Argentina », publicación de la Comisión por el Derecho al Aborto;

PROCOSI, Encuesta de conocimiento – 2003, Evaluación final proyectos Salud Sexual y Reproductiva;

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008, Orientaciones Estratégicas, Ministerio de Salud y Deportes, 2004, 51 pages;

« Projet pilote sur l'impact de la CEDAW », www.fafia.org/action/nat2_f.htm;

« Promoviendo sueños construyendo realidades », Sistematización nacional de experiencias de Educación para la sexualidad, UNFPA-Bolivia, abril de 2002, 185 pages;

« Quand les femmes se mobilisent pour la paix, la citoyenneté, l'égalité des droits », *in* FPH, RITIMO, juillet 1997 ;

Marco Alberto Quispe Villca, *De ch'usa marka a jach'a marka (de pueblo vacío a pueblo grande). Pequeñas historias contadas desde el alma misma de El Alto*, Plural editores / Fundacion Wayna Tambo, 2004;

Luisa Rada Duran, Eduardo Garcia Cardenas, *Promoviendo sueños construyendo realidades – Directorio Nacional de Instituciones que trabajan en la educación para la sexualidad*, UNFPA, abril 2002, 153 pages;

Rita Radl Philipp, *Cuestiones Actuales de Sociología del Género*, Centro de Investigaciones Sociológicas, sept. 2001, 480 pages ;

Antonia Rados, « Femmes de Kaboul », Documentaire, France, 2002 ;

Hafizur Rahman, « Pakistan - Pitié pour les femmes », extrait de DAWN, Karachi, *in* Courrier International, n°576, le 15/11/2001 ;

Juan Carlos Ramirez Rodriguez, Griselda Uribe Vazquez, Norma Celina Gutierrez de la Torre, *Género y Salud. Una propuesta para el trabajo con población femenina*, Universidad de Guadalajara, 1995, 90 pages;

Ignacio Ramonet, « Bolivie », *in Monde Diplomatique*, novembre 2003;

S. Rance, C. Olivares, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Información para el Desarrollo, 1995, 32 pages;

Susanna Rance, « Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: Doctor's repertoire conflicts and the saving women device », Department of Sociology, Trinity College, University of Dublin, second revision, may 2004, 36 pages;

Susanna Rance, *Planificación Familiar: se abre el debate*, Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Población (CONAPO), 1990;

Susanna Rance, Silvia Salinas Mulder, *Investigando con ética: aportes para la reflexión-acción*, CIEPP, Population Council, 2001, 75 pages ;

Susanna Rance, Veronica Kaune, Maria Dolores Castro, Silvia Salinas, Claudia de la Quintana, Ester Veldhius, Jacqueline Michaux, *Encuentros sobre « Metodologías de Investigación sociocultural » - Experiencias en Investigación Sociocultural*, CIEPP, La Paz, dic. de 2002, 69 pages ;

Fariha Razak Haroon, « Pakistan – Une coutume meurtrière pour les femmes », extrait de Tazeen Javed, DAWN, Lahore, *in Courier International*, n°531, le 04/01/2001 ;

Maria Cecilia Ré (CECOPAL), « Un 'espace femmes' dans les quartiers de Cordoba », article du Desafios urbanos, septembre-octobre 1997 (Cordoba, Argentine), *in DIAL*, D 2197, 16-31 janvier 1998 ;

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, « Campaña por el Ejercicio de los Derechos Reproductivos. Mortalidad materna: Un asunto de Derechos Humanos, una demanda de Justicia Social. Llamado a la Acción 2003 »;

Redacción central, AP y EFE, « Los derechos de las mujeres se difunden, pero no se cumplen », *in La Razón*, 08/03/2005;

Reglamento a la Ley 1674 (DS n°25087 de 6 de Julio de 1998), UPS-Editorial, 2001;

Relat6ria. Reuni6n Redes y Campa1as Regionales Cairo + 10, La Paz, 30 y 31 de Agosto, 2003, 23 pages;

Rigoberta Menchu « *Cruc6 la frontera* », Unesco/Tandem1999;

Ana Rinc6n (coord.), *An6lisis del C6digo Penal desde la perspectiva de genero*, Instituto Vasco de la Mujer, diciembre 1998;

Rafa6le Rivais, « En France, le taux de fertilit6 est un des plus forts de l'UE », *in Le Monde*, le 08/03/05 ;

Silvia Rivera Cusicanqui, *Birlochas. Trabajo de mujeres: explotación capitalista y opresión colonial entre las migrantes aymaras de La Paz y El Alto*, Editorial Mama Huaco, non daté, 225 pages;

Dra Teresa E. Rivero Gréau, *Recopilación, Análisis y Documentación sobre las iniciativas de adecuación intercultural y Aplicación de prácticas y Tecnologías apropiadas en Salud Materna y Neonatal y Funcionamiento de las Redes de Vigilancia de la muerte materna en Bolivia. Informe final*, UNFPA, La Paz, diciembre de 2002;

Maria Angela Riveros Pinto, « Reflexiones sobre género y etnicidad entre los aymara : una mirada desde adentro », in RED ADA, *Género y Etnicidad*, Memoria Seminario Nacional, Cochabamba, 5 y 6 de Diciembre 2003;

Gregorio Rodriguez Gómez, Javier Gil. Flores, Eduardo Garcia Jimenez, *Metodología de la Investigación Cualitativa*, Ediciones Aljibe, 1996;

Pepa Roma, « La bataille des femmes marocaines », extrait de *El País Semanal*, Madrid, in Courrier International, n°513, le 31/08/2000 ;

Inés Romero Bidegaray, *El aborto clandestino en el Perú. Una aproximación desde los derechos humanos*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2002, 62 pages;

Sonia Romero Gorski, « Caracterización del campo de la salud en Uruguay », in Nueva época. Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Año 4 núm. 6, junio 1999;

Martha I. Rosenberg (Editor Española), « Images en los medios », in *Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio de once países*, Foro por los Derechos Reproductivos, 2001;

V. Rozée, « Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social », Mémoire de DEA, à l'EHESS, sous la direction de Y. Le Bot, 2001, 222 pages ;

Magda Teresa Ruiz Salguero, *La regulación de la fecundidad: un estudio demográfico de la anticoncepción, la esterilización, el aborto y el tratamiento de la esterilidad en España* (« Aspectos teóricos y conceptuales »), Tesis doctoral, bajo la dirección de la Dra Anna Cabré Pla y la Dra Montserrat Solsona Pairó, 2002 ;

Mariella Sala, « Perú, Mujeres de América Latina y el Caribe: Leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas – Estudio toma el pulso a la situación en nueve países de la región en lo que respecta a legislación en derechos reproductivos », in Fempress, n°196/197, p.5, febrero/marzo 1998;

E. Salguero (Ed.), Reunión Nacional, Campana 28 de Septiembre 'Por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe'. 'Por el Derecho a Decidir', No estas sola, Hablemos del Aborto, CIDEM, 2002, 64 pages;

E. Salguero C., « Bolivia: no respetan ley de cuotas », in Mujeres en Red, Bolivia, dic. 1999;

Elizabeth Salguero, « Bolivia – El aborto otra vez sobre la mesa de discusión », *in Fempress*, n°191, p.7, sept. 1997;

Elizabeth Salguero, « Bolivia – El aborto y los derechos humanos de las mujeres », *in Fempress*, n° 203, sept. 1998;

Elizabeth Salguero, « Uruguay. María Bonino, Desde el movimiento de mujeres », *in Fempress*, numero especial, 1998;

Elizabeth Salguero, « El caso de una niña violada y embarazada en Bolivia – Crónica de un aborto anunciado », *in Fempress*, n°221, abril 2000;

Hoda Saliby-Yehia, « Irak – Soumises à Saddam », *in Courrier International*, le 03/02/2003 ;

Hoda Saliby-Yehia, « Pakistan – Le djihad au féminin », *in Courrier International*, le 18/02/2003 ;

S. Salinas Mulder, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's, 1995;

Silvia Salinas Mulder (Project Director), “*Demography fom the soul*” – *Bolivia Final Research Report*, UNESCO/UNFPA/CIDES-UMSA, December 2000, 103 pages;

Silvia Salinas Mulder M., *Identidad, Poder y Sexualidad en adolescentes de zonas peri-urbanas de La paz y El Alto*, UNESCO-MECD-UNFPA, 1998, 342 pages;

Salud de las mujeres en Bolivia – Divulgación de datos preliminares de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003;

J. Seager, *Atlas des femmes dans le monde*, Editions Autrement, 1998, 127 pages ;

« Según médicos de la Iglesia católica ‘una violada difícilmente queda embarazada’ », *in Triple Jornada* n°12, 6 septiembre 1999;

Seguro Universal Materno Infantil (Ley 2426 de 21 de nov. de 2002); Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI (Decreto Supremo 26874 de 21 de dic. De 2002), UPS-Editorial, 2003, 25 pages;

Roxana Sélum, *Más que Madres*, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales, Subsecretaria de Asuntos de Género, 1996;

Seminario – Presentación a la Comunidad Jurídica del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 (Aborto Impune) del Código Penal Boliviano, CDD, dic. de 2002, 47 pages;

Amartya Sen, « Inde – Quand la misogynie devient un problème de santé publique », extrait de *Letras Libres*, Mexico, *in Courrier International*, n°601, le 10/05/2002 ;

Armartya Sen, « Un nouveau modèle économique ». La liberté des femmes. Atout du Développement, extrait de *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Odile Jacob, 1999/2000 ;

Guillermo Seoane Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón, *Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales (Estudio Cualitativo en Comunidades y Servicios de Salud de Cinco Distritos de Salud en La Paz y Cochabamba)*, Mothercare II, 1996, 299 pages;

Saira Shah, « Sorties des ténèbres ? », Documentaire, Angleterre, 2001 ;

Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una perspectiva de Género, “Sin los derechos de las mujeres, no hay derechos humanos”, Año 2, n°1, CIDEM, 2003, 46 pages;

68 L'autre Amérique en révolte, « Le mouvement des femmes américaines », CD-ROM '68 une révolution mondiale' ;

Soldados de Jesucristo, « La Ley 810, Ampara la práctica de todo tipo de perversiones sexuales y legaliza el aborto! », in *Tiempo Final*, n°16;

SOLMA (Solidarité avec les mères de la Place de Mai), Bulletin de liaison n°51, novembre 2000 ;

SOLMA, Bulletin de liaison, « Genèse du mouvement des Mères de la Place de mai d'Argentine », n°37, septembre 1996 ;

Sondeo de Opinión sobre 'Mujer y Participación Ciudadana', AMUPEI, Sept. 2002, 42 pages;

Clyde Soto, «Paraguay, Salud Sexual y Reproductiva: Una propuesta de Ley », in *Fempres*, n°217, p.11, dic. 1999;

Jose Suarez, *Una semana fundamental. 10-18 octubre 2003*, Muela del Diablo editores, 2003;

Summary of the Programme of Action ICPD'94,
<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm> , Nations Unies/ECOSOC;

M. D. De Suremain, L. Cardona, M. Dalmazzo, *Les femmes et la crise urbaine, ou la gestion invisible du logement et des services urbains*, avec la collaboration de C. Trujillo, AVP, ENDA-AL, FEDEVIVIENDA, 1995 ;

G. Tamayo Leon, *Cuestión de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM, 2000;

Sonia Tessa, « Médicos opinan sobre despenalizar el aborto », in *El Periódico*, suplemento local Rosario-12, <http://www.convencion.org.uy> , 10 de noviembre de 2002;

« The Face of women in today's », in *The Llama express*, July, n°18, 2004;

Elise Thiébaud, « Défense de Lapidier. Sauvons Amina – Urgence Mission Nigeria », in *Clara Magazine* n°76, mars 2003 ;

Elise Thiébaud, « Nigeria. Amina Lawal, toujours menacée de lapidation », in *Clara Magazine* n°77, mai 2003 ;

A. L. Thomas, Diderot, Madame d'Épinay, *Qu'est-ce qu'une femme ?*, P.O.L, 1989, 193 pages ;

Tijaraipa, Memoria. « Políticas de Género para el trabajo con pueblos indígenas de las tierras bajas », 19 y 20 de abril de 2001, 88 pages;

Katarina Tomasevski, « Los derechos de las mujeres: de la prohibición a la eliminación de la discriminación », <http://www.unesco.org/issj/rics158/tomasevskispa.html> ;

Carmen Tornaría, « Uruguay. Por la despenalización del aborto en América Latina », *in* Fempress, n°151, mayo 1994;

Ramón Torre Cañal, Marie Stopes, « Ley de derechos sexuales y reproductivos en Bolivia: la opinión pública ante el debate », Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 23 de agosto de 2004;

Hugo Torres Pinto, Franklin García P., Jaime Montano G., *Consideraciones Reproductivas de la población boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación y Ordenamiento Territorial, Dirección General de Planificación Estratégica, Unidad de Políticas de Población, La Paz, 1997 (Segundo Edición), 93 pages;

Francisco del Torro, *Punto y Aparte*, Película Mexicana, 2003;

« Une Quechua militante nommée aux Affaires Etrangères », d'après *Brecha*, Montevideo, *in* Courrier International, n°641, février 2003;

Unesco, « femmes, la moitié du ciel », *Le Courrier de l'Unesco*, septembre 1995 ;

Unesco, Sources, n°125, juillet-août 2000 ;

UNFPA, « Asian and Pacific Countries Reaffirm Commitment to Reproductive Health and Rights », 17 December 2002, <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=39&Language=1> ;

UNFPA, « Ensuring Reproductive Health and Rights Would Go a Long Way in Overcoming Poverty, New Reports Says », 3 December 2002, <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=40&Language=1> ;

UNFPA, « Asian and Pacific Countries Reaffirm Commitment to Reproductive Health and Rights », <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=39&Language=1> ;

UNFPA, Proyecto Bi-Alfabetización. Informe Ejecutivo 1999-2002. Bolivia;

UNICEF, *Children and women in Bolivia*, UNICEF-Bolivia, 1994;

UNIFEM, « Engendering Governance and Leadership », www.unifem.undp.org/gender.htm ;

UNIFEM, « Promoting Women's Human Rights », www.unifem.undp.org/hrights.htm ;

UNIFEM, « Strengthening Women's Economic Capacity », www.unifem.undp.org/economic.htm ;

United Nations / Department of Public Information, Press Release: « Majority of world's couples are using contraception », DEV/2392-POP/829-20 May 2002;

United Nations Division / Department of Economic and Social Affairs, *Abortions Policies: A Global Review*, « France », United Nations, 1999;

United Nations Population Division / Department of Economic and Social Affairs, *Abortions Policies: A Global Review*, « Argentina », United Nations, 1999;

United Nations Population Division / Department of Economic and Social Affairs, *Abortions Policies: A Global Review*, « Uruguay », United Nations, 1999;

United Nations Population Division / Department of Economic and Social Affairs, *World Abortion Policies 1999*, United Nations, 1999;

United Nations Population Division / Department of Economic and Social Affairs, *Abortions Policies: A Global Review*, « Bolivia », United Nations, 1999;

United Nations Population Division / Department of Economic and Social Affairs, *Abortions Policies: A Global Review*, « Mayor Dimensions of Abortion Policy », United Nations, 1999;

United Nations Population Division / Department of Economic and Social Affairs, « Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1998 – Key Findings », United Nations, 1998;

United Nations, « Women. At a glance », United Nations Department of Public Information, May 1997, www.un.org/ecosocdev/geninfo/women/women96.htm;

United Nations, « Women. Global Gender Agenda and the United Nations », United Nations Department of Public Information, February 1997, www.un.org/ecosocdev/geninfo/women/gender.htm;

United Nations, « Women. The Right to Reproductive and Sexual Health », United Nations Department of Public Information, February 1997, www.un.org/ecosocdev/geninfo/women/womrepro.htm;

United Nations, Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund, « United Nations Population Fund proposed projects and programmes – Bolivia », DP/FPA/BOL/2, 9 February 1998;

United Nations, *Los Grandes cambios y la crisis: impacto sobre la mujer en América Latina y el Caribe*, la Comisión, 1990;

United Nations, United Nations Population Fund proposed projects and programmes. Recommendations by the Executive Director. Assistance to the Government of Bolivia, 9 February 1998;

Lourdes Uranga López, « Mujer mexicana, campesina e indígena: Especificidad de los derechos genéricos y nuevos niveles de percepción y acción », in M. Zabaleta (ed.), *Los derechos humanos de las latinoamericanas: el cuerpo importa*, in Revista del CELSA, n°3, Centro de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Varsovia, Warszawa 2002, page 80 ;

Diana Urioste, Bertha Pooley, « Bolivia – El mecanismo institucional para el adelanto de las mujeres en Bolivia », in Fempress, n° especial, pages 6-7, 1998;

USAID, Health Strategic Objective, « Improved Health of the Bolivian Population », January 2003;

Utopias, janvier-février 1997 (Colombie), « Des femmes andines parlent du développement durable et équitable », in DIAL, D 2139, 16-31 mars 1997 ;

Teresa Valdes Echenique, Enrique Gomariz Moraga (coordinadores), Ivonne Farah H. (investigadora local), *Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Bolivia*, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España, Flasco, 1993;

Ana Mariá Vega, « Los ‘derechos reproductivos’ y sus interpretaciones: una causa que se promueve en la ONU », <http://www.terra.com.pe/religion/aborto16.shtml> ;

Lizbeth Vega Gutierrez, « Política de potenciamiento económico de las mujeres, Ferias a la Inversa y Mesas de negociación », Cartilla informativa, Ministerio de Desarrollo Sostenible, VMM, Gobierno Municipal de El Alto, PROCAL;

Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y derechos humanos, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, n°1, Organización Mundial de la Salud, julio de 2002;

Carmen Velasco, Claudia de la Quintana, Gretzel Jové, Luz Angela Torres, Patricia Bailey, *Calidad en los servicios de anticoncepción de El Alto, Bolivia*, Promujer / FHI, oct. 1997, 18 pages;

Susana Velasco, « Les veuves de la montagne d’argent », in *Courrier International*, n°631, 5-11 dec. 2002, p. 52-53 ;

Ester Veldhuis, *Mi cuerpo, mi intimidad. Reflexiones sobre sexualidad de y para adolescentes*, CIES-SSR, 2000;

Jacques Véron, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Ed. du Seuil, 1997 ;

Viceministro de la Mujer, *Políticas Publicas de Género*, La Paz Bolivia, Julio 2003;

25 de Noviembre « Día internacional de la no violencia contra las mujeres », Del discurso a la acción... Basta de violencia!, RED-ADA, 2002;

Moema Viezzer, ‘Si me permiten hablar...’ *Testimonio de Domitila, una mujer de la minas de Bolivia*, Septima edicion, 1982, 257 pages;

WHO International, « Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia », WHO/HRP/ITT/96.1, 1996;

W. F. Whyte, *Street Corner Society*, La découverte, 1996, 399 pages ;

Christa Wichterich, *La femme mondialisée*, Actes Sud, 1999, 262 pages ;

Women Watch, « Les Nations Unies oeuvrent pour les femmes »,

www.un.org/french/womenwatch/un.htm ;

Womenwatch, Text of the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women,
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm> ;

Yo aborto, tú abortas, todos callamos, Ediciones Cotidiano Mujer, 1989;

Carmen Yon Leau, *Preferencias Reproductivas y Anticoncepción. Hablan las mujeres andinas*, Movimiento Manuela Ramos, 2000, 301 pages;

Ma. Lourdes Zabala, *Nosotras en democracia: Mineras, cholas y feministas: 1976–1994*, ILDIS, 1995;

Marta Zabaleta, « Los derechos Humanos Universales en la teoría y en la práctica de Latinoamérica y de los Estudios Latinoamericanos », in M. Zabaleta (ed.), *Los derechos humanos de las latinoamericanas: el cuerpo importa*, in Revista del CELSA, n°3, Centro de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Varsovia, Warszawa 2002;

Annexes

La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes

Ratifications et Signatures

En date du 18 mars 2005, 180 pays, soit plus de 90% des membres des Nations Unies, sont États Parties de la convention (98 signatures et 180 ratifications). Saint-Marin est le dernier État signataire (le 26 Septembre 2003) ; et Monaco, le dernier État ayant ratifié la Convention (le 18 Mars 2005).

<u>a</u> /accession; <u>b</u> /déclarations ou réserves; <u>c</u> /réserves plus tard retirées; <u>d</u> /succession		
État	Date de signature	Date de la ratification, accession ou succession
Afghanistan	14 août 1980	5 mars 2003 <u>a</u> /
Afrique du Sud	29 janvier 1993	15 décembre 1995 <u>a</u> /
Albanie		11 mai 1994 <u>a</u> /
Algérie		22 mai 1996 <u>a</u> / <u>b</u> /
Allemagne	17 juillet 1980	10 juillet 1985 <u>b</u> /
Ancienne République yougoslave de Macédoine		18 janvier 1994 <u>d</u> /
Andorre		15 janvier 1997 <u>a</u> /
Angola		17 septembre 1986 <u>a</u> /
Antigua-et-Barbuda		1 août 1989 <u>a</u> /
Arabie Saoudite	7 septembre 2000	7 septembre 2000 <u>b</u> /
Argentine	17 juillet 1980	15 juillet 1985 <u>b</u> /
Arménie		13 septembre 1993 <u>a</u> /
Australie	17 juillet 1980	28 juillet 1983 <u>b</u> /
Autriche	17 juillet 1980	31 mars 1982 <u>b</u> /

Azerbaïdjan		10 juillet 1995 <u>a</u> /
Bahreïn		18 juin 2002 <u>a</u> /
Bangladesh		6 novembre 1984 <u>a/b</u> /
Barbade	24 juillet 1980	16 octobre 1980
Belarus	17 juillet 1980	4 février 1981 <u>C</u> /
Belgique	17 juillet 1980	10 juillet 1985 <u>b</u> /
Belize	7 mars 1990	16 mai 1990
Bénin	11 novembre 1981	12 mars 1992
Bhutan	17 juillet 1980	31 août 1981
Bolivie	30 mai 1980	8 juin 1990
Bosnie Herzégovine		1 septembre 1993 <u>d</u> /
Botswana		13 août 1996 <u>a</u> /
Brésil	31 mars 1981 <u>b</u> /	1 février 1984 <u>b</u> /
Bulgarie	17 juillet 1980	8 février 1982 <u>C</u> /
Burkina Faso		14 octobre 1987 <u>a</u> /
Burundi	17 juillet 1980	8 janvier 1992
Cambodge	17 octobre 1980	15 octobre 1992 <u>a</u> /
Cameroun	6 juin 1983	23 août 1994 <u>a</u> /
Canada	17 juillet 1980	10 décembre 1981 <u>C</u> /
Cap Vert		5 décembre 1980 <u>a</u> /
Chili	17 juillet 1980	7 décembre 1989 <u>b</u> /
Chine	17 juillet 1980 <u>b</u> /	4 novembre 1980 <u>b</u> /
Chypre		23 juillet 1985 <u>a/b</u> /
Colombie	17 juillet 1980	19 janvier 1982

Comores		31 octobre 1994 <u>a/</u>
Congo	29 juillet 1980	26 juillet 1982
Costa Rica	17 juillet 1980	4 avril 1986
Cote d'Ivoire	17 juillet 1980	18 décembre 1995 <u>a/</u>
Croatie		9 septembre 1992 <u>d/</u>
Cuba	6 mars 1980	17 juillet 1980 <u>b/</u>
Danemark	17 juillet 1980	21 avril 1983
Djibouti		2 décembre 1998 <u>a/</u>
Dominique	15 septembre 1980	15 septembre 1980
Egypte	16 juillet 1980 <u>b/</u>	18 septembre 1981 <u>b/</u>
Emirats Arabes Unis		6 octobre 2004 <u>a/</u>
Equateur	17 juillet 1980	9 novembre 1981
Erythrée		5 septembre 1995 <u>a/</u>
Espagne	17 juillet 1980	5 janvier 1984 <u>b/</u>
Estonie		21 octobre 1991 <u>a/</u>
Etats-Unis d'Amérique	17 juillet 1980	
Ethiopie	8 juillet 1980	10 décembre 1981 <u>b/</u>
Fédération Russe	17 juillet 1980	23 janvier 1981 <u>C/</u>
Fidji		28 août 1995 <u>a/ b/</u>
Finlande	17 juillet 1980	4 septembre 1986
France	17 juillet 1980 <u>b/</u>	14 décembre 1983 <u>b/ c/</u>
Gabon	17 juillet 1980	21 janvier 1983
Gambie	29 juillet 1980	16 avril 1993
Géorgie		26 octobre 1994 <u>a/</u>

Ghana	17 juillet 1980	2 janvier 1986
Grèce	2 mars 1982	7 juin 1983
Grenade	17 juillet 1980	30 août 1990
Guatemala	8 juin 1981	12 août 1982
Guinée	17 juillet 1980	9 août 1982
Guinée équatoriale		23 octobre 1984 <u>a/</u>
Guinée-Bissau	17 juillet 1980	23 août 1985
Guyane	17 juillet 1980	17 juillet 1980
Haïti	17 juillet 1980	20 juillet 1981
Hollande	17 juillet 1980	23 juillet 1991 <u>b/</u>
Honduras	11 juin 1980	3 mars 1983
Hongrie	6 juin 1980	22 décembre 1980 <u>C/</u>
Ile Maurice		9 juillet 1984 <u>a/ b/</u>
Îles Salomon		6 mai 2002
Inde	30 juillet 1980 <u>b/</u>	9 juillet 1993 <u>b/</u>
Indonésie	29 juillet 1980	13 septembre 1984 <u>b/</u>
Irak		13 août 1986 <u>a/ b/</u>
Irlande		23 décembre 1985 <u>a/ b/ c/</u>
Islande	24 juillet 1980	18 juin 1985
Israël	17 juillet 1980	3 octobre 1991 <u>b/</u>
Italie	17 juillet 1980 <u>b/</u>	10 juin 1985
Jamaïque	17 juillet 1980	19 octobre 1984 <u>b/</u>
Japon	17 juillet 1980	25 juin 1985
Jordanie	3 décembre 1980 <u>b/</u>	1 juillet 1992 <u>b/</u>

Kazakhstan		26 août 1998 <u>a/</u>
Kenya		9 mars 1984 <u>a/</u>
Kirghizistan		10 février 1997 <u>a/</u>
Kiribati		17 mars 2004 <u>a/</u>
Koweït		2 septembre 1994 <u>a/ b/</u>
Laos.	17 juillet 1980	14 août 1981
Les Bahamas		6 octobre 1993 <u>a/ b/</u>
Lesotho	17 juillet 1980	22 août 1995 <u>a/ b/</u>
Lettonie		14 avril 1992 <u>a/</u>
Liban		21 avril 1997 <u>a/ b/</u>
Libéria		17 juillet 1984 <u>a/</u>
Libye		16 mai 1989 <u>a/ b/</u>
Liechtenstein		22 décembre 1995 <u>a/ b/</u>
Lituanie		18 janvier 1994 <u>a/</u>
Luxembourg	17 juillet 1980	2 février 1989 <u>b/</u>
Madagascar	17 juillet 1980	17 mars 1989
Malaisie		5 juillet 1995 <u>a/ b/</u>
Malawi		12 mars 1987 <u>a/ c/</u>
Maldives		1 juillet 1993 <u>a/ b/</u>
Mali	5 février 1985	10 septembre 1985
Malte		8 mars 1991 <u>a/ b/</u>
Maroc		21 juin 1993 <u>a/ b/</u>
Mauritanie		10 mai 2001 <u>a/</u>
Mexique	17 juillet 1980 <u>b/</u>	23 mars 1981

Micronésie		1 septembre 2004 <u>a/</u>
Monaco		18 mars 2005/a
Mongolie	17 juillet 1980	20 juillet 1981 <u>C/</u>
Mozambique		16 avril 1997 <u>a/</u>
Myanmar		22 juillet 1997 <u>a/ b/</u>
Namibie		23 novembre 1992 <u>a/</u>
Népal	5 février 1991	22 avril 1991
Nicaragua	17 juillet 1980	27 octobre 1981
Niger		8 octobre 1999 <u>a/</u>
Nigeria	23 avril 1984	13 juin 1985
Norvège	17 juillet 1980	21 mai 1981
Nouvelle-Zélande	17 juillet 1980	10 janvier 1985 <u>b/ c/</u>
Ouganda	30 juillet 1980	22 juillet 1985
Ouzbékistan		19 juillet 1995 <u>a/</u>
Pakistan		12 mars 1996 <u>a/ b/</u>
Panama	26 juin 1980	29 octobre 1981
Papouasie Nouvelle-Guinée		12 janvier 1995 <u>a/</u>
Paraguay		6 avril 1987 <u>a/</u>
Pérou	23 juillet 1981	13 septembre 1982
Philippines	15 juillet 1980	5 août 1981
Pologne	29 mai 1980	30 juillet 1980 <u>b/</u>
Portugal	24 avril 1980	30 juillet 1980
République Arabe Syrienne		28 mars 2003 <u>a/</u>
République centrafricaine		21 juin 1991 <u>a/</u>

République de Corée	25 mai 1983 <u>b/</u>	27 décembre 1984 <u>b/ c/</u>
République de Moldavie		1 juillet 1994 <u>a/</u>
République démocratique du Congo	17 octobre 1986	16 novembre 1986
République dominicaine	17 juillet 1980	2 septembre 1982
République populaire démocratique de la Corée		27 février 2001 <u>a/</u>
République tchèque		22 février 1993 <u>C/ d/</u>
République unie de la Tanzanie	17 juillet 1980	20 août 1985
Roumanie	4 septembre 1980 <u>b/</u>	7 janvier 1982 <u>b/</u>
Royaume Uni de la Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord	22 juillet 1981	7 avril 1986 <u>b/</u>
Rwanda	1 mai 1980	2 mars 1981
Sainte-Lucie		8 octobre 1982 <u>a/</u>
Saint-Kitts-et-Nevis		25 avril 1985 <u>a/</u>
Saint-Marin	26 septembre 2003	10 décembre 2003
Saint-Vincent-et-les-Grenadines		4 août 1981 <u>a/</u>
Salvador	14 novembre 1980 <u>b/</u>	19 août 1981 <u>b/</u>
Samoa		25 septembre 1992 <u>a/</u>
Sao-Tomé-et-Principe	31 octobre 1995	3 juin 2003
Sénégal	29 juillet 1980	5 février 1985
Serbie et Monténégro		12 mars 2001 <u>d/</u>
Seychelles		5 mai 1992 <u>a/</u>
Sierra Leone	21 septembre 1988	11 novembre 1988
Singapour		5 octobre 1995 <u>a/ b/</u>

Slovaquie		28 mai 1993 <u>d/</u>
Slovénie		6 juillet 1992 <u>d/</u>
Sri Lanka	17 juillet 1980	5 octobre 1981
Suède	7 mars 1980	2 juillet 1980
Suisse	23 janvier 1987	27 mars 1997 <u>a/ b/</u>
Surinam		1 mars 1993 <u>a/</u>
Swaziland		26 mars 2004 <u>a/</u>
Tadjikistan		26 octobre 1993 <u>a/</u>
Tchad		9 juin 1995 <u>a/</u>
Thaïlande		9 août 1985 <u>a/ b/ c/</u>
Timor Oriental		16 avril 2003 <u>a/</u>
Togo		26 septembre 1983 <u>a/</u>
Trinité-et-Tobago	27 juin 1985 <u>b/</u>	12 janvier 1990 <u>b/</u>
Tunisie	24 juillet 1980	20 septembre 1985 <u>b/</u>
Turkménistan		1 mai 1997 <u>a/</u>
Turquie		20 décembre 1985 <u>a/ b/</u>
Tuvalu		6 octobre 1999 <u>a/</u>
Ukraine	17 juillet 1980	12 mars 1981 <u>C/</u>
Uruguay	30 mars 1981	9 octobre 1981
Vanuatu		8 septembre 1995 <u>a/</u>
Venezuela	17 juillet 1980	2 mai 1983 <u>b/</u>
Vietnam	29 juillet 1980	17 février 1982 <u>b/</u>
Yémen/		30 mai 1984 <u>a/ b/</u>
Zambie	17 juillet 1980	21 juin 1985

Zimbabwe		13 mai 1991 <u>a</u> /
----------	--	------------------------

Etats devenus Etats Parties en 2004 :

Kiribati, 17 Mars 2004
 Le Swaziland, 26 Mars 2004
 La Micronésie, 1^{er} Septembre 2004

Etats devenus Etats Parties en 2003 :

L'Afghanistan, 5 Mars 2003
 République Arabe Syrienne, 28 Mars 2003
 Timor Oriental, 16 Avril 2003
 Saint-Marin, 10 Décembre 2003

Etats devenus Etats Parties en 2002 :

Les Îles Salomon, 6 Mai 2002
 Le Bahreïn, 18 Juin 2002

Etats devenus Etats Parties en 2001 :

La République Populaire Démocratique de Corée, 27 février 2001
 La Mauritanie, 10 Mai 2001

Etats devenus Etats Parties en 2000 :

L'Arabie Saoudite, 7 Septembre 2000

Sources : Division for the Advancement of Women, CEDAW, States Parties
 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/states.htm>)

La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes

« ...le développement complet d'un pays, le bien-être du monde et la cause de la paix demandent la participation maximale des femmes à égalité avec les hommes, dans tous les domaines »

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Contenu et signification de la Convention

PRÈAMBULE

PREMIÈRE PARTIE

Discrimination (article premier)
Mesures politiques (article 2)
Garantie des droits de l'homme et des libertés fondamentales (article 3)
Mesures spéciales (article 4)
Rôles stéréotypés par sexe et préjugés (article 5)
Prostitution (article 6)

DEUXIÈME PARTIE

Vie politique et publique (article 7)
Représentation (article 8)
Nationalité (article 9)

TROISIÈME PARTIE

Education (article 10)
Emploi (article 11)
Santé (article 12)
Prestations économiques et sociales (article 13)
Femmes rurales (article 14)

QUATRIÈME PARTIE

Egalité devant la loi (article 15)
Mariage et vie de famille (article 16)

CINQUIÈME PARTIE

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (article 17)
Rapports nationaux (article 18)

Règlements intérieurs (article 19)
Réunions du Comité (article 20)
Rapports du Comité (article 21)
Rôle des institutions spécialisées (article 22)

SIXIÈME PARTIE

Influence sur les autres traités (article 23)
Engagement des Etats parties (article 24)
Administration de la Convention (articles 25-30)

INTRODUCTION

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été adoptée le 18 décembre 1979 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Elle est entrée en vigueur en tant que traité international le 3 septembre 1981 après avoir été ratifiée par 20 pays. Dix ans après son adoption, en 1989, c'est presque une centaine de pays qui se sont engagés à respecter ses clauses.

La Convention a marqué l'aboutissement de plus de 30 années de travail de la Commission de la condition de la femme, organe fondé en 1946 par les Nations Unies pour examiner la situation des femmes et promouvoir leurs droits. Les travaux de la Commission ont contribué à mettre en évidence tous les domaines dont lesquels les femmes se voient dénier l'égalité avec les hommes. Ces efforts en faveur de la cause des femmes ont trouvé leur expression concrète dans plusieurs déclarations et conventions, et notamment dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes qui est l'instrument juridique fondamental le plus complet.

La Convention occupe une place importante parmi les traités internationaux relatifs aux droits de la personne humaine car elle rappelle les droits inaliénables des femmes, moitié de la population mondiale. L'esprit de la Convention s'inspire des principes fondamentaux des Nations Unies qui ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine et dans l'égalité de droits des hommes et des femmes. En analysant en détail la signification de la notion d'égalité et les moyens de l'atteindre, la Convention, en plus d'être une déclaration internationale des droits des femmes, énonce aussi un programme d'action pour que les Etats parties garantissent l'exercice de ces droits.

Dans son préambule, la Convention reconnaît explicitement que "la discrimination généralisée contre les femmes existe toujours" et souligne qu'une telle discrimination "viole les principes de l'égalité des droits et du respect de la dignité humaine". D'après l'article premier de la Convention, on entend par discrimination "toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine". La Convention réaffirme le principe de l'égalité en demandant aux Etats parties de prendre "toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, pour assurer le plein épanouissement et le progrès des femmes en vue de leur

garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes" (art. 3).

Le programme d'action pour l'égalité est énoncé dans 14 articles. Dans son approche méthodologique, la Convention a choisi de couvrir trois aspects de la situation des femmes. La Convention expose en détail les droits civiques et le statut juridique des femmes mais porte aussi - et c'est cela qui la différencie en particulier des autres traités sur les droits de l'homme - sur la procréation ainsi que sur les incidences des facteurs culturels sur les relations entre les hommes et les femmes.

Une place particulièrement importante est faite au statut juridique des femmes. En effet, l'inquiétude quant à l'exercice du droit fondamental qu'est la participation à la vie politique est restée vive depuis l'adoption de la Convention sur les droits politiques de la femme en 1952. C'est pourquoi ses clauses ont été rappelées dans l'article 7 de la Convention qui garantit aux femmes le droit de voter, d'occuper des emplois publics et d'exercer des fonctions publiques. A ce titre, les femmes ont, dans des conditions d'égalité avec les hommes, la possibilité de représenter leur pays à l'échelon international (art. 8). La Convention sur la nationalité de la femme mariée adoptée en 1957, est reprise dans l'article 9, aux termes duquel le mariage ne change pas automatiquement la nationalité de la femme. Par là même, la Convention attire l'attention sur le fait que le statut de la femme sur le plan de la nationalité était souvent lié au mariage et évoluait en fonction de la nationalité de son mari et, de ce fait, les femmes n'étaient pas reconnues comme des personnes à part entière. Les articles 10, 11 et 13 affirment chacun respectivement l'égalité des droits des femmes en matière d'éducation, d'emploi et d'activité économique et sociale. La Convention insiste particulièrement sur la situation des femmes rurales auxquelles il convient d'accorder davantage d'attention au stade de la planification des politiques, compte particulièrement tenu de leurs problèmes particuliers et de leur rôle économique important évoqués à l'article 14. L'article 15 affirme la pleine égalité des femmes en matière civile et commerciale et stipule que tout instrument visant à limiter la capacité juridique des femmes "doit être considéré comme nul". Enfin, à l'article 16, la Convention considère à nouveau le problème du mariage et des rapports familiaux et affirme que les femmes et les hommes ont le même droit de choisir librement leur conjoint, les mêmes droits de décider librement du nombre et de l'espacement des naissances, les mêmes droits personnels et les mêmes droits en matière de disposition des biens.

En plus d'exposer en détail les droits civils, la Convention consacre aussi une grande attention à un souci vital entre tous pour les femmes, à savoir leur droit de procréer. Le préambule donne le ton en déclarant que "le rôle de la femme dans la procréation ne doit pas être une cause de discrimination". La relation entre la discrimination et le rôle de la femme dans la procréation est évoquée à plusieurs reprises avec inquiétude dans la Convention. Ainsi, à l'article 5, il est recommandé "de faire bien comprendre que la maternité est une fonction sociale" et de faire reconnaître la responsabilité commune de l'homme et de la femme dans le soin d'élever leurs enfants. En conséquence, la protection de la maternité et les soins donnés aux enfants sont considérés comme des droits essentiels et pris en compte dans tous les domaines abordés par la Convention, qu'il s'agisse d'emploi, de droit de la famille, de soins médicaux ou d'éducation. La Convention exige même de la société qu'elle offre des services sociaux, en particulier des services de garde d'enfants, permettant aux femmes de combiner leurs responsabilités familiales avec leur participation dans la vie publique. Il est recommandé aux Etats d'adopter des mesures spéciales qui visent à protéger la maternité; la Convention spécifie en outre que ces mesures "ne doivent pas être considérées comme discriminatoires" (art. 4). Elle affirme également le droit des femmes de décider librement du

nombre des naissances. Il est à remarquer que la Convention est le seul traité relatif aux droits de l'homme à faire état de la planification de la famille. Elle oblige d'ailleurs les Etats parties à inclure des conseils relatifs à la planification de la famille dans le processus éducatif (al. h de l'article 10) et à mettre au point des codes de la famille qui garantissent les droits des femmes "de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits" (al. e de l'article 16).

Le troisième objectif général de la Convention vise à élargir la conception que l'on a des droits de l'homme, car elle reconnaît officiellement que la culture et la tradition peuvent contribuer à restreindre l'exercice, par les femmes, de leurs droits fondamentaux. Ces influences se manifestant sous forme de stéréotypes, d'habitudes et de normes qui donnent naissance à la multitude des contraintes juridiques, politiques et économiques qui freinent le progrès des femmes.

Remarquant la corrélation entre ces influences, le préambule de la Convention souligne "que le rôle traditionnel de l'homme dans la famille et dans la société doit évoluer autant que celui de la femme si on veut parvenir à une réelle égalité de l'homme et de la femme". Les Etats parties sont donc tenus de modifier peu à peu les schémas et modèles de comportement socioculturel en vue de parvenir à l'élimination "des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes" (art. 5). Il est demandé à l'alinéa c de l'article 10 de réviser les livres, les programmes scolaires et les méthodes pédagogiques en vue d'éliminer toute conception stéréotypée des rôles de l'homme et de la femme dans le domaine de l'enseignement. D'une manière générale, les schémas culturels qui définissent le domaine public comme celui de l'homme et le foyer comme celui de la femme sont énergiquement remis en cause dans toutes les clauses de la Convention, qui affirment l'égalité des responsabilités des deux parents dans la vie de la famille et l'égalité de leurs droits en ce qui concerne l'éducation et l'emploi. Prise dans son ensemble, la Convention fournit ainsi un cadre de travail très complet pour lutter contre les diverses forces qui ont créé et maintenu les discriminations fondées sur le sexe.

La mise en œuvre de la Convention est contrôlée par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Le mandat du Comité et la manière de suivre l'application de la Convention sont définis dans les articles 17 à 30 de la Convention. Le Comité se compose de 23 experts proposés par leur gouvernement et élus par les Etats parties sur des critères "d'une haute autorité morale et éminemment compétents dans le domaine auquel s'applique la Convention".

Tous les quatre ans au moins, les Etats parties doivent présenter au Comité un rapport sur les mesures qu'ils ont adoptées pour donner effet aux dispositions de la Convention. Au cours de la session annuelle du Comité, les membres du Comité analysent les rapports nationaux avec les représentants de chacun des gouvernements et étudient avec eux les domaines dans lesquels le pays concerné devrait prendre de nouvelles mesures. Le Comité fait également des recommandations générales aux Etats parties sur les questions concernant l'élimination des discriminations à l'égard des femmes.

On trouvera ci-après le texte intégral de la Convention.

CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES

Les Etats parties à la présente Convention,

Notant que la Charte des Nations Unies réaffirme la foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine et dans l'égalité des droits de l'homme et de la femme,

Notant que la Déclaration universelle des droits de l'homme affirme le principe de la non-discrimination et proclame que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit et que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de sexe,

Notant que les Etats parties aux Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme ont l'obligation d'assurer l'égalité des droits de l'homme et de la femme dans l'exercice de tous les droits économiques, sociaux, culturels, civils et politiques,

Considérant les conventions internationales conclues sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies et des institutions spécialisées en vue de promouvoir l'égalité des droits de l'homme et de la femme,

Notant également les résolutions, déclarations et recommandations adoptées par l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées en vue de promouvoir l'égalité des droits de l'homme et de la femme,

Préoccupés toutefois de constater qu'en dépit de ces divers instruments les femmes continuent de faire l'objet d'importantes discriminations,

Rappelant que la discrimination à l'encontre des femmes viole les principes de l'égalité des droits et du respect de la dignité humaine, qu'elle entrave la participation des femmes, dans les mêmes conditions que les hommes, à la vie politique, sociale, économique et culturelle de leur pays, qu'elle fait obstacle à l'accroissement du bien-être de la société et de la famille et qu'elle empêche les femmes de servir leur pays et l'humanité dans toute la mesure de leurs possibilités,

Préoccupés par le fait que, dans les situations de pauvreté, les femmes ont un minimum d'accès à l'alimentation, aux services médicaux, à l'éducation, à la formation ainsi qu'aux possibilités d'emploi et à la satisfaction d'autres besoins,

Convaincus que l'instauration du nouvel ordre économique international fondé sur l'équité et la justice contribuera de façon significative à promouvoir l'égalité entre l'homme et la femme,

Soulignant que l'élimination de l'apartheid, de toutes les formes de racisme, de discrimination raciale, de colonialisme, de néo-colonialisme, d'agression, d'occupation et domination étrangères et d'ingérence dans les affaires intérieures des Etats est indispensable à la pleine jouissance par l'homme et la femme de leurs droits,

Affirmant que le renforcement de la paix et de la sécurité internationales, le relâchement de la tension internationale, la coopération entre tous les Etats quels que soient leurs systèmes sociaux et économiques, le désarmement général et complet et, en particulier, le désarmement nucléaire sous contrôle international strict et efficace, l'affirmation des principes de la justice, de l'égalité et de l'avantage mutuel dans les relations entre pays et la réalisation du droit des peuples assujettis à une domination étrangère et coloniale et à une occupation étrangère à l'autodétermination et à l'indépendance, ainsi que le respect de la souveraineté nationale et de l'intégrité territoriale favoriseront le progrès social et le développement et contribueront par conséquent à la réalisation de la pleine égalité entre l'homme et la femme,

Convaincus que le développement complet d'un pays, le bien-être du monde et la cause de la paix demandent la participation maximale des femmes, à l'égalité avec les hommes, dans tous les domaines,

Ayant à l'esprit l'importance de la contribution des femmes au bien-être de la famille et au progrès de la société, qui jusqu'à présent n'a pas été pleinement reconnue, de l'importance sociale de la maternité et du rôle des parents dans la famille et dans l'éducation des enfants, et conscients du fait que le rôle de la femme dans la procréation ne doit pas être une cause de discrimination et que l'éducation des enfants exige le partage des responsabilités entre les hommes, les femmes et la société dans son ensemble,

Conscients que le rôle traditionnel de l'homme dans la famille et dans la société doit évoluer autant que celui de la femme si on veut parvenir à une réelle égalité de l'homme et de la femme,

Résolus à mettre en œuvre les principes énoncés dans la Déclaration sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et, pour ce faire, à adopter les mesures nécessaires à la suppression de cette discrimination sous toutes ses formes et dans toutes ses manifestations,

Sont convenus de ce qui suit :

PREMIÈRE PARTIE

Article PREMIER

Aux fins de la présente Convention, l'expression "discrimination à l'égard des femmes" vise toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine.

Article 2

Les Etats parties condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes et, à cette fin, s'engagent à :

- a) Inscrire dans leur constitution nationale ou toute autre disposition législative appropriée le principe de l'égalité des hommes et des femmes, si ce n'est déjà fait, et à assurer par voie de législation ou par d'autres moyens appropriés, l'application effective dudit principe;
- b) Adopter des mesures législatives et d'autres mesures appropriées assorties, y compris des sanctions en cas de besoin, interdisant toute discrimination à l'égard des femmes;
- c) Instaurer une protection juridictionnelle des droits des femmes sur un pied d'égalité avec les hommes et garantir, par le truchement des tribunaux nationaux compétents et d'autres institutions publiques, la protection effective des femmes contre tout acte discriminatoire;
- d) S'abstenir de tout acte ou pratique discriminatoire à l'égard des femmes et faire en sorte que les autorités publiques et les institutions publiques se conforment à cette obligation;
- e) Prendre toutes mesures appropriées pour éliminer la discrimination pratiquée à l'égard des femmes par une personne, une organisation ou une entreprise quelconque;
- f) Prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes;
- g) Abroger toutes les dispositions pénales qui constituent une discrimination à l'égard des femmes.

Article 3

Les Etats parties prennent dans tous les domaines, notamment dans les domaines politique, social, économique et culturel, toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour assurer le plein développement et le progrès des femmes, en vue de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes.

Article 4

1. L'adoption par les Etats parties de mesures temporaires spéciale visant à accélérer l'instauration d'une égalité de fait entre les hommes et les femmes n'est pas considéré comme un acte de discrimination tel qu'il est défini dans la présente Convention, mais ne doit en aucune façon avoir pour conséquence le maintien de normes inégales ou distinctes; ces mesures doivent être abrogées dès que les objectifs en matière d'égalité de chances et de traitement ont été atteints.

2. L'adoption par les Etats parties de mesures spéciales, y compris de mesures prévues dans la présente Convention, qui visent à protéger la maternité n'est pas considérée comme un acte discriminatoire.

Article 5

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour :

- a) Modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes;
- b) Faire en sorte que l'éducation familiale contribue à faire bien comprendre que la maternité est une fonction sociale et à faire reconnaître la responsabilité commune de l'homme et de la femme dans le soin d'élever leurs enfants et d'assurer leur développement, étant entendu que l'intérêt des enfants est la condition primordiale dans tous les cas.

Article 6

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour réprimer, sous toutes leurs formes, le trafic des femmes et l'exploitation de la prostitution des femmes.

DEUXIÈME PARTIE

Article 7

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans la vie politique et publique du pays et, en particulier, leur assurent, dans des conditions d'égalité avec les hommes, le droit :

- a) De voter à toutes les élections et dans tous les référendums publics et être éligibles à tous les organismes publiquement élus;
- b) De prendre part à l'élaboration de la politique de l'Etat et à son exécution, occuper des emplois publics et exercer toutes les fonctions publiques à tous les échelons du gouvernement;
- c) De participer aux organisations et associations non gouvernementales s'occupant de la vie publique et politique du pays.

Article 8

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que les femmes, dans des conditions d'égalité avec les hommes et sans aucune discrimination, aient la possibilité de représenter leur gouvernement à l'échelon international et de participer aux travaux des organisations internationales.

Article 9

1. Les Etats parties accordent aux femmes des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'acquisition, le changement et la conservation de la nationalité ils garantissent en particulier que ni le mariage avec un étranger, ni le changement de nationalité du mari pendant le mariage ne change automatiquement la nationalité de la femme, ni ne la rend apatride, ni ne l'oblige à prendre la nationalité de son mari ce qui concerne la nationalité de leurs enfants.

2. Les Etats parties accordent à la femme des droits égaux à ceux de l'homme en ce qui concerne la nationalité de leurs enfants.

TROISIÈME PARTIE

Article 10

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes afin de leur assurer des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'éducation et, en particulier, pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme :

- a) Les mêmes conditions d'orientation professionnelle, d'accès aux études et d'obtention de diplômes dans les établissements d'enseignement de toutes catégories, dans les zones rurales comme dans les zones urbaines, cette égalité devant être assurée dans l'enseignement préscolaire, général, technique, professionnel et technique supérieur, ainsi que dans tout autre moyen de formation professionnelle;
- b) L'accès aux mêmes programmes, aux mêmes examens, à un personnel enseignant possédant les qualifications de même ordre, à des locaux scolaires et à un équipement de même qualité;
- c) L'élimination de toute conception stéréotypée des rôles de l'homme et de la femme à tous les niveaux et dans toutes les formes d'enseignement en encourageant l'éducation mixte et d'autres types d'éducation qui aideront à réaliser cet objectif et, en particulier, en révisant les livres et programmes scolaires et en adaptant les méthodes pédagogiques;
- d) Les mêmes possibilités en ce qui concerne l'octroi des bourses et autres subventions pour les études;
- e) Les mêmes possibilités d'accès aux programmes d'éducation permanents, y compris aux programmes d'alphabétisation pour adultes et d'alphabétisation fonctionnelle, en vue notamment de réduire au plus tôt tout écart d'instruction existant entre les hommes et les femmes;
- f) La réduction des taux d'abandon féminin des études et l'organisation des programmes pour les filles et les femmes qui ont quitté l'école prématurément;
- g) Les mêmes possibilités de participer activement aux sports et à l'éducation physique;

h) L'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.

Article 11

1. Les Etats parties s'engagent prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine de l'emploi, afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les mêmes droits, et en particulier:

- a) Le droit au travail en tant que droit inaliénable de tous les êtres humains;
- b) Le droit aux mêmes possibilités d'emploi, y compris l'application des mêmes critères de sélection en matière d'emploi;
- c) Le droit au libre choix de la profession et de l'emploi, le droit à la promotion, à la stabilité de l'emploi et à toutes les prestations et conditions de travail, le droit à la formation professionnelle et au recyclage, y compris l'apprentissage, le perfectionnement professionnel et la formation permanents;
- d) Le droit à l'égalité de rémunération, y compris de prestation, à l'égalité de traitement pour un travail d'égale valeur aussi bien qu'à l'égalité de traitement en ce qui concerne l'évaluation de la qualité du travail;
- e) Le droit à la sécurité sociale, notamment aux prestations de retraite, de chômage, de maladie, d'invalidité et de vieillesse au pour toute autre perte de capacité de travail, ainsi que le droit à des congés payés;
- f) Le droit à la protection de la santé et à la sécurité des conditions de travail, y compris la sauvegarde de la fonction de reproduction.

2. Afin de prévenir la discrimination à l'égard des femmes en raison de leur mariage ou de leur maternité et de garantir leur droit effectif au travail, les Etats parties s'engagent à prendre des mesures appropriées ayant pour objet :

- a) D'interdire, sous peine de sanctions, le licenciement pour cause de grossesse ou de congé de maternité et la discrimination dans les licenciements fondée sur le statut matrimonial;
- b) D'instituer l'octroi de congés de maternité payés ou ouvrant droit à des prestations sociales comparables, avec la garantie du maintien de l'emploi antérieur, des droits d'ancienneté et des avantages sociaux;
- c) D'encourager la fourniture des services sociaux d'appui nécessaires pour permettre aux parents de combiner les obligations familiales avec les responsabilités professionnelles et la participation à la vie publique, en particulier en favorisant l'établissement et le développement d'un réseau de garderies d'enfants;

d) D'assurer une protection spéciale aux femmes enceintes dont il est prouvé que le travail est nocif;

3. Les lois visant à protéger les femmes dans les domaines visés par le présent article seront revues périodiquement en fonction des connaissances scientifiques et techniques et seront révisées, abrogées ou étendues, selon les besoins.

Article 12

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les Etats parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.

Article 13

1. Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans d'autres domaines de la vie économique et sociale, afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les mêmes droits et, en particulier :

a) Le droit aux prestations familiales;

b) Le droit aux prêts bancaires, prêts hypothécaires et autres formes de crédit financier;

c) Le droit de participer aux activités récréatives, aux sports et à tous les aspects de la vie culturelle.

Article 14

1. Les Etats parties tiennent compte des problèmes particuliers qui se posent aux femmes rurales et du rôle important que ces femmes jouent dans la survie économique de leurs familles, notamment par leur travail dans les secteurs non monétaires de l'économie, et prennent toutes les mesures appropriées pour assurer l'application des dispositions de la présente Convention aux femmes des zones rurales.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les zones rurales afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, leur participation au développement rural et à ses avantages et, en particulier, ils leur assurent le droit :

- a) De participer pleinement à l'élaboration et à l'exécution des plans de développement à tous les échelons;
- b) D'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille;
- c) De bénéficier directement des programmes de sécurité sociale;
- d) De recevoir tout type de formation et d'éducation, scolaires ou non, y compris en matière d'alphabétisation fonctionnelle, et de pouvoir bénéficier de tous les services communautaires et de vulgarisation, notamment pour accroître leurs compétences techniques;
- e) D'organiser des groupes d'entraide et des coopératives afin de permettre l'égalité de chances sur le plan économique, qu'il s'agisse de travail salarié ou de travail indépendant;
- f) De participer à toutes les activités de la communauté;
- g) D'avoir accès au crédit et aux prêts agricoles, ainsi qu'aux services de commercialisation et aux technologies appropriées, et de recevoir un traitement égal dans les réformes foncières et agraires et dans les projets d'aménagement rural;
- h) De bénéficier de conditions de vie convenables, notamment en ce qui concerne le logement, l'assainissement, l'approvisionnement en électricité et en eau, les transports et les communications.

QUATRIÈME PARTIE

Article 15

1. Les Etats parties reconnaissent à la femme l'égalité avec l'homme devant la loi.
2. Les Etats parties reconnaissent à la femme, en matière civile, une capacité juridique identique à celle de l'homme et les mêmes possibilités pour exercer cette capacité. Ils lui reconnaissent en particulier des droits égaux en ce qui concerne la conclusion de contrats et l'administration des biens et leur accordant le même traitement à tous les stades de la procédure judiciaire.
3. Les Etats parties conviennent que tout contrat et tout autre instrument privé, de quelque type que ce soit, ayant un effet juridique visant à limiter la capacité juridique de la femme doit être considéré comme nul.
4. Les Etats parties reconnaissent à l'homme et à la femme les mêmes droits en ce qui concerne la législation relative au droit des personnes à circuler librement et à choisir leur résidence et leur domicile.

Article 16

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures nécessaires pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les questions découlant du mariage et dans les rapports familiaux et, en particulier, assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme :

- a) Le même droit de contracter mariage;
- b) Le même droit de choisir librement son conjoint et de ne contracter mariage que de son libre et plein consentement;
- c) Les mêmes droits et les mêmes responsabilités au cours du mariage et lors de sa dissolution;
- d) Les mêmes droits et les mêmes responsabilités en tant que parents, quel que soit leur état matrimonial, pour les questions se rapportant à leurs enfants; dans tous les cas, l'intérêt des enfants sera la considération primordiale;
- e) Les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits;
- f) Les mêmes droits et responsabilités en matière de tutelle, de curatelle, de garde et d'adoption des enfants, ou d'institutions similaires, lorsque ces concepts existent dans la législation nationale; dans tous les cas, l'intérêt des enfants sera la considération primordiale;
- g) Les mêmes droits personnels au mari et à la femme, y compris en ce qui concerne les choix du nom de familles d'une profession et d'une occupation;
- h) Les mêmes droits à chacun des époux en matière de propriété, d'acquisition, de gestion, d'administration, de jouissance et de disposition des biens, tant à titre gratuit qu'à titre onéreux.

2. Les fiançailles et les mariages d'enfants n'auront pas d'effets juridiques et toutes les mesures nécessaires, y compris des dispositions législatives, seront prises afin de fixer un âge minimal pour le mariage et de rendre obligatoire l'inscription du mariage sur un registre officiel.

CINQUIÈME PARTIE

Article 17

1. Aux fins d'examiner les progrès réalisés dans l'application de la présente Convention, il est constitué un Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (ci-après dénommé le Comité) qui se compose, au moment de l'entrée en vigueur de la Convention, de dix-huit, et après sa ratification ou l'adhésion du trente cinquième Etat partie, de vingt-trois experts d'une haute autorité morale et éminemment compétents dans le domaine auquel s'applique la présente Convention. Ces experts sont élus par les Etats parties parmi leurs

ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu du principe d'une répartition géographique équitable et de la représentation des différentes formes de civilisation ainsi que des principaux systèmes juridiques.

2. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de candidats désignés par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat choisi parmi ses ressortissants.

3. La première élection a lieu six mois après la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Trois mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies adresse une lettre aux Etats parties pour les inviter à soumettre leurs candidatures dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dresse une liste alphabétique de tous les candidats, en indiquant par quel Etat ils ont été désignés, liste qu'il communique aux Etats parties.

4. Les membres du Comité sont élus au cours d'une réunion des Etats parties convoquée par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A cette réunion, où le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, sont élus membres du Comité les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des votes des représentants des Etats parties présents et votants.

5. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Toutefois, le mandat de neuf des membres élus à la première élection prendra fin au bout de deux ans; le Président du Comité tirera au sort les noms de ces neuf membres immédiatement après la première élection.

6. L'élection des cinq membres additionnels du Comité se fera conformément aux dispositions des paragraphes 2, 3 et 4 du présent article à la suite de la trente-cinquième ratification ou adhésion. Le mandat de deux des membres additionnels élus à cette occasion prendra fin au bout de deux ans; le nom de ces deux membres sera tiré au sort par le Président du Comité.

7. Pour remplir les vacances fortuites, l'Etat partie dont l'expert a cessé d'exercer ses fonctions de membre du Comité nommera un autre expert parmi ses ressortissants, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Les membres du Comité reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions fixées par l'Assemblée eu égard à l'importance des fonctions du Comité.

9. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les moyens matériels qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

Article 18

1. Les Etats parties s'engagent à présenter au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, pour examen par le Comité, un rapport sur les mesures d'ordre législatif, judiciaire, administratif ou autre qu'ils ont adoptées pour donner effet aux dispositions de la présente Convention et sur les progrès réalisés à cet égard :

a) Dans l'année suivant l'entrée en vigueur de la Convention dans l'Etat intéressé; et

b) Puis tous les quatre ans, ainsi qu'à la demande du Comité.

2. Les rapports peuvent indiquer les facteurs et difficultés influant sur la mesure dans laquelle sont remplies les obligations prévues par la présente Convention.

Article 19

1. Le Comité adopte son propre règlement intérieur.

2. Le Comité élit son Bureau pour une période de deux ans.

Article 20

1. Le Comité se réunit normalement pendant une période de deux semaines ou plus chaque année pour examiner les rapports présentés conformément à l'article 18 de la présente Convention.

2. Les séances du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies ou en tout autre lieu adéquat déterminé par le Comité.

Article 21

1. Le Comité rend compte chaque année à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies par l'intermédiaire du Conseil économique et social de ses activités et peut formuler des suggestions et des recommandations générales fondées sur l'examen des rapports et des renseignements reçus des Etats parties. Ces suggestions et recommandations sont incluses dans le rapport du Comité, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

2. Le Secrétaire général transmet les rapports du Comité à la Commission de la condition de la femme, pour information.

Article 22

Les institutions spécialisées ont le droit d'être représentées lors de l'examen de la mise en œuvre de toute disposition de la présente Convention qui entre dans le cadre de leurs activités. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées à soumettre des rapports sur l'application de la Convention dans les domaines qui entrent dans le cadre de leurs activités.

SIXIÈME PARTIE

Article 23

Aucune des dispositions de la présente Convention ne portera atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation de l'égalité entre l'homme et la femme pouvant être contenues :

- a) Dans la législation d'un Etat partie; ou
- b) Dans toute autre convention, tout autre traité ou accord international en vigueur dans cet Etat.

Article 24

Les Etats parties s'engagent à adopter toutes les mesures nécessaires au niveau national pour assurer le plein exercice des droits reconnus par la présente Convention.

Article 25

1. La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.
2. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.
3. La présente Convention est sujette à ratification et les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.
4. La présente Convention sera ouverte à l'adhésion de tous les Etats. L'adhésion l'effectuera par le dépôt d'un instrument d'adhésion auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 26

1. Tout Etat partie peut demander à tout moment la révision de la présente Convention en adressant une communication écrite à cet effet au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.
2. L'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies décide des mesures à prendre le cas échéant, au sujet d'une demande de cette nature.

Article 27

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.
2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, ladite Convention entrera en vigueur le trentième jour après la date du dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

Article 28

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites au moment de la ratification ou de l'adhésion.
2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention ne sera autorisée.
3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par voie de notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prendra effet à la date de réception.

Article 29

1. Tout différend entre deux ou plusieurs Etats parties concernant l'interprétation ou l'application de la présente Convention qui n'est pas réglé par voie de négociation est soumis à l'arbitrage, à la demande de l'un d'entre eux. Si, dans les six mois qui suivent la date de la demande d'arbitrage, les parties ne parviennent pas à se mettre d'accord sur l'organisation de l'arbitrage, l'une quelconque d'entre elles peut soumettre le différend à la Cour Internationale de Justice, en déposant une requête conformément au Statut de la Cour.
2. Tout Etat partie pourra, au moment où il signera la présente Convention, la ratifiera ou y adhèrera, déclarer qu'il ne se considère pas lié par les dispositions du paragraphe 1 du présent article. Les autres Etats parties ne seront pas liés par lesdites dispositions envers un Etat partie qui aura formulé une telle réserve.
3. Tout Etat partie qui aura formulé une réserve conformément aux dispositions du paragraphe 2 du présent article pourra à tout moment lever cette réserve par une notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 30

La présente Convention, dont les textes en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposée auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Entretien de Sarah Arnez Conseillère Municipale de El Alto, en mars 2004

Sé que conoces bien El Alto. Así que me gustaría que me hables primero de esa ciudad, su historia, sus características, sus problemas...

Bueno... Yo estoy aquí desde un tiempo, la verdad, 17 años casi... Y... El Alto es una ciudad que ha empezado crecer como un barrio marginal de La Paz, no... Se ha empezado a construir urbanizaciones enteras, varios (cementeros)... y viviendas sociales que se entregaron a grupos de trabajadores o de la fuerza armada... para (hacer caso) Villa Dolores, de Ciudad Satélite que son (las grandes en ese momento) y en base de estas urbanizaciones que eran barrios enteros, empezó a crecer la ciudad, no... Se extendió de alrededor de La Ceja, hacia el Norte y hacia el Sur. Por eso, es una ciudad que ha... empezado existir mirando hacia La Paz, como un barrio de La Paz.

Con el transcurso de los años, se organizaron sus juntas de vecinos, primero, no... Sus juntas de vecinos y lograron consolidarse como una Federación de Juntas de Vecinos del Alto, diferente a la de La Paz... Por otra parte, se dotó a esta ciudad, una subalcaldía, posteriormente, no... Una subalcaldía que verificaba que El Alto era parte de La Paz y también una subalcaldía...

El Alto, su crecimiento... más grande fue realmente a partir de los años 70, 80, 90... donde llega crecer hasta casi 8,2 de crecimiento anual, no... que era superior a la media nacional... El crecimiento se debe principalmente a las migraciones... Migraciones del campo hacia la ciudad; gente que migra del área rural, por resumir por el campo, quieren acercarse a La Paz como fuente de trabajo, como mejores condiciones de vida y se quedan a vivir en El Alto porque era una ciudad de menores costos, que vivir en La Paz... Luego, también hay migraciones interurbanas. Migraciones que vienen de otra ciudad, básicamente Potosí, básicamente Oruro... Cochabamba... y migraciones de La Paz al Alto... no... por la... el costo del espacio físico... no... Habían parejas que se casaron, migraron y vinieron a vivir al Alto, no... Porque aquí sí podían comprar un terreno, una casa... Aquí en La Paz, el problema del espacio y de lo que cuesta el espacio era mucho mayor...

Por otra parte, El Alto empezó a contar con servicios básicos en las urbanizaciones principales... no... entonces los barrios más antiguos tales como Villaroel, Ciudad Satélite, después está Río Seco... Villadela, Primero de Mayo, zonas que son urbanizaciones y alrededor de las cuales, claro, empieza a crecer toda una franja... de asentamiento... no...

En el año, en los años 80 y... tantos, 80 y... 6, 87, se da el fin de la minería estatal... y se cierran las minas... La mayor parte de la migración de esos mineros que quedaron sin trabajo, viene al Alto... Entonces se organizaron cartas para vivir, cartas _____ y siguieron viviendo aquí cerca de un año y se les dieron terrenos en El Alto, para que armaran sus viviendas y bueno, se quedaron definitivamente, no...

Este crecimiento de la ciudad, de gente que viene del campo, gente de otras ciudades, gente de las minas, gente de La Paz mismo... generan unas características diferentes en esta ciudad. Primero, la influencia minera había sido la vanguardia, revolucionaria de este país por décadas, no... empieza a convertirse en dirigente, de las juntas de vecinos; la ideología de

ellos comienza a... a... ha vuelto... más conocida, promoverse; por otra parte, las migraciones rurales que traen todo un bagaje de... cultura y tradiciones aymaras, quechuas, no... que se mezcla con estos... con estas culturas y forma de ver de la gente de las minas, de la gente de otras ciudades, da como resultado... al ser alteño no... y niños _____ que nacen en esa década, y que ahora deben tener 30, 40 años, 40, 45 años, no y que ella tiene otra forma de ver las cosas.

Luego... cuando el Alto tenía unas 300 000 personas, se convierte ya en un problema social, en un problema demográfico... un problema donde los, ... todos estudios de este país y del exterior empiezan a observar lo que estaba pasando en El Alto, _____, crecimiento poblacional y entonces surgen libros muy importantes, no... *La ciudad Prometida* es uno de ellos; *El Alto desde El Alto* que tiene dos... dos tomos... no... donde se empieza hacer un acercamiento... a lo que es esta ciudad y la ciudad también se dota de sus juntas de vecinos cada vez más fuertes, de sus propias reivindicaciones alteñas... no... y consigue entonces que... en 1985 El Alto sea elevado (al rango) de ciudad...

Al ser ciudad, El Alto tiene acceso a presupuesto..., tiene acceso a desarrollo como institución, que viene siendo la creación de la alcaldía del Alto... Entonces, por primera vez, El Alto tiene su propia Alcaldía... su recurso, y entonces empieza ver ya un proceso de desarrollo y de cambio...

Los (primeros) dos años... se da cambio... las elecciones municipales... y toda la gente vota por un partido de populista del momento que era Condepa... que entra con muchísima fuerza al Alto que... recoge... digamos las, las reivindicaciones culturales, aymaras..., las reivindicaciones de la gente pobre... y en El Alto, tiene muchísimas votaciones, llega a la alcaldía y permanece 10 años.

En esos 10 años, que... en El Alto se llama la “década pérdida”, se ven escándalos de corrupción, ... inestabilidad municipal permanente porque se cambia de alcalde...; los de las denuncias de hechos de corrupción son cada vez más frecuentes... y realmente se maneja los recursos con mucha irresponsabilidad. El resultado de estos años es que hay dos alcaldes, ex-alcaldes en la cárcel... no...

Entonces... y de allá llegamos al año, 2000, donde comienza esta nueva gestión municipal. Y creo que ya... es una opinión personal,... mía, que es una gestión diferente, no... construyendo una institución soldente, que tiene mayor prestigio incluso ante los organismos internacionales y la propia sociedad civil, no...

Es una opinión personal mía pero el desarrollo del Alto..., que, que lo resumimos así, ha tenido que pasar por una etapa de demandas que nadie respondía, que nadie le importaba... Hasta dotarse de su propio gobierno municipal, suceden _____ políticos, no... de una y otra tendencia que dan como resultados que tiene buenas, que tiene malas, que tiene mediocres, bueno de todo, no... Pero lo positivo de todo eso es que esa solidaridad se consolida como ciudad nueva que en este momento es la tercera del país en población. Somos 700 000 personas. Y... pero... que en este momento, no cuenta con los mismos recursos, con el mismo poder... que cuentan otras ciudades mucho más pequeñas.

Entonces, en El Alto, en este momento... Sus problemas vienen..., digamos, de su crecimiento acelerado, de un crecimiento permanente y acelerado,... vienen... El crecimiento se debe principalmente a migraciones todavía, pero ha disminuido con relación aquella de la

época. Ya no está de 8,2 %; uno de sus problemas es las migraciones frecuentes y crecientes y el otro problema... son los bajos recursos.

Son sus problemas, no... Uno de sus problemas es la migración, el otro las faltas de recursos... Y como problemas sociales, digamos, en El Alto, tenemos... a ver... tiene problemas estructurales y asanamientos básicos, no... Es una ciudad que no tiene la carretera asfaltada... no... por lo tanto... y es carísimo, carísimo las carreteras asfaltadas.

Otro problema es la basura... El problema en general, servicios públicos... iluminaciones... agua... _____ ...; servicios eléctricos están más o menos atendidos a la ciudad, no... Eso... y los problemas sociales, problemas importantes, creo que son en el tema de la seguridad ciudadana... En la seguridad ciudadana...tenemos problemas de violencia... tanto en la familia, en la escuela... y... todo esto es una consecuencia también del problema general del Alto que es el de la pobreza...

Eso sería la primera... mi primer punto...

Me gustaría que tú me hables un poco de ti para conocerte un poquito más, estudios, carrera, vida cotidiana y tus aportes en El Alto; y tu experiencia como mujer dentro de tu carrera, del medio médico, político...

Bueno... Bien... He nacido en La Paz y... he estudiado medicina, en Sucre... He hecho una especialidad en Salud Pública, en Argentina, Buenos Aires... Y... mi carrera... he decidido hacer Salubrista porque... no ha sido para mi suficiente al atender harta gente y resolver su problema de salud... Me interesaba más el atender una comunidad... y para eso se necesita tener una visión mayor, más grande de los problemas; tener también mayor poder para intervenir... Y por esa razón, es que... empecé con una carrera política... Tantos problemas y necesidades en el país, a mi me hizo pensar que no es suficiente ser una buena persona, dar caridad a los pobres, no... Sino yo (quisiera) intervenir a un nivel más grande, con la finalidad de cambiar lo que está mal hecho... para que se beneficie la mayor cantidad de gente posible... Y por eso, en este momento, que era el año 1976, ingresé al MIR... cuando el MIR era un partido de izquierda, era un partido que estaba en la clandestinidad... porque teníamos una dictadura militar en el país, que era la dictadura de Hugo Banzer...

Y toda mi vida de estudiante... que fue justamente con María Miranda, con ella en Sucre... Sí... Toda nuestra vida pues fue una entrega absoluta, no, a la recuperación de la democracia... poniendo en riesgo, inclusivamente nuestra propia vida, nuestra propia seguridad y nosotros estuvimos presos, yo fui al exilio... y... finalmente, restituir la democracia en nuestro país, no.

Esa historia del país, es la historia de mi propia vida, porque cuando había dictadura en mi país, mi vida era muy difícil, muy complicada. Cuando recuperamos la democracia, tenía mucho más espacio para desarrollarme pero inmediatamente, venía otra dictadura... La época de los 80 hasta el (82), en este país, ha habido como 5 presidentes... uno detrás del otro por golpe de estado, no... Entonces, son muchos años en que... yo no puedo estabilizarme, no puedo tener una vida normal porque estoy comprometida con una causa que era la democracia solamente, no...

Restituyen la democracia finalmente en el año 82... Sucede que el frente que organizamos tuvo un destino... _____, no pudo responder a toda la expectativa del pueblo... Le exigió mucho la izquierda, no... le boicoteó la derecha. Y se terminó en este país, en una suerte de democracia pactaban una democracia formal, una democracia representativa, no... que es la que ha estado vigente hasta octubre del año pasado... Una democracia donde se han negociado principalmente los espacios políticos y no el programa político... y el MIR, de haber sido un partido de la izquierda, de haber sido un partido que dejó nunca la lucha por la democracia, se convirtió en un partido también de la democracia formal, no... _____ participar en los espacios del gobierno, definir el poder, para el investimento _____ como esta junto con _____, son millonarios, no.

Yo no puedo decir _____ o _____... pero eso sucedió en nuestro país... y no solamente con el MIR, sino con todos los partidos que fueron parte de ese proceso democrático, durante más de 20 años...

Esa democracia representativa nunca se reflejó en los bolsillos del pueblo. Es decir las grandes cosas de 20 años, probablemente son ni los pobres ahora, pero no por efecto de una política social, que fortalezca o de tener una soberanía nacional, no... sino porque las sociedades van evolucionando y la pobreza va disminuyendo cuando uno es capaz, no... Pero la pobreza está intacta a lo mejor, está peor desde las políticas de ajuste de los años 80, probablemente... Los indicadores... en que, que revelan los Índices de Desarrollo Humano, y todo aquello... probablemente siguen siendo los mismos, han variado muy poco... Es lo que vemos... Y, lo peor de todo es que la gente perdió la credibilidad en los partidos políticos... Porque piensan que después de 20 años de democracia resultados, tiene que haber _____, no...

Esta falta de credibilidad se ha reflejado en que cada vez más la gente... votaba de manera pre-vendal... Se dejaba influenciar mucho más por el marketing y los medias... cuando votaron. Entonces estas grandes movilizaciones y participaciones sociales que nosotros fuimos parte en los años 80, al final de la década, de los años 70, los años 80, no se vio nunca más, no... La gente votaba por alguien y este partido pactaba con otro y se eligió un tercero un el Parlamento porque tenía esta modalidad de voto, en democracia representativa. _____.

Entonces si votaron por el MIR porque era de izquierda, el MIR terminó votando en el Parlamento por Hugo Banzer, en algún momento, no... o por Gonzalo Sanchez de Lozada. Y la gente perdió totalmente la credibilidad, y no vio reflejado en los partidos... Una posibilidad, un instrumento de cambio. Entonces, se tomaron el cambio por sus propias manos. Y sucedió Febrero, y sucedió Octubre... En este momento, lo que yo hago...

Soy del MIR hasta que llega Octubre. En octubre, todo el MIR del Alto se margina del partido y se queda con José Luís Paredes. Entonces nosotros declaramos públicamente que Gonzalo Sanchez de Lozada tiene que ir... que el gas no se puede vender mientras no llega para los bolivianos, no... que debe haber un referéndum y que Gonzalo Sánchez de Lozada era en este momento la manzana de la discordia, debía dejar el gobierno y debía sucederlo Carlos Mesa, no...

Nosotros como _____, contamos con cuatro diputados uninominales en el Parlamento, de los cuales dos eran del MIR... Y se marginan del MIR en este momento, no... Y actualmente... mi opinión política, mi posición política es que no, no creo que ha cambiado el

Parlamento, creo que los partidos tradicionales siguen funcionando como lo han hecho, sin respetar la voluntad de la gente; y pienso también que la reforma de la Constitución está demorando mucho para posibilitar la participación ciudadana. Sin embargo, reconozco que esos partidos tradicionantes han tenido que conceder y ceder la desmonopolización de los partidos. Y se ha aprobado que ahora cualquier ciudadano puede presentarse, no... Eso mejora la atención, las atenciones sociales porque ahora va a haber mucha gente que sin _____ a un partido político, que están _____ desgaste, van a poder presentarse, ser candidato y a lo mejor se presentan y tener una buena... una buena opción, una buena escogida, no...

Entonces, en este momento, como estamos hablando de mí, yo soy con José Luís Paredes... Estamos junto con Paredes, conformando movimientos ciudadanos nuevos que le ofrezca al país una sola cosa, no: en el registro de lo que hemos hecho en El Alto, poder replicarlo al nivel nacional... en cuanto a logros sociales, en cuanto a logros de educación, de salud... Tenemos el plan _____ de educación; tenemos el seguro escolar, tenemos todo lo que hemos resuelto en esa estructura educativa, en esa estructura de salud. Hemos ofrecido una gestión honesta, transparente y con motivo, la participación ciudadana, no... Es decir El Alto es el único municipio donde el Alcalde no nombra a los subalcaldes, sino los eligen las juntas de vecinos, no... Es uno de los pocos municipios donde el Comité de Vigilancia tiene algún sentido, se le hace caso, se le escucha; si quieren aprueban al _____, si no quieren, no lo aprueban, no... Debe ser uno de los pocos municipios que tiene una Federación de Padres de Familia impresionante, bien organizada que trabaja activamente en sus establecimientos educativos, desde la preparación del desayuno escolar hasta la fiscalización de los desempeños de los maestros...

Entonces, hay muchas cosas en participación social... en cambio de nuestra estructura urbana, en nuestra estructura educativa, de salud que se han hecho, no... Es un... el único municipio en el país que con sus propios recursos, ha construido centros de salud, eso no lo hace nadie, no... Entonces, nosotros estamos ahorita conformando un movimiento ciudadano en el que yo creo, donde yo soy parte, para crecer el país. Nosotros vamos a hacer en este país lo que hemos hecho en El Alto. Trabajar de la mañana a la noche, con honestidad, con transparencia, con los cambios que hemos ofrecido, no...

Eso en cuanto a lo político. En cuanto a mi carrera profesional... Ya he crecido en Sucre y... ya había dicho porque yo era... he decidido ser salubrista y he sido la primera Directora de Unidad Sanitaria en El Alto; en realidad cuando yo llegué, no había Unidad Sanitaria y hemos peleado la descentralización y hemos logrado tener una Unidad Sanitaria con el mismo rango que Cochabamba, Santa Cruz, y gracias a eso, pudimos acceder a presto internacional y construimos 25 puntos de salud, no... De esos 25, se han hecho 10 más y es lo que tenemos en la red ahora, no... Y estos centros además equipados, además con personal _____ han hecho, han marcado un (histo), no, en los servicios del Alto; antes de eso... Los centros de salud funcionaban en casa prestada por los vecinos... no... ellos prestaban dos cuartos, un cuarto y ahí funcionaba un medio, en muy malas condiciones, pero dando servicios, dando atención, no... Ulterior a eso, se arma la red de servicios del Alto que es una de las más importantes que hay...

Luego de... de ser Directora de la Unidad Sanitaria del Alto, trabajé en la OPS... Fue consultora de UNICEF... para programas en El Alto también... si... en programas en El Alto... Posteriormente a eso, ... trabajé en la alcaldía del Alto... en Planificación... como asesora de Salud... Luego trabajé... fue Directora técnica de sede, de La Paz, al nivel

departamental... Y eso me permitió conocer más el Departamento de La Paz y la problemática de salud de la provincia... porque antes era El Alto mi conocimiento pero pude trabajar al nivel departamental; y luego de eso, estuve en el Banco Mundial, en el equipo de la Reforma de Salud... donde fue Coordinadora Nacional de Seguro Básico... Y me tocó implementar el Seguro Básico en todo el país... con lo cual, enriqueció mi experiencia como salubrista. Por que si bien yo había salido del Alto, yo soy... yo he salido del Alto en realidad, al nivel departamental y ahí me tocó el nivel nacional, no...

De ahí me di cuenta que los técnicos y toda la gente que están en el nivel nacional, a veces no hicieron una carrera desde... desde lo local, no. Entonces lo que planifican y lo que programan no está acordado a la realidad, no. Mi ventaja era que yo he salido de un centro de salud del Alto, porque evidentemente era mi primer trabajo. Entonces... de todas maneras con la experiencia que tenía... del nivel local, departamental, no me fue muy difícil implantar esta política, que fue una de las más exitosas, no... que fue reemplazada por el SUMI, con el nuevo gobierno, no...

Luego de aquello, me presenté con el Dr. Paredes, en las elecciones municipales, y fue concejala electa. Pero era suplente. Entonces, a los dos años, el titular de la... la concejalia se presentó como candidato diputado y ganó. Entonces, pude reunir la concejalia, no... donde estoy hace dos años. Eso sería...

¿Pero... como mujer no has encontrado, no sé, barreras en tu carrera, en el medio político, de salud...?

Bueno... Muchísimas, no... Muchas... La verdad es que yo muy temprano en la vida, me di cuenta de que cuando eres mujer... se te exige que seas perfecta, no... que seas joven, que seas bella, que seas inteligente, que hables bien y que te vistes bien y que nunca seas vieja, no... pero es porque eres mujer. Porque los colegas de uno ni son bellos, ni son jóvenes, ni son inteligentes pero son hombres, no... Entonces, ante esta constatación, me di cuenta de que yo tenía dos caminos: uno de ellos, ser la mejor, ser siempre la mejor, no... y el otro era convertirme en hombre... lo cual _____ muchas mujeres se ejecutivan, no... Son hombre malo, son sexistas, son... hasta machistas, no...

Entonces eso era una de mis opciones, era un camino que siempre me fue ofrecido, no... Ser una aliada más de los hombres y maltratar con ellos a las mujeres, no... Dado que por mis esfuerzos, por todo lo que tenía un buen nivel técnico, un buen nivel de formación, no. Pero elegí el otro camino, que era el más difícil, no... Entonces: tener éxito en tanto ser mujer. Entonces, utilizar los talentos, los conocimientos... pero... como ser femenina, no, como ser mujer.

Y entonces fue mucho más difícil... pero fue también mucho más legítimo, porque cuando tuve éxito, siendo la mejor... tuvieron que reconocerme, _____ de la evidencia, y... hacerme parte de un equipo ya que no... que no te exige estar sacrificando tu misma para ocupar un lugar, no... Con mayor parte, tuve colegas de trabajo, tuve siempre buenas relaciones... Y traté de que... mi liderazgo fuera técnico, no; en el espacio técnico. Para eso, me dedico mucho estudiar, mucho trabajar... De tal manera que... fuera creando una imagen profesional soldiente... En lo político, lo mismo, no... Fui la más delicada, fui la más valiente, fui la más... todo, no... para ser la mejor.

Entonces, es un esfuerzo que se lleva... a abandonar muchas cosas... Yo, en este momento, tengo una sola hija por ejemplo, no... Y me casé tarde además... Y nunca he creído tampoco que el matrimonio fue el objetivo de esta vida, no... Sino creo que las mujeres y los hombres tenemos la obligación de tener sueños, de tener metas y casarnos, o no casarnos, o tener una pareja es una parte de que uno puede hacer, no. Lo propio de eso, nunca he creído que las mujeres para... para... probar que ser mujeres tengan que tener hijos necesariamente; nunca he pensado que...

Hay otros roles no... que todos los roles están abiertos no... para las personas. El problema es que no tenemos igualdad de oportunidad porque no es suficiente tener mucha gana, mucho coraje, no. Sino que... Si te dan la misma oportunidad que un varón, en este caso, sí, si has podido estudiar, tienes mismos años de escolaridad, te tratan de una manera que no te discriminan; sí, puedes competir, no. Pero si no tienes igualdad de oportunidad, no... no puedes... no puedes competir. Entonces... Sí, me ha costado mis logros políticos, me han costado mucho, mis logros profesionales igual, no... por ese tema de la exigencia, no. Más que una persona de confrontación, una persona de conflicto, soy una persona... Bueno yo me defino como una persona de concertación. Pero tengo muy claro mis derechos... Y no estoy dispuesta a ceder tampoco... mi espacio, no...

Y hablando de mujeres justamente... Si me puedes hablar un poquito de lo que piensas de la situación, de la condición de las mujeres aquí, en Bolivia... y en El Alto...

Bueno, yo creo que en este país, como todos los países de Latino América... un problema... (sin tratar el) desarrollo, es la situación en la que se encuentran las mujeres, no... La mitad de la capacidad de trabajo es una mano de obra de mala calidad, es gente analfabeta, es gente que tiene demasiados hijos, es gente que sufre violencia, no. La mitad de la población son las mujeres, no... Es por todos conocido que los más pobres son mujeres. Y en este país, es exactamente lo mismo, no...

Entonces, tenemos problemas... en el ámbito... jurídico, porque como lo dijo el Presidente Mesa el otro día, no... La normativa legal está vigente, se han hecho las leyes, no... Pero, ha debido ser un poco difícil que se... que se cumplan si toda la sociedad no cambia de actitud... es decir los espacios de poder en este momento están manejados por hombres, de ellos depende si se cumple o no los derechos de las mujeres.

Entonces parece para... paralógico, no... Mientras no se cambia la cultura patriarcal... mientras no se combate adecuadamente el machismo, (va a ser) imposible que las normas, la normativa que rige la no discriminación a la mujer tenga algún sentido en este país, no.

Ahora, yo creo que ha habido muchísimos avances, no. Creo que hay muchos avances, y... Una muestra es que... para la participación política por ejemplo, ya no dependen de la _____, no, ni del juego. Hay una ley... donde tiene que presentar el 30 % de candidatos mujeres sino la Corte no te permite participar, no... Todavía, en este momento, en este país, esa norma se vulnera, no... Se supiste de los candidatos “travestís”, por ejemplo: hombres que se inscribieron con nombre de mujer para candidatear... Entonces... eso más que una anécdota es una falta de conciencia de este partido que justo era el MIR, no... de que es indispensable, no; que se trabaje para que este país, esa mitad... relegada, postergada, analfabeta, la ignorancia y submetida a maltrato, etc. Desarrolle también, no... desarrolle y pueda en igualdad de condiciones, ahí sí, competir por los espacios...

Entonces yo creo que este problema de las mujeres que... que tenemos en Bolivia... es el mismo que en Latino América, y en El Alto se agrava porque además hay, además de las discriminaciones en tanto mujer... de las discriminaciones en tanto pobre, hay la discriminación en tanto pertenencia a una etnia, no... Entonces, ser mujer, ser indígena y ser pobre, realmente, peor que eso, solo hay el infierno, no...

Entonces, ¿Cómo puede luchar contra todo eso? Es estructural. Es estructural, no. ¿Qué es lo que está haciendo en este momento que los más pobres son los indígenas?... ¿Qué es lo que está haciendo que en este momento, los más pobres son las mujeres? Entonces son definiciones muy grandes al nivel nacional que tienen que tomar, que si no se toma, el desarrollo es... no es posible, no...

Y para terminar, como Doctora, ¿Qué me puede... me podría decir de la salud reproductiva y sexual de la mujer?

¡Uh! Es... que si es importantísimo, no... A ver... Esta... para mi es parte de los derechos no difundidos, adecuadamente, no. Los otros derechos de la mujer a su participación política, a su educación, a todo aquello están empezando a difundirse, no... Y las mujeres están empezando a difundirse, no... Y las mujeres están empezando también... a reclamar. El otro día, me decía una señora, “Imagínese, me dice, estábamos comiendo con mi esposo en la cena y... estábamos... y... mi hijo ya está en el cuarto, el varón, no... Y ha salido bachiller, me dijo, el año pasado y mi hija sale este año, la otra, no. Imagine que estamos hablando con mi esposo, diciendo “¿Qué vamos a hacer cuando mi hijo salga del cuartel, quiere estudiar, no?”. y entran las dos chicas, las dos hijas, no... a hacer un escándalo a la mesa... Una de ella dice, “Porque _____ quiere estudiar mi hermano yo no voy a buscar un trabajo, también quiero estudiar, quiero que se me apoye”, etc., no...

Entonces... y el otro día en el programa de la radio, escuché también muchísimas llamadas de sentido, no. Madres que están entendiendo que si sus hijas no quieren que (cobren) la suerte de ellas, del maltrato, de la violencia y que más, tienen que apoyar a sus hijas.

Entonces, esos derechos ya están... difundiéndose. Ya hay una conciencia. Pero sobre los derechos reproductivos y sexuales, están otros problemas, no; que son los tabús con los cuales la moral judío-cristiana nos obliga a ver el tema del sexo, del placer y de la reproducción, no... Entonces, a la mujer, se le enfoca desde el punto de vista reproductivo, no, y no productivo. Eso es la primera aberración. Y dentro de la parte reproductiva, solamente como eso, no, ella tiene derecho a regular su fertilidad y demás para evitar tener hijos... Pero tampoco se permite que la mujer reivindique su derecho al placer, que es parte de una salud sexual y reproductiva adecuada, no...

Entonces hay muchísimo por caminar todavía en este tema. Estamos identificando mucho salud sexual y reproductiva con Planificación Familiar solamente, no, cuello es un aspecto muy útil para las mujeres, porque es el ejercicio de un derecho a decidir cuantos hijos quieres tener, no. Pero hay otros derechos que cambiaría su posición en la sociedad... Sería dueña de sus poderes y de sus saberes y poder manejar su cuerpo conforme a ella le parezca, no.

Entonces, hay cosas que las mujeres no pueden hacer, cosas que no pueden decir porque la moral, esta la moral judío-cristiana. Y es un tema que a mi me cuesta mucho, yo trabajo con mujeres...y en las capacitaciones, en todos estos años, me cuesta muchísimo que las mujeres

puedan hablar de los problemas de violencia sexual que sufren, no. Porque ellas no, no creen que el marido las está violando... Porque se han casado... Entonces ellas no creen que tienen derecho a sentir placer en una relación sexual y a exigir que su pareja le _____ adecuadamente y le preste atención. Entonces... porque... porque creen que su rol es ese y Dios les ha hecho para traer hijos al mundo, y que... más bien ser madre es... beneficiarse y qué sé yo, ir al cielo, o cosas así, no.

Entonces... Hay una doble moral que se cultiva en nuestra sociedad, donde hay dos tipos de mujeres, no, la madre, santa, pura, no... que usa el sexo para reproducirse, no y la mujer mala, la prostituta, la que usa el sexo para el placer, no... Entonces los hombres veneran a la primera pero desean a la segunda. Entonces hay doble moral en la que están obligando vivir los hombres. “¡Oh! ¡Mi esposa santa!” Pero... tal vez desearían otras cosas para su pareja... Entonces, y eso está dividiendo las mujeres también cotidianamente y creo que el problema... de la salud sexual y reproductiva tiene todos estos componentes, no. Por lo tanto, es también de un abordaje complicado...

Muchas gracias.

« _____ » = Mot non retranscrit

« (.....) » = Mot incertain

Entretien de Teresa Canaviri Sirpa Vice Ministre de la Femme, en mai 2004

Me gustaría primero conocerla un poco... y conocer su historia antes de llegar aquí, al Vice ministerio de la Mujer

Ya... Bueno, yo soy aymara... Mi nombre es Teresa Canaviri e... mis padres son totalmente aymaras... e... Tengo mi madre, que todavía vive, que tiene como 70 años y que no... que no habla más que lengua aymara... y que... (...) Está viviendo con mis hermanas que también son aymaras, no... Y soy quizás de las seis hermanas, soy la única... heu... hermana que lleva... esta forma de vestirse: pantalón, vestido o sino, que ha cambiado de ropa, sino mis hermanas mantienen, por ejemplo, son de polleras... e... entonces, mis hermanos también. Son gente muy sencilla, son... trabajan... dos de albañil, un es mecánico, chapista más que todo y... más bien las mujeres hemos sido las que han salido un poquito más adelante... Tengo dos hermanas que son promotoras... sociales. Han trabajado siempre en proyectos... educativos, ¿no? A favor de nuestros pueblos, comunidades y... a favor de las mujeres también, ¿no? E... bueno yo... he migrado, sin embargo, desde casi mis 7 años a La Paz... He trabajado como empleada doméstica muchos años, ¿no? Trabajadora de hogar hasta que... básicamente salí bachiller, ¿no? Es decir... heu... he estudiado en la noche, en nocturno y en el día trabajaba como trabajadora del hogar, ¿no? E... Luego... Tuve la suerte de ingresar a Radio San Gabriel que es una emisora que trabaja... e... para... Es una emisora católica que trabaja para aymaras, ¿no? Sirve la ciudad de La Paz y... Allí he aprendido nuevamente... quizás... encontrarme con mi propio pueblo otra vez, ¿no? Es decir había yo migrado desde mis 8 años y el trabajo siempre con la clase media, un poco violó también todo lo que es mi... vivencia desde la comunidad... el contacto con los hermanos, con... con la gente con quien, es mi... mis hermanos... hermanas, hermanos.

Entonces, cuando volví a San Gabriel fue otra vez volver con ellos, encontrarme. Porque mucha gente, a dejar sus raíces, a hablar por la radio. Entonces... Ahí nuevamente encontrarme que... Y ahí aprendí de que... e... aprendí quizás a valorar mi propia... identidad como aymara, mi cultura y... puedo decir que a partir de eso, comencé a fortalecerme como aymara, ¿no? Más antes, más bien buscaba un poco... integrarme a... otro... un... un mundo urbano donde los valores son otros valores y uno lucha quizás, en algún momento va a ser parte de esa sociedad, no? Y creo que es una lucha que uno nunca vale lograr porque tiene su propia identidad; entonces Radio San Gabriel me ha permitido encontrarme nuevamente con mi... con mi propia identidad y proyectarme desde ahí con el trabajo y con mi... hum... con la misma gente con quien siempre he sido, de cual yo soy parte, no?

He trabajado como mensajera, como secretaria, como manejando equipos ya de control, de master. Salir al aire... Y así aprendí sucesivamente muchos, todo lo que... que hace la radio, ¿no? Aprendí ser reporter; aprendí hacer programas de diferentes tipos etc.... ¿no? Y... bueno... allí he trabajado casi como 10 años... En la radio, que me ha permitido... ser... viajar a las comunidades, conocer más la gente, conocer diferentes historias de... la gente que sufre o de la gente que sueña o de la gente que... que tiene muchas proyecciones también, ¿no? Entonces, eso me ha dado muchos valores y cuando dejé Radio San Gabriel... para irme a otro trabajo que es Gregoria Apaza... Ahí comencé... trabajar más que todo el tema

específico de gen... de la mujer, ¿no? Comencé a trabajar con grupos urbanos que habían sido aymaras, que habían migrado como mi persona... y... aprendí... a través de las historias de estas mismas mujeres que tales son muy parecidas como mi propia vida a la vez, ¿no? Es decir gente que ha migrado o por algún motivo ha venido a La Paz, se ha quedado y se ha formado su familia y bueno... Ahí están en La Paz, haciendo diferentes actividades, ¿no?... Y... A partir de esas historias, esas... inquietudes de estas mujeres, pude formular digamos algunas reivindicaciones de las mismas mujeres, ¿no?... Y... lo he combinado con comunicación que he aprendido en Radio San Gabriel. Entonces, estas dos ejes siempre he manejado, ¿no? Aymará, Indígena... Mujer... Y bueno comunicación. Son tres ejes fundamentales que yo creo me han dado muchos éxitos en la vida. Es decir soy muy contenta, muy feliz... personalmente de... haber avanzado como persona. Y como mujer a través del trabajo realizado, no a través de haber buscado quizás estar en lo que estoy o haber hecho lo que he hecho. Sino nunca lo he buscado; cuando yo llegué de la comunidad... Nada más que... creo que como todas las migrantes, uno quiere trabajar y aprender... aunque sea hablar castellano porque yo no sabía castellano, ¿no? Entonces, todas estas acciones que yo hice, he trabajado, me ha dado mucho... mucha satisfacción personal, ¿no?... No tanto económico pero sí personal. (*risas*), no?

Sí... porque... a través de este trabajo he podido... también tener la posibilidad de viajar a muchos... lugares, ... al exterior; actividades, talleres de capacitación, de formación, tanto en radio..., más en radio que en temas de género o... indígenas. Pero también en temas indígenas, ¿no? He viajado muchísimo, he estado en diferentes conferencias, en diferentes debates, en diferentes... talleres de capacitación. Entonces, creo que una mujer como... de mi cultura, no todas tienen esa posibilidad, no todas han tenido esa... esa... posibilidad de poder conocer otros espacios, otras realidades, otras vidas y otras historias, ¿no? Y es por eso que yo... este trabajo que me ha dado y que lo he hecho realmente me ha dado muchas satisfacciones, ¿no? Entonces...

Si entonces... Esa es un poco mi historia que podría ser mucho contarte pero... bueno... A partir de eso, he estado comunicadora, hacía parte de una red de comunicadoras... que es la RED-ADA, Red Nacional de Información y Comunicación, RED-ADA. Pero soy fundadora además de otras organizaciones, ¿no? Soy fundadora de CDIMA que es un centro de... mujeres aymaras, ¿no? Que hemos fundado hace más de 10 años porque éramos mujeres, queríamos... nos habíamos juntado migrantes, pero con mucha inquietud de hacer algo, entonces fundamos este centro y hoy día trabaja a favor de las... organizaciones de mujeres en el Departamento de La Paz, ¿no? Capacitando en lo que es liderazgo, en lo que son las leyes, en lo que es... una proyección desde... lo... ideológico digamos, de... potenciar a las mujeres no, a partir de su cultura y su historia, ¿no?

... Estoy parte de... Asociación de Radios Comunitarios, porque, a partir de... de comunicación que yo hice, mi otro propósito era de que las emisoras no podrían estar comercializadas tanto en las ciudades y sino las comunidades tendrían que tener derechos de tener un medio de comunicación. A partir de eso, hemos trabajado muchísimo. Ahora existen dos asociaciones. Una asociación que compone como 30 emisoras y otra asociación que está _____ donde yo estoy... también... así de 30 emisoras ¿no? Que funcionan en las comunidades, que tienen una... llegada de 10 hasta 30 kilómetros a la redonda, no? Y que cubre muchas... Y está prestando muchos servicios a la comunidad realmente, entre sus pueblos en sí, no? Entonces... Soy parte de esta funda... de... de haber fundado esta organización y soy parte de esa directiva todavía actualmente no... y... y bueno... Soy parte de la RED ADA y de otras organizaciones que... quizás mi vida ha sido siempre impulsar

instancias organizativas... y... creo que es la única forma además para enfrentar las diferentes... formas de exclusiones, diferentes problemas como migrantes o como... sectores que muchas veces,... como los jóvenes por ejemplo, la equidad, los gays por decir... en La Paz es un grupo que también he conocido en el proceso de trabajo que he realizado, y que es la única forma digamos aquellos grupos excluidos o grupos que... o... o que sufren las mismas exclusiones entonces... de enfrentarse es... organizarse, ¿no? Entonces... Eso ha sido mi inquietud, mi trabajo siempre, de impulsar a organizaciones, ¿no? Y bueno... Eso es todo lo que hice y bueno ahora estoy aquí, en el Vice Ministerio, nunca he pensado estar trabajando en el Estado, pero estoy aquí... Hago lo que se puede hacer en esa coyuntura, no? Es decir, es una coyuntura muy difícil social, político, económico, ¿no? Donde... las... tantas organizaciones, las poblaciones indígenas, este... gran sector... en Bolivia que siempre ha sido descuido ahora ya no quiere más _____ ¿no?... Estamos en una etapa de derechos, de exigencias, pero no... no estamos queriendo dar más tiempo sino queremos que ahora se den las soluciones. Y atender desde el Estado, desde el Gobierno... Y esas exigencias que es totalmente comprensivo pero en la... coyuntura actual es muy difícil. Entonces... es... es... está muy lindo estar en este espacio porque uno puede mirar a lo nacional, a lo grande digamos,... es decir lo que siempre he trabajado a nivel organizativo, a nivel pequeño pero ahora resulta que puedo mirar mineras, puedo mirar lo que es el país realmente pero a la vez muy difícil de atender todas sus demandas, todas sus necesidades, no? Entonces... es un poco... que una diario vive con muchas ansiedades de poder digamos hacer muchas cosas pero con muchas decepciones a la vez, con muchas dificultades de poder encarar... ¿no?... Desde esta instancia que a la vez ha sido ya una instancia como un cualquier otro espacio de las mujeres y también en el... en el aparato estatal, un espacio que... un poco... no tiene la misma jerarquía que otros espacios, ¿no? Es decir que... porque somos mujeres, porque es el Vice ministerio de la Mujer, que se atiende solamente de las mujercitas etc., entonces... es todo un reto trabajar a la vez desde esta instancia como los asuntos que hacen a la mujer pueden, no son excluyentes sino, de los temas más grandes, sino son partes de esos temas grandes y a la vez es tan difícil tanto los diferentes espacios que toman en cuenta, como esta instancia que es tan importante para ser parte de estos procesos. Entonces es... es una lucha continua, de todos... No solamente eso, sino de todo el equipo que actualmente tengo acá en el Vice ministerio, pequeño, muy pequeño, de 20 personas... de cómo 10 técnicos... mujeres... es decir... abogadas especialmente, ¿no?, economistas etc. y... un... un equipo que es más administrativo, más de apoyo, ¿no? Entonces... es un equipo muy bueno que hemos conformado porque creo que lo más importante es que hay un equipo para encarar este gran trabajo que hay que hacer, ¿no? Entonces... todos... todas y todos... luchan por... estar en los diferentes procesos, ¿no? En lo que es ahorita la Asamblea Constituyente, los temas que hacen, a la Asamblea Constituyente; los temas del referéndum, las mujeres, como vamos a participar, que es una experiencia además para las mujeres, las mujeres por el mismo hecho que nos hemos sido educadas a... contar con formaciones suficientes, nos cuesta mucho, también en las... en las comunidades, en las zonas rurales, peri-urbanas de las ciudades, de entender esas leyes, las normas que siempre ha sido como algo... muy lejano a nuestra realidad, no?... hasta ahora. Y creo que Bolivia quiere hacer cambios y creo que ahora las leyes, las normas deben ser parte práctica de las personas y eso es difícil... Entonces nosotros creemos que las mujeres tienen, tenemos que estar informadas de todo el proceso que se está llevando, ¿no?

Eso es digamos un poco grande las cosas y todo lo que estamos trabajando y de todo lo que... fue un poco mi vida, ¿no?

Muy bien ... Entonces la última pregunta, porque quería saber como ha llegado aquí pero ha contestado...

Si, no necesariamente he llegado porque... bueno mi sector allá ha propuesto mi nombre o que el... las indígenas etc... Sino que actualmente el hecho de haber trabajado con el movimiento de mujeres que es más bien conformado por las ONGs etc.... con un sector más urbano... Esa capacidad quizás de haber tenido, haber vivido en dos mundos, urbano y rural, me ha permitido también conocer y de poder trabajar con este sector... de personas que están trabajando sobre... el defenso de los derechos de las mujeres etc. pero que al lado también siempre han sido digamos, no han podido tener una relación muy activa con esos otros sectores que son indígenas etc.... El movimiento de mujer siempre ha sido de alguna manera divorciado de este otro gran sector que son mujeres... organizadas como campesinas, como bartolinas, como indígenas etc, ¿no? Entonces... es a la vez tan difícil ahorita que... el mismo reto. Entonces yo he sido propuesto por este momento, de sector urbano, sector de ONGs de mujeres evidentemente para este cargo.

No tengo, no me explico cual es el porque, posiblemente porque en este momento nadie quería asumir este espacio, porque este espacio se había politizado tanto a la vez, se había debilitado tanto... Tal vez por eso, porque estamos en una coyuntura tan... frágil, no? De gobernabilidad etc... No sé cual es allá ha sido las razones porque este sector de mujeres que siempre además han peleado al luchar por jerarquizar los espacios de Vice ministerio, desde la subsecretaria etc. Me hayan propuesto y bueno salí de esta propuesta, ¿no? Entonces... tampoco no puedo decir que no tengo apoyo de este grupo de mujeres, yo creo que sí. Me han dado su apoyo... Las mujeres aymaras con quien siempre me he relacionado, ellas también. Pero a la vez nos resulta bastante difícil coordinar las acciones ¿no? Es decir es... es... primero que las organizaciones se basan, creen que en este espacio van a encontrar un apoyo más directo, que sé yo, aquellos quieren hacer talleres, actividades etc... y que el Vice ministerio va a apoyarles, se les va habilitando, se les va a auspiciar de sus acciones pero a la vez nosotros estamos muy cuestionados a que no debemos nosotras hacer los talleres porque nosotros somos una instancia normadora del Vice ministerio que busca la transversalización de genero a través de otros sectoriales etc... Y por lo tanto..., todo lo que... hace al presupuesto por ejemplo, no cuenta para acciones lo que demandan las mujeres una atención directa, más concreta (a los) de sus problemas. Entonces eso nos dificulta bastante poder trabajar estos dos... dos horizontes... Un horizonte que evidentemente, la demanda de las mujeres, la situación de las mujeres no puede ser evidentemente solamente a un sector que es el Vice ministerio, sino como se cumple la transversalización a través de sectoriales etc. Pero a la vez, los mismos sectoriales no hacen cuando identifican un problema que hacen las mujeres, nos lo rebotan a nosotros; no lo atienden entonces tienen este... este... operadores que no tienen a la vez capacidad tampoco, no hay posibilidad entonces hay mucho que trabajar para, para transversalizar el enfoque de genero. Pero el otro lado, pero hay que hacer trabajo más directo con la... gente como las mineras, como las campesinas, las indígenas que no entienden de la transversalización. Para ellos lo importante es, que las mujeres tengan una atención directa, concreta a situaciones económicas, a situaciones de... de documentación, a situaciones de atención de problemas sociales etc... directo en sus comunidades, en sus municipios etc., ¿no? Y en este momento, no es posible hacer digamos estas demandas de manera que tenga un impacto más inmediato, rápido, ¿no?... Eso...

Y para concluir, me gustaría tener su análisis de... de la situación femenina aquí en Bolivia, y ¿cuales son según Usted, las prioridades?...

Bueno... la situación de la mujer, yo creo que hemos avanzado mucho... Primero hay que partir de este avance que hay en Bolivia. Hay normas, en las reformas que se ha trabajado en lo que es la participación... popular, la reforma educativa, la misma ley INRA... etc.... Se ha avanzado muchísimo. La ley de partidos políticos de 30%, la participación de las mujeres, la ley de... 1674 y así hay otras normas que si bien no toda la norma tiene un enfoque de genero pero por lo menos incluye artículos o... que hagan referencia a la accesibilidad de estas normas en defensa de los derechos de las mujeres, no? Sin embargo... también... es dura la realidad cuando que estas normas no se han, no han tenido impactos directos, no? Es decir en algunos casos, ¿no?

En el caso de... especialmente por ejemplo de... de la ley 1674 por ejemplo cuando todos creíamos en aquellos años que la violencia iba a ir bajando de cifras, el resultado pareciera que va aumentando más bien la violencia, no? Tiene muchos factores por un lado... Podemos pensar de que hay muchas mujeres que ahora denuncian y que reciente hace más público quizás la violencia doméstica intra familiar y eso nunca... no te bajas sino más bien te... se sumen digamos las denuncias... y por otro lado que evidentemente frente a una situación digamos de desintegraciones culturales, desde pueblos etc.... la violencia es más fácil de aprender para algunos sectores y sectores como... sectores indígenas que son varones principalmente al más débiles... el círculo de violencia se repite, no? Es decir el hombre a la mujer, la mujer posiblemente, evidentemente, también al niño etc.... de una situación que hace a las desintegraciones que hoy estamos viviendo: culturales, de traslados de comunidades a centros urbanos, etc. ¿no? Y bueno, tampoco las comunidades es la garantía de que ya la mujer no sufre a la violencia intra familiar. Hoy en las comunidades casi ya es natural de que la mujer sufre a este tipo de violencia hay menos control social digamos que antes la comunidad se encargaba de hacer control... a toda la población de... quienes son habitantes, son determinados a la comunidad...

Las autoridades de _____. Hoy casi hay una cierta... podemos decir que cierta flexibilidad digamos de estos valores ancestrales como que quedaron un poco atrás, entonces... son dos de esos polos que van también generando problemas de violencia. Pero también tiene que ver con lo económico, con todo lo demás, no?...

Entonces, los avances podemos decir por un lado que son positivos porque las mujeres están ahí, participando en diferentes instancias... Por ejemplo mujeres indígenas, campesinas con lo que es la ley de 30% de cuota. Pero sin embargo la ley les ha permitido de que ellas estén ahora en los municipios por ejemplo; experiencias muy duras; aprendiendo experiencias muy duras porque resulta que ni el hombre, ni la mujer estábamos preparados en las comunidades a hacerse cargo de cargos de... como gobierno municipal etc. con una confusión terrible de que ser municipio allá era ser una ciudad por ejemplo. Entonces la municipalidad que llega también a la ciudad hizo... creo una cierta confusión. Entonces de allí que tenemos en las comunidades como prioridades hacer una plaza, hacer quizás la alcaldía primero que nada, primera obra digamos de lo que fue la participación popular... y... la... la municipalización en Bolivia, no? Y ahí pero también con... desventajas increíbles, ¿no? De no saber primero, el desconocimiento de leyes etc.... Segundo de que... la... la composición de muchos gobiernos municipales ha hecho no más que las mujeres cumplan roles siempre... domésticos etc., ¿no?... que organizan algún taller, que se hagan cargo de organizar, que sean medios directivos y que no sean digamos el sector de que hacer del municipio, ¿no? Entonces eso le

va crear en algunos casos inclusivos han sufrido violentas críticas las concejales etc., ¿no? Entonces ha sido un aprendizaje muy duro para las mujeres quienes han estado y quienes están ahorita parte de los municipios rurales, indígenas especialmente, ¿no?...

Pero ahí están aprendiendo con muchas, nos ha sido con muchas desventajas pero nos pase igual en el Congreso, ¿no? Es decir... y a partir de una participación de la elección anterior que hemos vencido, ahí están las mujeres indígenas, no? Que nunca habían... seguramente como persona nunca seguramente han pensado digamos estar en estos espacios, están ahí... haciendo _____ duro y cual que los indígenas ahora en el Parlamento no... y... creo que lo que nos falta ahorita es articular digamos como indígenas, como campesinas etc.... todas estas experiencias, no? Y a partir de articular estas experiencias, de poner digamos _____ en una... un programa que sé yo de capacitación que las nuevas mujeres que se vayan involucrando en estos espacios, en el manejo administrativo del gobierno, en el estar en el espacio de poder, realmente que vayamos, porque hasta ahora la... lo que hemos recibido es que, hacer política por nuevo ser, estar en el partido que sé yo, la mujer no debería estar, digamos, no en la comunidad es una cultura que tú no, eso no es su espacio, digamos... Entonces todo eso ha sido, ha sido roto y creo que ha permitido los avances también, no?

Creo que hay muchos avances en este sentido y muchos avances, mucho trabajo que hacer por adelante yo diría, ¿no? Es decir... primero que los retos que tenemos actualmente, todo lo cambio... estructural que se pretende lograr en Bolivia, en la Asamblea Constituyente, creo que es un aspecto que nos debe... nos debe ponernos a trabajar a todas y todos, no? Es decir, tanto como pueblos indígenas, tanto como campesinos, tanto como mujeres también, es decir como vamos a generar nuestras propuestas y como puede ser una oportunidad para borrar toda esta forma de discriminación que hemos vivido en Bolivia, de un sector tan pequeño, urbano que siempre estaba en el poder, ¿no? Económico y político, ¿no? Y... y bueno... nos hemos quejado siempre de que somos explotados, de que somos marginados etc. Creo que esta... esta es una oportunidad para poder digamos arreglar los problemas de exclusión, los problemas de discriminación, raciales etc. que hemos vivido en Bolivia; y en eso nuestra prioridad, por supuesto, las mujeres podemos, mujeres fundamentales en este cambio, ¿no?... Esos son los retos.

Pero también, en el marco de eso, hay las mujeres... para una participación política más activa... resulta que no tienen documentos, no tienen certificado de nacimiento, no tienen carnet. Entonces es una de las prioridades que hoy estamos trabajando desde el Vice Ministerio de que las mujeres se documenten, no? Para eso hay normas que se han flexibilizado pero además nosotros seríamos aprendiendo de hacer campañas. Pero también las campañas de carnetización, resulta que en este marco de elecciones municipales, puede ser también como una... campaña política, ¿no? Entonces... Son aspectos que hay que cuidar, que no hay más difícil en este proceso llevar a la vez, ¿no?

Pero, yo creo que algo... podemos... minimamente contribuir que las mujeres, los pueblos indígenas etc. tengan documentación si no, como personas, no podemos ejercer ningún derecho, no? Eso son las prioridades, las prioridades económicas. Creemos que las mujeres, mientras no nos empoderemos económicamente, no solo ser buenas trabajadoras, sino tener el control, tener la administración, tener la decisión sobre este poder económico. Entonces, no vamos a poder... avanzar mucho en otros derechos no, es decir el problema de violencia por ejemplo, la mujer que no tiene plata, esta considerada como una niña, no? Que tiene que dar su papa minimamente digamos. Entonces ¿de qué autonomía, de qué decisión podemos hablar, no? Entonces las mujeres que de alguna manera que generamos, tenemos digamos la

capacidad de generar ingresos, de controlar a la vez, de ver como se distribuye ese poca plata que tenemos desde la familiar hasta la comunidad, entonces... Creo que no vamos a avanzar mucho.

Entonces una de las prioridades: ¿cómo empoderamos a las mujeres económicamente? Las mujeres sabemos que son más del 50 % trabajadoras digamos desde lo doméstico que no es reconocido hasta en la comunidad que muchas veces aportan su trabajo pero que no... necesariamente ya en el reparte, en el control no están, no? Entonces queremos que las mujeres estén en el control,... económico, no? Es decir que... que no sea una mujer campesina, una mujer gremial que trabaja desde las 4 de la mañana y tiene que trabajar hasta las 8 de la noche, que, es 9 de la noche, vaya a dormir... y que genera todo un recurso pero sin embargo ni el negocio está a su nombre, no tiene un documento legal que te dice como hacer, como micro empresarial... No es capaz... no tiene capacidad en ese sentido de crédito. Entonces... es igual, es una trabajadora normal, explotada entonces no tiene... instrumentos legales para poder defenderse. Entonces, hemos visto en la Feria de la ciudad del Alto, en la Feria a la Inversa y Mesas de Negociación, como las mujeres, que evidentemente que hacen muchas costuras, muchos trabajos, que son micro empresarias familiares pero no están legalmente constituido y por lo tanto no pueden... acceder a prestos, no pueden presentarse en lo que es hoy, he llamado compro boliviano por ejemplo, ¿no?... que están más hacia las mujeres puedan, no solo las mujeres, sino los pequeños empresarios bolivianos puedan vender al estado por ejemplo, los servicios. Y si las mujeres están... son las trabajadoras son las que generan pero a la vez no son legales entonces no se puede avanzar mucho. Entonces, otra de las prioridades, lo económico.

La titularidad de la tierra, por ejemplo. Si las mujeres... muchas mujeres en las comunidades hoy están manejando la tierra, están controlando, están... son fundadores, son las que hipotecan, son las que cuidan etc. Sin embargo... el... la propiedad sigue siendo en un hombre; en propiedad del hombre. El hombre resulta que se ha ido por alguna razón a la ciudad etc. ... La mujer no puede hacer nada... con este terreno mientras no lo tiene como parte de titularidad de esa propiedad. Entonces, estamos trabajando también a que las mujeres, si son por ejemplo marido y mujer, que en el título esté tanto derecho tanto marido y mujer como tal y aquellas mujeres que son solas, jefas de hogares etc. que este la propiedad... a... legalidad a esa mujer, ¿no? _____ a su nombre, que tenga... que acceda a ella...

También estamos trabajando en lo que va a ser el Diálogo productivo... Es el diálogo... nacional e productivo que el gobierno está impulsando aunque con mucha dificultad porque... se ha hecho un acuerdo que esté la sociedad civil y esté el gobierno. Entonces, no sé, hemos... y es muy difícil el entendimiento, en este marco además de conflictos sociales, de cambio que estamos queriendo dar; el diálogo, muchas veces _____ de esa facilidad también, que puede romperse cualquier rato y que puede avanzar. Supuestamente de este diálogo productivo nacional, debe salir estrategias productivas en Bolivia, no...

En este marco estamos trabajando. Queremos que una estrategia productiva evidentemente sea incorporado que tenga enfoque de género, ¿no? Es difícil porque casi somos, somos muy poquito (una) persona y de la organización de base casi una persona también en este diálogo y muchas veces las normas, las mismas normas no siempre garantizan por ejemplo la participación más activa de las mujeres en este... entre diálogos que se van a hacer en las provincias, en las comunidades, en los municipios, por ejemplo, no... Muchas veces, los mismos dirigentes de las... de la Confederación sindical única... y otras organizaciones... dicen... vamos a trabajar, vamos a aplicar nuestro uso de costumbre donde supuestamente el

uso de costumbre es “chachawarmi” que la Mujer y el Hombre tienen los mismos derechos de participación. Pero si... también veamos la realidad que no es así, no. La realidad nos ha dicho de que para actividad de capacitación, talleres, reuniones... es el hombre que está más que las mujeres. Y si los instrumentos no garantizan que la Mujer realmente, que sea un 30 %, un 50 % como exigencia, no la vamos a poder cumplir digamos, no la vamos a poder... Los usos de costumbres... pueden... pueden... permitir o no permitir a la vez, no?, es decir por usos de costumbre, también se pueden quedar las mujeres cuidando animales, cuidando las chacras y realmente se decida digamos que a partir de esas actividades... se trabaja en los talleres, los hombres simplemente, entonces la visión de las mujeres no está ahí, la mirada, como van a hacer las mujeres sino estarían. Entonces estamos hablando las prioridades sobre eso, es importante que estemos trabajando.

Bueno, pero por otro lado otra de las prioridades es la participación política, tanto en el referéndum pero también en las elecciones municipales que están muy cerca, no... queremos que estas elecciones evidentemente van a marcar... tanto... un nuevo escenario, no. Creemos que en este escenario diferente, seguramente,... habrá mayores municipios con mayores indígenas en la cabeza etc. Pero también queremos que las mujeres estén, no estén ausentes sino estén... Sabemos que en los municipios campesinos, indígenas son las mujeres que son... que están trabajando hoy, no. Y no pueden estar al margen, no, de, de gobernabilidad, de, de... municipal, no. Entonces, hay que trabajar todo lo que es ... su participación pero también su posibilidad de ser electa, en las normas que lo permitan, no... Estamos trabajando tanto en las normas como en... promover la participación de ellas, no, en la misma elección.

Estas son las prioridades que... como _____. Por otro lado está el eje fundamental, como... tantos los planes, desde los planes nacionales hasta los planes departamentales, municipios, se puede seguir trabajando la transversalización, no. Y cumplir por supuesto los modelos. Entonces, son retos muy grandes, no sabemos si cumpliremos pero ahí estamos. Estamos ahorita ya terminando casi nuestro plan de trabajo... y negociando con la cooperación y que nuevamente nos permita fijar nuestro plan de trabajo y que se pueda, sea esta instancia o sea cual instancia, se pueda cumplir este plan de trabajo que estamos trabajando. Porque cada vez, también es frágil nuestra... seguir existiendo o no existir. Es decir por un lado que el gobierno, con todos los problemas sociales... siempre está... frágil digamos. Pero por otro lado, el Vice ministerio, por toda la austeridad, muchas veces... nuevamente parece que... se busca lo que se pueda funcionar, etc., no. Entonces, ya hemos tenido un golpe increíble, hemos tenido que sacar diez personas de esta instancia, no... Entonces... por tema de austeridad y... bueno, no sabemos tampoco cual va a ser su... su estabilidad misma de este... Pero queremos que este plan que se va a aprobar, con lo económico, sea también desde que donde estemos, seamos nosotros vigilantes de que se cumple este plan... Eso es... Eso te puedo contar.

Muchas gracias

« _____ » = Mot non retranscrit

« (.....) » = Mot incertain

Les femmes boliviennes célèbres

Bartolina Sisa.



Bartolina Sisa serait née le 24 août 1753 dans la communauté de Sullkawi. Mariée à Tupak Katari, chef aymara, avec qui elle partageait le même idéal de se libérer des

chaînes espagnoles et de restituer la nation aymara, elle est reconnue comme l'une des femmes les plus courageuses et vaillantes des Andes. Tupak Katari et Bartolina Sisa levèrent une armée de 20 000 à 80 000 combattants, et assiégèrent pendant 109 jours la ville de La Paz, où moururent 10 000 espagnols. Trahie, Bartolina fut capturée, au même titre que son mari, et fut exécutée de façon cruelle sur l'actuelle Place Murillo. Symbole de la femme aymara, des associations de femmes portent aujourd'hui le nom de Bartolina Sisa, et des commémorations et hommages sont célébrées à son nom.

Gregoria Apaza

Sœur de Tupak Katari, elle assumait avec Bartolina Sisa le commandement des troupes aymaras. Comme ces deux martyrs, elle a été exécutée ; et est pourtant restée dans l'ombre de l'histoire officielle.

Juana Azurduy de Padilla



Née en 1780, elle est aujourd'hui considérée comme une héroïne de l'indépendance. Auprès de son mari, Manuel Padilla, elle se rebella contre les troupes royalistes espagnoles, et pour l'indépendance. En 1816, ils siégèrent la ville de Chuquisaca. Mais les royalistes y mirent fin, et exécutèrent Manuel Padilla. A la mort de celui-ci, Juana Azurduy tenta de réunir de nouveau les troupes, mais en vain. Elle mourut en 1862 dans l'oubli et la pauvreté.

Micaela Bastidas

Epouse et conseillère du leader Tupak Amaru, guerrière andine, elle impulsa auprès de son mari, l'indépendance des peuples aymara, quechua et de descendance africaine. Née en 1742, elle a défendu jusqu'à sa mort la libération des 'Premières Nations' du joug colonial.

Adela Zamudio



Adela Zamudio (née en 1854) était écrivaine, penseuse, peintre, directrice et professeure de la première école laïque en Bolivie. Poétesse couronnée en 1928, son œuvre reflète l'ambiance de l'époque et dénonce l'injustice sociale et économique avec subtilité, mesure et ironie. Elle s'est battue pour l'émancipation sociale et intellectuelle de la femme, et fut à cet égard très critiquée par les autorités ecclésiastiques.

Domitila Barrios de Chungara

Née en 1937, mère de 7 enfants et épouse de mineur, elle a été déléguée puis présidente du Comité des ménagères du Siglo XX, l'un des plus grands complexes miniers de l'époque. Protagoniste des luttes pour les droits des mineurs et contre la dictature, elle fut arrêtée, emprisonnée, et exilée. En 1975, elle participa à la première Conférence des Nations Unes sur les femmes (Moema Viezzer, '*Si me permiten hablar...*' *Testimonio de Domitila, una mujer de la minas de Bolivia*, Septima edicion, 1982).



Connaissances des méthodes modernes chez les hommes et les femmes entrevus (ENDSA 1998)

Porcentaje de personas entrevistadas en unión que conocen algún método y porcentaje que conoce por lo menos un método moderno, según características seleccionadas, Bolivia 1998

Característica	Mujeres			Hombres		
	Conoce algún método	Conoce métodos modernos ¹	Número de mujeres	Conoce algún método	Conoce métodos modernos ¹	Número de hombres
Edad						
15-19	92.3	86.2	263	90.7	90.7	31
20-24	90.8	87.8	961	94.5	93.3	153
25-29	92.6	89.4	1,255	94.5	92.7	318
30-34	90.5	87.9	1,241	92.5	89.5	369
35-39	89.5	85.9	1,268	93.1	89.8	367
40-44	85.9	83.7	914	90.6	86.7	329
45-49	83.0	79.4	746	87.1	79.8	266
50-54	NA	NA	NA	81.0	75.2	193
55-59	NA	NA	NA	68.7	65.1	165
60-64	NA	NA	NA	82.7	75.8	99
Residencia						
Urbana	97.2	95.7	4,410	96.5	94.7	1,464
Rural	73.9	67.5	2,239	75.6	68.3	825
Región						
Altiplano	86.9	82.2	2,840	87.2	81.4	1,016
Valle	86.6	83.7	1,940	84.4	81.5	613
Llano	95.9	94.9	1,869	96.0	94.5	660
Departamento						
Chuquisaca	80.7	77.0	422	73.1	71.1	135
La Paz	91.2	85.9	1,958	89.4	83.9	716
Cochabamba	85.2	81.7	1,185	84.8	80.8	371
Oruro	85.6	81.8	314	86.4	81.5	116
Potosí	72.8	69.5	568	78.9	71.5	184
Tarija	99.3	98.9	333	97.4	96.9	107
Santa Cruz	95.7	94.7	1,537	95.9	94.1	548
Beni/Pando	96.9	95.9	332	96.7	96.2	112
Nivel de instrucción						
Sin instrucción	60.5	53.9	752	47.6	41.5	76
Básico	85.6	80.5	2,452	77.9	71.1	717
Intermedio	94.9	92.6	958	90.2	85.2	414
Medio o más	99.6	99.0	2,487	98.8	97.6	1,082
Grado de marginación del municipio						
Capital departamento	97.5	96.5	2,930	98.3	97.0	980
Baja	91.1	88.6	1,346	89.9	86.9	471
Media	75.5	68.7	1,635	77.0	70.1	593
Alta	55.6	50.0	226	59.1	46.7	80
El Alto	97.3	93.0	512	88.9	82.8	166
Total 1998	89.3	86.2	6,649	89.0	85.2	2,289
Total 1994	84.5	76.7	5,334	ND	ND	ND

NA: No aplicable; ND: No disponible

¹Incluye la píldora, el DIU, la esterilización femenina y masculina, las inyecciones, los métodos vaginales y el condón

Utilisation actuelle de méthodes contraceptives chez les femmes par caractéristiques sélectionnées (ENDSA 1998)

Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas por método usado actualmente, según características seleccionadas, Bolivia 1998

Característica	Métodos modernos							Tradicionales y folclóricos					Número de mujeres	
	Cualquier método	Total métodos modernos	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Con-dón	Esteri-lización femina	Total tradicio-nales y folcló-ricos	Rit-mo	Reti-ro	Méto-dos folcló-ricos		Total
Residencia														
Urbana	57.6	32.3	4.8	14.2	1.4	0.1	3.4	8.3	25.3	22.3	2.6	0.4	100.0	4,410
Rural	30.1	11.3	1.7	5.0	0.6	0.0	1.0	2.9	18.7	15.6	1.6	1.5	100.0	2,239
Región														
Altiplano	44.2	16.7	1.0	10.6	0.5	0.0	2.5	2.0	27.5	24.8	2.2	0.5	100.0	2,840
Valle	45.1	25.2	1.6	12.6	1.2	0.2	2.6	7.0	19.9	16.2	2.5	1.2	100.0	1,940
Llano	57.9	38.2	10.3	10.3	1.9	0.0	2.9	12.9	19.7	16.7	2.1	0.8	100.0	1,869
Departamento														
Chuquisaca	34.6	17.8	1.3	10.1	0.3	0.1	1.5	4.5	16.8	13.8	2.6	0.4	100.0	422
La Paz	48.6	18.1	1.1	11.6	0.5	0.0	2.8	1.8	30.5	27.3	2.8	0.4	100.0	1,958
Cochabamba	44.1	23.4	1.1	11.5	1.1	0.2	2.4	7.1	20.6	16.7	2.2	1.7	100.0	1,185
Oruro	40.0	15.6	0.8	11.5	0.5	0.1	1.6	1.1	24.4	23.1	1.1	0.1	100.0	314
Potosí	31.6	12.4	0.8	6.8	0.5	0.0	1.5	2.8	19.2	17.2	0.8	1.2	100.0	568
Tarija	62.1	40.6	3.6	20.0	2.7	0.0	4.8	9.7	21.4	17.7	3.5	0.3	100.0	335
Santa Cruz	58.3	38.6	10.6	10.7	2.1	0.0	3.2	12.1	19.7	16.5	2.3	0.9	100.0	1,537
Beni/Pando	56.2	36.4	8.8	8.6	0.9	0.0	1.3	16.7	19.8	17.9	1.6	0.4	100.0	332
Nivel de instrucción														
Sin instrucción	19.4	7.6	0.5	2.8	0.2	0.0	0.4	3.7	11.9	9.9	0.4	1.5	100.0	752
Básico	38.1	16.4	2.5	6.6	0.8	0.0	1.4	5.1	21.7	18.0	2.5	1.2	100.0	2,452
Intermedio	53.3	27.5	6.8	10.0	1.1	0.0	2.2	7.4	25.9	22.0	3.0	0.9	100.0	958
Medio o más	65.2	38.3	4.9	18.5	1.7	0.1	4.7	8.3	26.9	24.4	2.4	0.2	100.0	2,487
Grado de marginación del municipio														
Capital departamento	58.7	35.8	5.2	15.9	1.6	0.0	4.1	9.0	22.9	20.1	2.4	0.4	100.0	2,930
Baja	49.0	25.3	5.3	9.2	0.7	0.2	1.8	8.0	23.7	20.5	2.4	0.9	100.0	1,346
Media	32.1	11.4	1.1	5.1	0.9	0.0	0.9	3.2	20.6	17.8	1.5	1.4	100.0	1,635
Alta	17.8	4.8	1.5	1.7	0.0	0.0	0.6	1.0	13.0	10.2	0.3	2.5	100.0	226
El Alto	52.4	17.6	1.2	12.1	0.3	0.0	2.7	1.2	34.8	30.3	4.5	0.0	100.0	512
Número de hijos vivos														
Ninguno	21.2	7.0	3.0	1.2	0.8	0.0	2.0	0.0	14.2	14.0	0.3	0.0	100.0	322
1	49.7	23.6	6.1	10.2	1.9	0.1	4.7	0.6	26.1	22.0	3.7	0.4	100.0	1,065
2	54.5	28.1	4.4	16.2	1.5	0.0	3.8	2.1	26.4	23.8	2.4	0.2	100.0	1,468
3	56.5	32.2	3.7	15.5	0.7	0.1	2.9	9.0	24.3	21.5	1.6	1.2	100.0	1,259
4+	43.6	23.1	2.6	7.6	0.8	0.0	1.0	11.1	20.5	17.1	2.2	1.2	100.0	2,535
Mujeres 15-49, 1998	48.3	25.2	3.8	11.1	1.1	0.0	2.6	6.5	23.1	20.0	2.3	0.8	100.0	6,649
Mujeres 15-49, 1994	45.3	17.7	2.8	8.1	0.8	0.1	1.3	4.6	27.6	22.0	1.7	3.9	100.0	5,334
Total hombres 15-64	52.0	23.6	2.9	10.3	0.9	0.1	3.3	6.1	28.3	25.9	1.7	0.7	100.0	2,289

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman 100 debido a redondeo

Nécessité en services de planification familiale par caractéristiques sélectionnées (ENDSA 1998)

Porcentaje de mujeres en unión con necesidad insatisfecha y necesidad satisfecha de planificación familiar y demanda total de planificación familiar, por características seleccionadas, Bolivia 1998

Características	Necesidad insatisfecha ¹			Necesidad satisfecha ²			Demanda total ³			Porcentaje de la demanda satisfecha ⁴	Número de mujeres
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total		
Residencia											
Urbana	6.7	12.7	19.4	17.0	40.6	57.6	23.8	53.3	77.0	74.8	4,410
Rural	6.8	32.3	39.2	6.0	24.0	30.1	12.8	56.4	69.2	43.4	2,239
Región											
Altiplano	6.0	20.4	26.4	11.5	32.7	44.2	17.5	53.1	70.6	62.6	2,840
Valle	7.1	24.3	31.3	11.5	33.6	45.1	18.6	57.8	76.4	59.0	1,940
Llano	7.5	12.6	20.1	18.0	39.9	57.9	25.5	52.5	78.0	74.3	1,869
Departamento											
Chuquisaca	6.2	33.1	39.3	7.1	27.6	34.6	13.3	60.6	73.9	46.8	422
La Paz	5.8	17.3	23.1	12.9	35.7	48.6	18.7	53.0	71.6	67.8	1,958
Cochabamba	7.8	23.6	31.4	11.7	32.4	44.1	19.4	56.0	75.5	58.4	1,185
Oruro	6.4	20.4	26.8	9.9	30.1	40.0	16.3	50.5	66.8	59.9	314
Potosí	6.8	30.9	37.7	7.5	24.1	31.6	14.4	55.0	69.4	45.6	568
Tarija	5.6	15.5	21.1	16.7	45.3	62.1	22.4	60.8	83.2	74.6	333
Santa Cruz	7.0	12.6	19.6	18.7	39.6	58.3	25.7	52.2	77.9	74.8	1,537
Beni/Pando	9.8	12.5	22.3	14.6	41.6	56.2	24.5	54.1	78.5	71.6	332
Nivel de instrucción											
Sin instrucción	4.6	36.1	40.8	1.4	17.9	19.4	6.1	54.1	60.2	32.2	752
Básico	6.9	28.2	35.1	6.0	32.1	38.1	12.9	60.3	73.2	52.1	2,452
Intermedio	8.8	14.2	23.0	14.7	38.7	53.3	23.5	52.8	76.3	69.9	958
Medio o más	6.5	7.4	13.9	23.6	41.6	65.2	30.1	49.1	79.2	82.4	2,487
Grado de marginación del municipio											
Capital departamento	6.6	11.6	18.2	18.6	40.1	58.7	25.2	51.7	76.9	76.4	2,930
Baja	7.2	19.1	26.3	12.1	36.9	49.0	19.2	56.0	75.3	65.1	1,346
Media	6.1	32.1	38.2	6.9	25.2	32.1	13.0	57.3	70.3	45.7	1,635
Alta	7.6	36.8	44.4	2.0	15.8	17.8	9.6	52.7	62.3	28.7	226
El Alto	8.2	15.5	23.6	11.8	40.6	52.4	20.0	56.1	76.1	68.9	512
Total 1998	6.8	19.3	26.1	13.3	35.0	48.3	20.1	54.3	74.4	65.0	6,649
Total 1994	5.9	18.3	24.3	10.9	34.5	45.3	19.7	55.5	75.3	67.8	5,334

¹ Necesidad insatisfecha para limitar: mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo **no fue deseado** y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que **no desean más hijos**. Necesidad insatisfecha para espaciar: mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo **si fue deseado, pero más tarde** y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que si desean más hijos pero **prefieren esperar** por lo menos dos años.

² La *necesidad satisfecha para espaciar* se refiere a las mujeres que usan algún método de planificación familiar y que respondieron que desean tener más hijos o están indecisas al respecto. La *necesidad satisfecha para limitar* se refiere a aquellas mujeres que están usando y que no desean más hijos.

³ La *demanda total* incluye mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método).

⁴ [(Necesidad satisfecha)+(falla de método)]/(demanda total)

Résumé

L'application de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes en Amérique Latine. Le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie.

En 1979, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDAW), qui engage les États signataires à mettre en place et appliquer des mesures légales visant l'égalité homme-femme et l'élimination de la discrimination de genre.

Les États d'Amérique Latine ont tous ratifié la CEDAW, convention qu'ils ont intégrée à leur droit interne. Des mesures ont été adoptées, des lois ont été votées, des institutions ont été créées dans la région. Mais des discriminations normatives persistent, et l'égalité de droit des femmes est en constant décalage avec leur égalité de fait. Des facteurs idéologiques et pragmatiques, tels que les stéréotypes culturels, la vulnérabilité féminine, conditionnent toujours la situation des femmes latino-américaines.

En ratifiant la CEDAW, et plus tard les Programmes d'Action du Caire et de Beijing, la Bolivie reconnaît les droits humains des femmes dans les différentes sphères sociales et politiques, et notamment leurs droits reproductifs et sexuels. Le pays note alors d'importantes avancées politiques et symboliques en matière de genre, de reproduction et de sexualité féminines. Mais la répercussion et la réappropriation des droits humains en général, des droits reproductifs et sexuels en particulier, par les femmes boliviennes, pacéniennes et alténiennes notamment, rencontrent toute une série de barrières politique, sociale, culturelle et médicale.

L'influence catholique et machiste, les patrons socioculturels, la pénalisation de l'avortement, l'ignorance des droits et le faible 'empowerment' des femmes leur confèrent peu d'autonomie dans leurs décisions reproductives et sexuelles ; une autonomie qui serait cependant la clé de l'émancipation féminine en Bolivie.

Mots clés : CEDAW ; femme ; égalité de genre ; discrimination de genre ; égalité de droit ; égalité de fait ; santé reproductive et sexuelle ; droits reproductifs et sexuels ; planification familiale ; avortement

Summary

The application of the Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women in Latin America. The case of reproductive and sexual rights in Bolivia.

In 1979 the United Nations General Assembly adopted the Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women (CEDAW), which commits signatory states to adopt and implement a series of legal measures on equality of men and women and all discrimination based on gender.

All Latin American states have ratified the CEDAW and have integrated the Convention into their domestic law. Measures have been adopted, legislation voted and regional institutions have been set up. However, normative discrimination persists and the legal rights of women to equality of treatment are still out of step what is happening in reality. Ideological and pragmatic factors, such as cultural stereotypes and female vulnerability, still condition the situation of Latin-American women.

In ratifying the CEDAW, and later the Cairo and Beijing Programs of Action, Bolivia recognises women's human rights in the various social and political spheres, and more specifically in their reproductive and sexual rights. The country has made important political and symbolic progress in the field of gender equality, female reproduction and sexuality. Nevertheless, the effects on Bolivian women, especially from La Paz and El Alto, of their re-appropriation of human rights in general, and their sexual and reproductive rights in particular, encounter a whole series of political, social, cultural and medical obstacles.

Factors such as the catholic and male chauvinistic influence, socio-cultural patterns, the penalisation of abortion, ignorance of legal rights and the weak empowerment of women all contribute to allowing them little autonomy in their reproductive and sexual decisions. This autonomy would be the key to female emancipation in Bolivia.

Key words: CEDAW; Woman; gender equality; gender discrimination; legal equality; equality in practice; reproductive and sexual health; reproductive and sexual rights; family planning; abortion.