Nations Unies E/CN.9/2002/3

Conseil économique et social

Distr. générale
17 janvier 2002
Français
Original: anglais

Commission de la population et du développement
Trente-cinquième session
1er-5 avril 2002
Point 3 de l'ordre du jour provisoire*
Suite donnée aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement

Suivi des programmes de population consacrés principalement aux droits liés à la procréation et à la santé génésique, eu égard en particulier au virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), comme prévu dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement

Rapport du Secrétaire général

Table des matières

		Paragraphes	*Page*
	Introduction	1	3
I.	Droits liés à la procréation et santé génésique	2–6	3
	A. Concepts/cadre général	2–3	3
	B. Obstacles à surmonter pour atteindre les objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement dans le domaine des droits liés à la procréation et à la santé génésique et tendances dans ce domaine	4–6	3
II.	Le VIH/sida	7–22	4
	A. Ampleur du problème et principes directeurs	7–8	4
	B. Engagement politique	9	5

*E/CN.9/2002/1.

02-21969 (F) 050302 050302
0221969

	C. Prévention	10–17	5
	D. Soins, aide et traitement	18–21	7
	E. Problèmes	22	8
III.	Politiques et programes concernant les droits liés à la procréation et à la santé génésique	23–47	8
	A. Planification familiale	23–27	8
	B. Mortalité et morbidité maternelles	28–31	9
	C. Infections sexuellement transmissibles	32–35	10
	D. Santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation	36–40	11
	E. Égalité entre les sexes et responsabilisation des femmes	41–47	12
IV.	Partenariats	48–51	14
V.	Conclusions	52	15

Introduction

1. Le présent rapport fait suite au programme de travail pluriannuel de la Commission de la population et du développement approuvé par le Conseil économique et social dans sa résolution 1995/55, et qui fixe comme thème spécial de la trente-cinquième session de la Commission les droits liés à la procréation et à la santé génésique, et notamment la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida). Il met l'accent sur les activités engagées au niveau national et les progrès réalisés en ce qui concerne l'application du Programme d'action adopté par la Conférence internationale sur la population et le développement[1] et des résultats de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation d'ensemble de la mise en oeuvre dudit programme d'action, en particulier sur les aspects en rapport avec la planification familiale, la mortalité maternelle, les maladies sexuellement transmissibles (MST), la procréation et la sexualité chez les adolescents, l'égalité des sexes et la promotion de la femme.

I. Droits liés à la procréation et santé génésique

A. Concepts/cadre général

2. À l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue en 1994 au Caire, 179 pays ont adopté par consensus un programme d'action qui reconnaît les liens qui existent entre population et développement. S'appuyant sur des principes fondamentaux en matière de droits de l'homme, la Conférence a adopté une approche holistique, reconnaissant la santé sexuelle et génésique comme un élément des soins de santé primaires et un moyen d'améliorer la qualité de la vie. La vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale a permis de constater que des progrès avaient été enregistrés concernant la réalisation des objectifs de la Conférence et, à l'issue de la session, les gouvernements ont lancé un appel en faveur du renforcement des actions menées dans certains domaines clefs, à savoir la santé sexuelle et génésique, la réduction de la mortalité maternelle, les besoins des adolescents en matière de santé génésique, la prévention du VIH/sida, les besoins particuliers des hommes et des femmes et l'éducation[2]. Les droits liés à la procréation ont par ailleurs été réaffirmés à l'occasion d'une série de conférences organisées au cours des années 90, notamment la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes et le Sommet mondial pour le développement social. En 1996, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la Division de la promotion de la femme du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, le Haut Commissariat aux droits de l'homme et les organes conventionnels ont organisé à Glen Cove une table ronde suivie en 2001 d'une nouvelle consultation.

3. Bien que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement reconnaisse la nécessité de « prévenir les maladies sexuellement transmissibles, y compris la contamination par le VIH et le sida ... d'en réduire l'incidence et d'en assurer le traitement » (par. 7.29), la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale a insisté encore davantage sur la lutte contre le VIH/sida et demandé aux gouvernements de redoubler d'efforts et de veiller à ce que la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida fassent partie intégrante « des programmes de santé et de sexualité en matière de reproduction au niveau des soins de santé primaires (voir résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe, par. 68). En outre, la vingt-sixième session extraordinaire de l'Assemblée générale, consacrée à la lutte contre le VIH/sida en juin 2001, a appelé l'attention sur les ravages causés par la pandémie et a adopté une Déclaration d'engagement[3] pour en limiter l'avance.

B. Obstacles à surmonter pour atteindre les objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement dans le domaine des droits liés à la procréation et à la santé génésique et tendances dans ce domaine

4. En dépit des nombreux obstacles à l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et des résultats de la vingt et unième session extraordinaire de

l'Assemblée générale, l'intégration de différentes structures institutionnelles, la transformation des installations existantes, l'amélioration des systèmes logistiques et l'organisation de formation afin de garantir des soins appropriés et efficaces ont permis de réaliser des progrès importants et d'adopter une approche plus générale de la santé génésique. Celle-ci est désormais plus fréquemment considérée comme un élément de la politique sanitaire générale par les pays qui entreprennent des réformes de leur système de santé et du financement de ces systèmes[4]. De nombreux pays abandonnent la programmation verticale des activités de santé et incorporent l'éducation et les aspects économiques à leurs politiques et programmes. De nouveaux partenariats, qui regroupent diverses parties prenantes telles qu'organisations non gouvernementales, dirigeants religieux et bénéficiaires eux-mêmes, se constituent. Par un effet de masse, ces nouvelles stratégies ont contribué à faire de la santé génésique et de la santé liée à la sexualité un objectif prioritaire[5].

5. Cette approche plus générale cherche notamment à accroître le degré de satisfaction des bénéficiaires de façon à ce qu'ils recourent davantage aux services de santé génésique. C'est exactement l'objectif de divers projets en cours en Inde, au Népal, en République-Unie de Tanzanie, en Mauritanie, au Kirghizistan et au Pérou qui rassemblent bénéficiaires et prestataires de services de façon à définir des objectifs communs et des normes de qualité conformes à la culture locale et adaptés aux communautés locales[6]. En raison du peu de ressources disponibles, de nombreux pays ont engagé une réforme du secteur de la santé de façon à parvenir à un meilleur rapport coût-efficacité des interventions et à assurer la satisfaction des consommateurs. En particulier, de nombreux pays tels que le Mexique, les Philippines et l'Afrique du Sud, ont défini un ensemble de services de base au rang desquels figure la santé génésique.

6. L'évolution la plus fréquente observée a été l'intégration des activités de planification familiale et de santé maternelle et infantile. Cependant, certains pays, comme l'Inde, orientent les clients vers des infrastructures qui offrent des services plus complets, tels que le traitement des MST et les soins obstétriques d'urgence[7]. Une étude des initiatives prises en matière de santé dans le monde révèle d'autres progrès encourageants : par exemple, la Zambie a adopté une approche multisectorielle décentralisée, qui fait intervenir les organismes de la société civile, et qui aborde des questions telles que les besoins spécifiques des hommes et des femmes et la participation des hommes[4], tandis qu'en République islamique d'Iran, un programme fondé sur le bénévolat encourage la promotion de la femme et la participation des communautés aux activités dans le domaine de la santé génésique et de la planification familiale[8].

II. Le VIH/sida

A. Ampleur du problème et principes directeurs

7. La diffusion du VIH/sida continue de présenter toutes les caractéristiques d'une épidémie, beaucoup plus grave qu'on ne l'avait prévue ne serait-ce qu'il y a à peine 10 ans. Gravement préoccupée par l'accélération de l'épidémie et ses répercussions au niveau mondial, l'Assemblée générale a tenu sur ce sujet une session extraordinaire de façon à susciter un renforcement des mesures et des engagements pris au niveau international et à mobiliser de nouvelles ressources. Adoptée par acclamation, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida reconnaît la nécessité d'encourager le respect des droits de l'homme, et en particulier les droits des groupes les plus vulnérables à une infection, y compris les femmes et les enfants, pour lutter contre l'épidémie. Elle insiste sur le changement fondamental d'approche constatée : alors que la lutte contre le VIH/sida était à l'origine simplement considérée comme un problème de santé publique, elle est aujourd'hui une priorité sur les plans économique, social et de développement en raison de la menace qu'il pose pour le bien-être des générations futures[9]. En adoptant cette Déclaration, la communauté internationale s'est engagée à intensifier son action et à définir des objectifs et un calendrier précis en matière de prévention, de soins, de traitements et de soutien.

8. Les mesures pluridisciplinaires prises pour lutter contre l'épidémie doivent reposer sur les principes suivants : promotion de la pleine réalisation des droits de l'homme, égalité entre les sexes et participation des séropositifs; rôle directeur des autorités nationales; constitution de capacités nationales; et mesures en faveur d'une approche multisectorielle, d'une large mobilisation de la société et d'une intensification considérable des efforts. Pour les dirigeants de la planète, les personnes contaminées par le VIH/sida doivent mener une existence digne, sans être victimes

de discrimination ou d'opprobre, dans des sociétés qui réalisent l'ampleur de l'épidémie et qui sont déterminées à mettre fin à son expansion et à l'inverser[10].

B. Engagement politique

9. L'un des enseignements fondamentaux de l'évolution de la situation au cours des 10 dernières années est l'existence d'une forte volonté politique dans tous les pays qui ont obtenu des résultats positifs en matière de lutte contre le VIH/sida. Dans les premiers temps qui ont suivi l'apparition de la maladie, les dirigeants nationaux étaient réticents à reconnaître la menace posée par le VIH car le fait d'en admettre les causes et les conséquences les auraient contraints à aborder des sujets difficiles, délicats et controversés. Depuis peu cependant, en raison de la gravité de l'épidémie, ils ont commencé à briser le mur du silence. Le Partenariat international contre le sida en Afrique bénéficie ainsi du soutien politique et financier des dirigeants africains[11]. Lors d'une réunion du Groupe des Caraïbes pour la coopération en matière de développement économique organisée par la Banque mondiale, les premiers ministres et les ministres des finances des pays membres ont reconnu que le sida constituait un obstacle majeur au développement[12]. Les pays de la Communauté d'États indépendants (CEI) préparent une déclaration spéciale sur l'épidémie et un plan de travail régional pour coordonner leur action[13]. L'Union interparlementaire a adopté une résolution par laquelle elle demande à tous les parlementaires d'intensifier leurs efforts en vue de l'adoption de politiques et de programmes nationaux et internationaux permettant de lutter efficacement contre le sida[14].

C. Prévention

10. La prévention devrait être à la base de toute action menée dans un pays ou une communauté quelle que soit l'ampleur de l'épidémie[10]. Les taux d'infection par le VIH se stabilisent ou diminuent dans des pays tels que l'Ouganda, le nord de la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et la Thaïlande, précisément parce que des programmes de prévention ciblés et soutenus y ont favorisé l'adoption de comportements beaucoup moins risqués[11].

11. L'éducation est nécessaire pour sensibiliser l'opinion, promouvoir des modes de vie sains, et lutter contre l'opprobre et la discrimination liés au VIH/sida. De vastes campagnes d'éducation lancées au Brésil et en Thaïlande ont joué un rôle primordial dans la gestion des épidémies dans ces pays[15]. De telles campagnes peuvent prendre de nombreuses formes. En Namibie, on a demandé à des marchands ambulants de raconter des histoires de manière interactive pour informer la population sur le VIH et les comportements sexuels sans risques. Et en Ouganda, le projet « Stepping Stones » utilise l'éducation participative axée sur les besoins des femmes pour encourager l'utilisation de préservatifs, favoriser une diminution du nombre de partenaires sexuels et apprendre aux femmes à refuser d'avoir des rapports sexuels quand elles ne le souhaitent pas.

12. La large disponibilité et la promotion des préservatifs, tant pour hommes que pour femmes, sont deux facteurs essentiels si l'on veut prévenir le VIH, ainsi que les infections sexuellement transmissibles, qui peuvent décupler les risques d'infection par le VIH[11]. Malheureusement, les préservatifs ne sont pas encore disponibles dans le monde entier. Il reste que le programme d'utilisation systématique de préservatifs mis en place en Thaïlande a permis de contenir l'épidémie dans les années 90, et une vigoureuse campagne de promotion des préservatifs semble porter ses fruits au Cambodge[16]. La formation à l'information, l'éducation et la communication d'individus issus des communautés locales a largement contribué au succès des programmes de commercialisation parallèle de préservatifs dans plusieurs pays, dont Haïti et le Mozambique[17]. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a fourni des capitaux de démarrage pour les programmes de commercialisation parallèle de préservatifs mis en oeuvre à Cuba, dans la Fédération de Russie et au Myanmar[18].

13. En fournissant les renseignements et les services voulus, les programmes de santé génésique et d'hygiène sexuelle favorisent les changements sociaux et de comportement qui sont indispensables pour endiguer la propagation du VIH. On peut y discuter des mesures de prévention, notamment des comportements sexuels moins risqués, et, par conséquent, aider les personnes séronégatives à le rester et apprendre aux personnes infectées à ne pas en infecter d'autres. L'essai mené dans plusieurs centres en République-

Unie de Tanzanie, au Kenya et à Trinité-et-Tobago a révélé que les personnes qui avaient demandé à bénéficier de services de conseil et de dépistage avaient moins de rapports sexuels sans protection avec des partenaires autres que leurs principaux partenaires[19]. Dans le nord de la Thaïlande, la participation volontaire aux programmes de conseil et de dépistage a fait reculer la transmission mère-enfant de 25 à 7,5 %[20].

14. Les jeunes sont au coeur de l'épidémie du VIH/sida, puisqu'ils représentent la moitié de tous les nouveaux cas d'infection. On peut toutefois se féliciter du fait qu'ils peuvent adopter des pratiques sans risques plus rapidement et plus facilement que les adultes et qu'ils ont la possibilité d'influer sur le cours de l'épidémie. Au Brésil, en Europe orientale, en Inde et en République-Unie de Tanzanie, la transmission de l'information entre jeunes dans les écoles et à l'extérieur a permis de sensibiliser ce groupe aux risques d'infection par le VIH et a entraîné une évolution des comportements[18]. Des messages sur la prévention du VIH ont également été adressés aux jeunes par l'intermédiaire des médias. Un programme radio largement suivi au Kenya et une série télévisée diffusée au Nigéria ont servi de support à d'importants messages sur la prévention du VIH et d'autres questions se rapportant à la santé génésique des adolescents[11]. On estime que 66 systèmes d'enseignement scolaire dans le monde ont révisé leurs programmes pour informer leurs étudiants sur la prévention du VIH grâce à des programmes d'éducation sur la vie de famille[21]. Dans le cadre d'une démarche globale multistratégies, le principe d'éducation fondée sur les compétences a été élaboré pour permettre aux jeunes de faire face aux situations difficiles et de prendre en main leur propre santé. Ainsi, des programmes consacrés à l'hygiène sexuelle ont été mis en place en Namibie, au Viet Nam et au Zimbabwe pour renforcer les compétences des jeunes en matière de communication, de négociation, et de prise de décisions[22].

15. Bien des femmes et des jeunes filles occupent des positions subalternes dans la société. Il leur est donc difficile, voire impossible, de se protéger contre l'infection par le VIH. Souvent, elles ne sont pas en mesure de demander à leur partenaire d'être fidèle, ni d'exiger de lui qu'il utilise un préservatif, ni de refuser d'avoir des relations sexuelles et, dans la plupart des cas, elles n'ont pas suffisamment de ressources économiques pour s'extirper d'une relation dans laquelle elles risquent d'être infectées par le VIH. Par ailleurs, les femmes sont biologiquement plus vulnérables au VIH, et les symptômes des infections sexuellement transmissibles n'apparaissent souvent pas chez les femmes, ce qui rend ces infections plus difficiles à diagnostiquer que chez les hommes. Des interventions faites au Brésil, en Indonésie et en République-Unie de Tanzanie ont montré comment une communication – amorcée et animée par la femme – avec le mari pouvait réduire les risques en matière de VIH et d'infections sexuellement transmissibles pour les femmes, et ont révélé que celles-ci pouvaient apprendre à maîtriser la peur que suscitaient en elles le refus et la colère de leur mari. Les programmes de transmission de l'information entre femmes mis en place au Bangladesh, au Burkina Faso, en Haïti et en Inde ont appris aux femmes comment répondre de manière efficace aux objections que les hommes faisaient le plus couramment lorsqu'il était question d'utiliser des préservatifs[23]. Dans le sud du Kazakhstan et à Almati, des volontaires on fourni des contraceptifs et des renseignements sur le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles aux femmes en âge de procréer, d'où une baisse du taux d'avortements, une plus grande utilisation des moyens de contraception et une meilleure connaissance de la contraception et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida[11].

16. Lors des conflits, des catastrophes naturelles et autres crises, la plupart des personnes déplacées sont des femmes et des jeunes. Ces situations augmentent leur vulnérabilité face à la violence sexuelle et les exposent au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles. Ces situations d'urgence appellent une réaction rapide sous forme de campagnes d'information et d'approvisionnement en contraceptifs. Les réfugiés formés en Zambie en tant qu'éducateurs destinés à s'adresser à d'autres éducateurs ont aidé des réfugiés angolais, congolais et rwandais à prévenir l'infection par le VIH[11]. À la suite du tremblement de terre en El Salvador, une multiplication des infections sexuellement transmissibles imputables à la violence sexuelle et à l'absence d'activité scolaire a nécessité l'envoi de trousses d'urgence consacrées à la santé génésique afin de contenir la propagation possible du VIH/sida[11].

17. Les programmes de prévention du VIH/sida doivent mettre tout particulièrement l'accent sur la

protection des populations vulnérables et des groupes marginalisés, tels que les professionnels du sexe, les populations itinérantes et les personnes s'injectant des drogues par voie intraveineuse, et leur consacrer suffisamment de ressources. Un programme de vulgarisation, mis en place à Hong Kong (région administrative spéciale de Chine) et en Côte d'Ivoire, a permis de promouvoir un comportement sexuel moins risqué entre les professionnels du sexe et leurs clients, avec la pleine collaboration des établissements de l'industrie du sexe[24, 25]. Le long de la frontière entre le Guatemala et El Salvador, des centaines de conducteurs de camion et des professionnels du sexe ont reçu des conseils, une formation et de la documentation sur la prévention du VIH[11]. Une initiative sous-régionale lancée en Amérique centrale et au Mexique accorde la priorité à la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles entre les populations itinérantes, notamment les professionnels du sexe et leurs clients vivant dans des communautés frontalières ou portuaires[26]. Au Bélarus et au Brésil, des modifications législatives ont facilité le financement et la mise en oeuvre de programmes d'information sur le sida et d'échange de seringues à l'intention des toxicomanes[27].

D. Soins, aide et traitement

18. Des démarches de grande envergure visant à inverser le cours de l'épidémie lient les stratégies de soins, d'aide et de traitement à la prévention. Le VIH/sida est de plus en plus soignable grâce à la mise au point de thérapies antirétrovirales plus efficaces et aux progrès réalisés dans la gestion des infections opportunistes. Le Gouvernement brésilien a institué une politique d'accès universel aux médicaments antirétroviraux qui a fait considérablement baisser le taux de mortalité[27]. Cela dit, la thérapie antirétrovirale reste inabordable et inaccessible dans la plupart des pays en développement. Des pays tels que la République centrafricaine, l'Ouganda et le Sénégal essaient de faciliter l'accès aux soins, principalement en négociant des prix moins élevés avec les compagnies pharmaceutiques[28].

19. Une stratégie globale de soins, d'aide et de traitement va au-delà du simple traitement de la maladie. Elle comprend l'aide psychologique à apporter aux personnes infectées pour les aider à vivre avec une maladie dont l'issue est presque toujours fatale, ainsi que l'aide sociale nécessaire pour faire face aux conséquences économiques et sociales de la maladie et de la mort. Le projet « Espoir » au Brésil, dont on dit, à juste titre, le plus grand bien, prévoit des visites à domicile et des groupes d'appui psychologique pour aider les personnes touchées par le VIH/sida et leur famille. De même, le projet de soins à domicile de Sanpatong en Thaïlande offre une formation aux soins à domicile et des services d'appui tels que le Club du jeudi, un groupe d'appui destiné aux hommes et aux femmes infectées par le VIH/sida[29]. Dans la province orientale du Cap (Afrique du Sud), le projet Bambisanani applique une démarche intégrée pour venir en aide aux personnes touchées par le VIH/sida et leur famille en mettant l'accent sur les activités génératrices de revenus, en sus des soins et de la prévention[30].

20. Les services de conseil et de dépistage volontaires jouent un double rôle dans la prévention du VIH. D'une part, ils fournissent aux client des renseignements essentiels sur la façon dont ils peuvent se protéger, eux et leurs partenaires, et, d'autre part, ils sont une source de soins, de traitement et d'appui pour les personnes infectées par le VIH. En outre, ils offrent un cadre confidentiel dans lequel les gens peuvent déterminer s'ils sont ou non séropositifs et, dans l'affirmative, faire face de manière efficace aux conséquences de leur situation grâce à des services de conseil et d'orientation aux fins de l'aide psychologique et des soins médicaux. Le Centre d'information sur le sida en Ouganda, qui offre des tests de dépistage du VIH dont les résultats apparaissent le jour même, des services de conseil et une aide médicale et psychosociale continue, représente un bon modèle de démarche intégrée[31].

21. La discrimination et la stigmatisation des personnes touchées par le VIH constituent une violation flagrante des droits de l'homme et entravent les efforts de prévention en enterrant le problème et en empêchant les personnes concernées d'accéder à des services dont elles ont le plus grand besoin. Aux Philippines, la loi phare sur le sida interdit la discrimination fondée sur le statut réel ou supposé lié au VIH ainsi que le dépistage obligatoire du VIH, renforce l'assistance sociale et les services de dépistage dans le pays, et insiste sur la confidentialité du statut des personnes infectées par le VIH/sida. Le silence et la honte liés au VIH favorisent la stigmatisation de la maladie. Au Malawi et en Zambie, le projet « Greater

Involvement of People Living with HIV/AIDS » visait à accroître la visibilité du VIH/sida grâce à des témoignages personnels, à des exemples positifs, à des activités de sensibilisation, à des campagnes de prévention et à des services de conseil sur le lieu de travail, afin d'exposer le problème du sida au grand jour et de susciter une réaction efficace et humaine[32].

E. Problèmes

22. Le sida tue des millions, accroît la pauvreté, annule les acquis obtenus en matière de développement humain, affaiblit la capacité des gouvernements d'offrir et de maintenir les services essentiels, réduit l'offre et la productivité de la main-d'oeuvre, et compromet la sécurité sociale et économique. Le sida est une crise mondiale qui appelle des ressources et une volonté politique sans précédent. Il faut obtenir beaucoup plus de fonds des différentes sources et mobiliser de nouveaux partenaires[33]. Des qualités de dirigeant, un esprit d'équipe et une démarche multisectorielle sont nécessaires pour contrer efficacement le sida à l'échelle mondiale. Les programmes de santé génésique et d'hygiène sexuelle doivent incorporer des stratégies de prévention du VIH qui tiennent compte de l'évolution des comportements et des attitudes à long terme. Les produits et les traitements doivent devenir plus largement disponibles et plus abordables. Le problème aujourd'hui est de faire fond sur le nouvel engagement pris et de le traduire systématiquement dans les faits, tant dans les pays et les régions déjà touchés que dans ceux où l'épidémie est apparue plus tard mais où elle prend de l'ampleur[13].

III. Politiques et programmes concernant les droits liés à la procréation et à la santé génésique

A. Planification familiale

23. La Conférence internationale sur la population et le développement et l'Assemblée générale, à sa vingt et unième session extraordinaire, ont demandé à tous les pays d'assurer à tous l'accès à un éventail complet de méthodes de planification familiale sûres et efficaces ainsi qu'à des services de santé génésique, et d'aider les couples et toutes les personnes à décider, librement et de façon responsable, du nombre de leurs enfants et de l'espacement et du calendrier des naissances. Si la proportion de couples qui utilisent des moyens de contraception a été presque multipliée par quatre et si la fécondité dans les pays en développement a été réduite de 50 % au cours des 30 dernières années, c'est en partie grâce à l'efficacité des programmes de planification familiale[7]. Il n'empêche que dans tous les pays et dans certains pays, dans plus de 50 % des cas, nombreuses sont les femmes qui ont indiqué dans des enquêtes que leur dernière grossesse n'avait pas été désirée ou était intervenue au mauvais moment. En fait, si l'on veut que les femmes réussissent à maîtriser leurs grossesses, elles doivent avoir accès à des méthodes efficaces de régulation des naissances. Outre la contraception, il faut pour cela améliorer le niveau d'éducation, l'âge des filles au mariage, leur rôle dans la famille, éliminer les risques de violence familiale et amener leur conjoint ou partenaire à appuyer leurs objectifs pour ce qui est de la taille de la famille et de l'utilisation de moyens de contraception[34].

24. En généralisant l'accès à des services de planification familiale de qualité, les pays et collectivités peuvent réduire les grossesses non prévues, qui entraînent souvent un avortement à risque et nuisent considérablement à la santé des femmes. Le projet ACCESS du Centre d'activité pour le développement et la population du Nigéria travaille avec 10 organismes féminins dans plusieurs États à la fourniture de services communautaires de planification familiale et de santé génésique. Au Bangladesh, la santé génésique, y compris la planification familiale, fait partie de l'ensemble de services de santé de base. Cherchant à surmonter les obstacles à l'utilisation de moyens contraceptifs, le Key Social Marketing Project au Pakistan a suscité une demande pour les moyens de contraception et l'accès à des services de santé génésique grâce à des programmes de télévision, à la distribution de cassettes audio, à des groupes de discussion communautaire et à la formation de prestataires du secteur privé[5]. En République islamique d'Iran, des chefs religieux, des négociants et des enseignants ont été formés afin de lever les barrières d'ordre culturel aux services de santé génésique et de planification familiale[25].

25. Les femmes pourront planifier leur vie pour ce qui est de la procréation dans la mesure où elles auront accès à l'éventail complet de moyens contraceptifs. D'importants progrès ont été accomplis, mais il reste

beaucoup à faire pour assurer l'accès à ces moyens. C'est pourquoi le FNUAP a lancé en septembre 2000 une stratégie mondiale pour la sécurité des produits de santé génésique[23]. Comme suite à l'appel mondial en faveur d'une intervention concernant la sécurité des produits de santé génésique lancé par le FNUAP, des organisations non gouvernementales, des gouvernements, des fondations privées ainsi que des partenaires bilatéraux et multilatéraux se sont réunis en mai 2001 à Istanbul pour élaborer des mesures concrètes et immédiates concernant la sensibilisation, le renforcement des capacités nationales, le financement et les contributions de donateurs afin d'assurer des produits de santé génésique[35].

26. Une action résolue des pouvoirs publics et la levée des barrières d'ordre législatif s'imposent pour que les couples aient pleinement accès à la planification familiale. Le Portugal a modifié sa Constitution de façon à faire de la planification familiale une obligation pour l'État. Le Gouvernement mexicain a commencé de fournir gratuitement des services et moyens de contraception, répondant ainsi aux besoins de la majorité de la population. En Éthiopie, une proclamation a abrogé en 1998 la disposition du Code pénal interdisant la publicité et la promotion des moyens de contraception. La France a été le premier pays à autoriser la vente sans ordonnance de moyens de contraception d'urgence. Le Japon a pris une mesure d'importance vitale afin d'empêcher les grossesses non désirées en levant l'interdiction des contraceptifs oraux[25].

27. La plupart des pays ont encore beaucoup à faire pour assurer la santé génésique de tous leurs citoyens. Des efforts particuliers doivent encore être déployés afin d'améliorer l'information et l'accès concernant la planification familiale parmi les jeunes, les minorités ethniques, les populations rurales et autres groupes marginalisés. Il importe de lever les barrières officielles et officieuses à l'accès à la contraception telles que l'autorisation du conjoint, les restrictions en matière d'âge et la situation matrimoniale[36]. Les intéressés doivent poursuivre la dynamique du partenariat, de la solidarité et de l'engagement afin d'assurer l'accès aux produits de santé génésique. Pour pouvoir sauver des vies et protéger la santé des femmes, des hommes et des enfants, les programmes de planification familiale doivent être pleinement intégrés aux programmes de santé génésique afin d'élargir leur portée, d'améliorer la qualité et d'offrir un éventail complet de services aux hommes et aux femmes[7].

B. Mortalité et morbidité maternelles

28. Selon les estimations, 515 000 femmes en âge de procréer meurent chaque année à cause de complications liées à la grossesse et à l'accouchement[37]. Le manque de soins pendant la grossesse et l'accouchement est une cause de décès et compromet la santé et la survie des enfants qui leur survivent. La plupart de ces décès pourraient être évités grâce à des soins appropriés et à l'amélioration de l'état de santé et nutritionnel des adolescentes, qui sont particulièrement exposées aux risques de mortalité maternelle. La Conférence internationale sur la population et le développement, la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes et la réunion technique sur la maternité sans risques, tenue à Colombo (Sri Lanka), se sont intéressées particulièrement aux questions suivantes : réduction de la mortalité maternelle dans le contexte des droits de l'homme grâce à la démarginalisation des femmes; allongement de l'âge au mariage et à la première naissance; fourniture de soins compétents lors de l'accouchement; amélioration de l'accès à des services de santé maternelle de qualité; prévention des grossesses non désirées et problème des avortements non médicalisés[38]. Plus récemment, la Déclaration de Bamako a proclamé en 2000 la volonté des principaux acteurs nationaux et internationaux d'accélérer les mesures visant à réduire sensiblement la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, dans le cadre des droits liés à la procréation[39].

29. La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles exige des approches multisectorielles dont, outre des mesures dans le domaine de la santé, des interventions dans les domaines de l'éducation, de la législation et de la sensibilisation. Les études effectuées notamment en Tunisie, à Sri Lanka, dans l'État du Kerala (Inde), à Cuba, en Chine et dans l'ex-Union soviétique ont établi que la morbidité et la mortalité maternelles pouvaient être réduites grâce à l'effet conjugué d'interventions combinées : éducation pour tous; accès généralisé aux services de santé de base et à l'alimentation avant, pendant et après la naissance; possibilité d'utilisation de services de

planification familiale; présence d'accoucheurs compétents à la naissance; accès à des soins de qualité en cas de complications. En Ouganda, un programme d'aide d'urgence en zone rurale a permis de réduire le nombre de décès maternels et d'augmenter le nombre d'accouchements accompagnés grâce à un système d'orientation vers des soins d'obstétrique faisant appel aux sages-femmes traditionnelles, aux dispensaires et aux hôpitaux[40]. La Malaisie et Sri Lanka ont réalisé des progrès en accordant la priorité aux soins de maternité dans la réforme de leurs services de santé[41]

30. Si une personne compétente est présente lors de l'accouchement, la mère a plus de chances d'éviter des complications graves et de recevoir les soins requis rapidement. Ces personnes compétentes doivent bénéficier de fournitures et de matériel appropriés, de réglementations les autorisant à procéder aux actes nécessaires ainsi que d'une supervision et d'un suivi constructifs. Grâce à la formation de médecins à l'obstétrique et à l'anesthésiologie, l'accouchement assisté par des personnes compétentes et l'accès à des soins obstétriques de base se sont améliorés au Bangladesh. En outre, les centres de santé maternelle et infantile ont été modernisés de façon à offrir des services complets, notamment en matière d'obstétrique. De même, du personnel médical et infirmier de 13 provinces marocaines a été formé à des techniques qui sauvent des vies et cinq centres de santé ont été dotés des instruments chirurgicaux et du matériel de stérilisation nécessaires pour que le personnel sanitaire puisse administrer des antibiotiques et des antiépileptiques, participer aux accouchements et pratiquer des césariennes et des transfusions sanguines[42]. Au Ghana, la formation d'accoucheuses aux procédures salvatrices et la responsabilité principale qui leur est accordée dans la fourniture de services ont permis de réduire le recours à des niveaux supérieurs du système de santé[43]. De nombreux autres pays, dont l'Afghanistan, le Honduras, l'Iran, la Mauritanie, le Rwanda et le Yémen, forment des médecins aux soins obstétriques essentiels[44].

31. Pour ce qui est des soins maternels, le défi consiste à réorienter les programmes sur des interventions prioritaires et à mobiliser des ressources suffisantes pour les exécuter. Davantage de ressources ont été consacrées aux soins prénatals qu'à la gestion des complications en cours d'accouchement et aux soins suivant immédiatement l'accouchement[45]. Et pourtant, les complications et les décès surviennent dans la grande majorité des cas pendant et immédiatement après l'accouchement, à cause de complications soudaines et imprévues, ainsi qu'à cause d'avortements non médicalisés. Les professionnels de la santé – sages-femmes, obstétriciens, médecins de santé publique – ont un rôle central à jouer dans l'exécution d'interventions prioritaires telles que la mise à la disposition du personnel qualifié de compétences obstétriques de base et de l'appui requis en matière d'orientation, de logistique, de gestion et de supervision[38].

C. Infections sexuellement transmissibles

32. À travers le monde, l'incidence élevée des infections sexuellement transmissibles (IST) constitue un grave problème de santé publique. Dans un grand nombre de pays passés en revue, six femmes sur 10 avaient une IST. Des facteurs culturels et des différences anatomiques font que les femmes sont plus vulnérables que les hommes à ces infections. De ce fait, elles sont exposées à des risques de stérilité, de cancer du col de l'utérus, d'avortement spontané, d'infection congénitale et à d'autres graves problèmes de santé[36]. Investir dans la prévention des IST est très rentable, surtout si l'on considère les avantages que cela présente pour la réduction de la transmission du VIH. Toutefois, l'efficacité en matière de prévention et de prise en charge des IST est entravée par le fait que de nombreux cas sont asymptomatiques; que les individus ne cherchent pas à se faire soigner ou à notifier leurs partenaires; que les services en la matière ne sont pas disponibles ou adaptés; que les individus ne savent rien de ces infections – de leurs causes et de leurs symptômes, de la façon dont elles sont soignées et de leurs conséquences éventuelles; et que les traitements prescrits sont en deçà de la norme[46]. En outre, de nombreuses campagnes de prévention des IST et du VIH/sida sont fondées sur la négociation de l'utilisation du préservatif entre les partenaires, qui part de la fausse hypothèse de l'égalité entre les hommes et les femmes. Ces dernières ne sont peut-être pas en mesure d'insister sur l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention des IST en partie du fait de leur statut social plus faible et de leur dépendance financière vis-à-vis des hommes[40].

33. Comme on l'a indiqué à la Conférence internationale sur la population et le développement et à la vingt et unième session extraordinaire de

l'Assemblée générale, les programmes de santé en matière de procréation jouent un rôle crucial dans la réduction des IST, y compris du VIH/sida. Le Mozambique et le Burkina Faso ont ajouté la prévention et la prise en charge des IST, y compris du VIH/sida, aux services de planification familiale[7]. Aux Philippines, la Women's Health Care Foundation assure l'accès aux services de santé en matière de procréation, notamment au test de dépistage du VIH/sida, ainsi qu'un service de téléassistance pour répondre aux questions sur les IST et la sexualité[43].

34. Les chercheurs se sont récemment penchés sur le développement des technologies de contraceptifs féminins, y compris le préservatif féminin et les microbicides vaginaux. Le FNUAP a fourni des préservatifs féminins à 27 pays dont l'Afrique du Sud, l'Angola, la Mongolie et le Zimbabwe[21]. Au Lesotho, le Japan Trust Fund a aidé des associations de planification familiale à encourager l'utilisation du préservatif féminin[47]. En Thaïlande, les professionnelles du sexe ont enregistré une diminution de 34 % des IST du fait de l'utilisation du préservatif féminin. Il ressort de la même étude que les professionnelles du sexe qui avaient accès à la fois au préservatif féminin et au préservatif masculin risquaient moins de se livrer à des rapports non protégés que celles qui n'avaient accès qu'au préservatif masculin[27]. Des études d'acceptabilité dans sept pays, dont le Brésil, l'Inde, l'Ouganda, la Thaïlande et le Zimbabwe, ont confirmé que les femmes estimaient qu'elles avaient besoin d'urgence d'une méthode de prévention qu'elles pouvaient contrôler. Les microbicides suscitent de plus en plus d'intérêt comme en témoignent la formation de l'Alliance of Microbicide Development, le lancement du Global Microbicide Project de la Fondation Gates en 2000 et la convocation de la première grande conférence scientifique mondiale sur les microbicides en 2000[48], [49].

35. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles et la prise en charge efficace des cas constituent une composante essentielle des programmes de prévention du VIH et de lutte contre l'infection[50]. Les gouvernements en prennent de plus en plus conscience. Le Gouvernement zimbabwéen lutte contre une grave épidémie de VIH/sida dans la ville frontalière de Mutare en mettant l'accent sur le traitement des IST et sur la recherche des partenaires des patients, l'éducation par les pairs, la sensibilisation des professionnelles du sexe, la distribution de préservatifs et un programme de soins axé sur le préservatif[51]. En Ouganda, le Gouvernement a lancé une campagne nationale pour traiter les IST en insistant sur le rôle essentiel que jouent ces infections dans la propagation du VIH/sida.

D. Santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation

36. La Conférence internationale sur la population et le développement a marqué une étape décisive dans la reconnaissance des besoins des adolescents et de la nécessité de promouvoir leur santé en matière de sexualité et de procréation. Au cours de la période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte, les jeunes sont soumis à des pressions sociales et à des attentes de leurs pairs qui les amènent à adopter des comportements à risque. Leur connaissance limitée des questions de santé en matière de sexualité et de procréation rend les adolescents vulnérables aux IST, y compris le VIH/sida, aux grossesses indésirées, à l'exploitation sexuelle et à la violence. La moitié de toutes les nouvelles infections au VIH, soit plus de 7 000 par jour, touche les jeunes de 15 à 24 ans[52]. Ces chiffres montrent combien il importe d'assurer aux jeunes une éducation et des services de santé en matière de sexualité appropriés qui tiennent compte des réalités culturelles.

37. Dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, l'information, l'éducation et la communication sont considérées comme les meilleurs moyens de motiver les jeunes et de les aider à changer leur comportement et à prendre des décisions responsables en toute connaissance de cause au sujet de leur santé en matière de sexualité et de procréation. Les compétences interpersonnelles et l'accompagnement psychologique constituent des éléments fondamentaux pour traiter les questions délicates de planification familiale et de prévention des IST, y compris le VIH/sida. À Sri Lanka, une enquête a montré que la moitié seulement des jeunes de 15 à 29 ans savaient que les préservatifs protégeaient du VIH/sida et d'autres maladies. Face à ce constat, une vaste campagne d'information sur la santé en matière de sexualité et de procréation a été organisée à l'intention de plus de 100 000 jeunes dont 32 000 ont bénéficié de conseils spécifiques. Les stratégies d'information, d'éducation et de

communication en Mongolie ont porté sur une discussion de questions telles que les rendez-vous, les relations familiales et la santé en matière de procréation dans *Love*, le magazine le plus populaire parmi les adolescents. Au Soudan, le projet « In-and-Out of School » est axé sur les milliers de jeunes qui sont contraints de quitter leur foyer en raison du conflit armé, et auprès desquels est menée une action éducative portant sur la santé en matière de procréation au moyen d'une exposition mobile dans des camps de jeunesse[25]. Dans le cadre de l'éducation de type scolaire, l'Autorité palestinienne a intégré les questions relatives à la santé en matière de procréation et les questions relatives aux sexospécificités dans les programmes scolaires et les programmes d'alphabétisation des adultes, de formation des enseignants et d'éducation des jeunes[53].

38. Du fait de la diversité qui caractérise les adolescents et les jeunes, notamment leurs conditions de vie, différentes approches et stratégies de communication utilisant différents points d'impact sont nécessaires pour les atteindre. « Scénarios du Sahel », projet de prévention actuellement mis en oeuvre au Sénégal, au Mali et au Burkina Faso, sont une série de courts métrages éducatifs sur les questions de procréation et de sexualité par des réalisateurs africains de renom, sur la base de thèmes soumis par des jeunes. Dans la même veine, un groupe théâtral de jeunes à Vanuatu a joué des pièces sur divers sujets de santé en matière de procréation, notamment la transmission des IST, ce qui a incité de plus en plus de jeunes à se rendre dans les dispensaires[53].

39. Outre les stratégies d'information, d'éducation et de communication, les initiatives de prévention portent sur la prestation de services répondant aux besoins des adolescents pour permettre à ceux d'entre eux qui sont sexuellement actifs d'avoir un comportement sain et responsable. Au Kenya, 11 dispensaires ont été transformés en services « sensibles aux besoins de jeunes » grâce à une prolongation des heures d'ouverture et à l'aménagement de salles de consultation spécialement réservées aux jeunes. En Angola, des centres de santé accueillants pour les jeunes ont été créés et des pairs-conseillers ont été formés, ce qui a incité des milliers d'adolescents à rechercher des conseils sur les soins prénatals, la planification familiale et le diagnostic des IST. En Équateur, un réseau national de centres de santé et de planification familiale a réorganisé ses dispensaires pour réserver aux adolescents un espace qui leur est propre, élargi les heures d'ouverture pour tenir compte des horaires scolaires et des horaires de travail, et fixé des tarifs de consultation préférentiels pour les adolescents[5]. Un projet d'information pour les jeunes en Algérie intègre à ses activités la formation des prestataires de services des centres de santé pour qu'ils apprennent à traiter avec les jeunes et à leur fournir les informations et les soins dont ces derniers ont besoin pour protéger leur santé en matière de procréation[53]. Au Botswana, des services de santé sensibles aux besoins des jeunes sont intégrés aux activités de centres polyvalents de la jeunesse qui fournissent aux jeunes des informations et des conseils leur permettant de prendre des décisions responsables en matière de sexualité[36].

40. La santé en matière de sexualité et de procréation reste une question délicate pour de nombreux parents, enseignants et prestataires de soins. En outre, dans de nombreux pays, les lois et les politiques empêchent les adolescents de bénéficier de services de santé en matière de procréation et d'éducation sexuelle. Les services sensibles aux besoins des jeunes sont peu nombreux et de portée limitée. Pour que ces services soient utilisés et vraiment pris en considération, il faudrait que les adolescents soient associés à tous les aspects de la programmation. Par ailleurs, les activités d'information, d'éducation et de communication sont souvent dissociées de la prestation des services et il importe que les éducateurs et les prestataires intègrent ces éléments pour répondre plus efficacement aux besoins des adolescents. Pour combler l'écart entre l'échange d'informations et la prestation des services, il faudra former les prestataires de services de santé et les éducateurs sanitaires et leur apprendre à tenir compte des besoins des jeunes[5].

E. Égalité entre les sexes et responsabilisation des femmes

41. La vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes ont souligné que l'égalité entre les sexes est un aspect des droits de l'homme et que responsabiliser les femmes, c'est assurer la mise en place d'une société viable et équitable[40]. Néanmoins, les deux tiers des 110 millions d'enfants non scolarisés sont des filles et près des deux tiers des 875 millions d'analphabètes adultes sont des femmes. L'éducation

des filles est essentielle pour un développement humain viable et pour permettre à ces dernières de mieux se protéger du VIH/sida et d'autres maladies, de la violence sexuelle, de l'exploitation économique, de la pauvreté et de la faim. L'éducation des filles permet une participation plus grande des femmes au niveau de la direction et de la prise des décisions et assure l'équité future entre les sexes. L'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles a été lancée en 2000 afin de dispenser aux filles une éducation de qualité partout dans le monde. De nombreux pays, dont l'Égypte, le Népal et le Malawi, se sont engagés à l'appuyer et ont mis en place des programmes pour y donner suite[54].

42. La dépendance économique des femmes et, dans de nombreuses sociétés, le fait qu'elles sont privées du droit à la propriété ou de l'accès aux finances les ont longtemps empêchées de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles. La pauvreté a un effet particulièrement destructeur sur la santé des femmes, y compris sur leur santé génésique et sexuelle. La majorité des personnes vivant dans la pauvreté absolue sont des femmes[40]. En outre, les femmes continuent à être terriblement sous-représentées dans les postes de responsabilité et de décision. Leur point de vue n'est donc pas pris en compte lors de l'établissement des programmes et politiques en matière de procréation. Pour remédier à cet état de choses, la République dominicaine et le Pérou ont créé des mécanismes institutionnels (ministères ou bureaux de la condition féminine, par exemple) et des services de formation pour développer les qualités d'animatrice politique des femmes et leur permettre de prendre part aux processus législatifs qui ont été mis en place en Bolivie, en Équateur, en El Salvador, dans la République dominicaine et au Venezuela[43].

43. Étant donné que les hommes ont le pouvoir d'infléchir l'opinion sociale dans la plus grande partie du monde, ce n'est qu'avec leur appui qu'on réussira à instaurer l'égalité et l'équité entre les sexes et à responsabiliser les femmes[35]. Les hommes peuvent jouer un rôle important en protégeant la santé génésique et sexuelle des femmes de leur famille, comme le montre l'exemple du Pakistan où des équipes d'éducateurs communautaires ont axé leur action sur les hommes afin de promouvoir la planification familiale par des visites à domicile, la distribution de contraceptifs et l'orientation vers des services de consultation. Non seulement les hommes se sont montrés réceptifs à la planification familiale mais ils ont encouragé les éducatrices à parler à leurs femmes[40]. De même, une campagne médiatique de masse lancée en Ouganda a incité les hommes à se soucier davantage de la planification familiale et de la santé maternelle[25].

44. La violence contre les femmes et les filles a ses racines profondes dans la condition inférieure des femmes. Le Programme d'action de Beijing[55] a précisé que « dans toutes les sociétés, à des degrés divers, les femmes et les petites filles sont victimes de violences physiques, sexuelles et psychologiques, quels que soient leur revenu, leur classe sociale et leur culture... La violence à l'égard des femmes constitue une violation des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes et empêche partiellement ou totalement celles-ci de jouir de ces droits et libertés » (par. 112). Cette violence englobe des violations très diverses des droits fondamentaux des femmes, dont la traite des femmes et des filles, le viol, les violences à l'égard de l'épouse, l'exploitation sexuelle des enfants, et les pratiques et traditions nocives portant irréparablement préjudice à la santé génésique et sexuelle des femmes et des filles, les exposant aux maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida. Cette violence s'inscrit dans un contexte plus large de discrimination contre les femmes sur le plan de l'éducation, des ressources et de la prise de décisions dans la vie publique et privée[56].

45. Les pays ont commencé à s'attaquer au problème difficile de la violence à l'égard des femmes qui sévit souvent dans le silence et le déni de la gravité des conséquences qu'a cette violence pour la santé dans toutes les couches de la société. Au Maroc, un projet de recherche entrepris avec le Ministère de la justice cherche à déterminer les incidences de la violence familiale et à mettre en évidence les tendances profondes et les groupes les plus vulnérables. On se servira des résultats pour sensibiliser les décideurs afin qu'une action concertée soit entreprise dans le cadre d'une intervention communautaire et d'un système d'orientation. Des ateliers novateurs de sensibilisation des hommes à la violence contre les femmes ont réuni au Kenya des policiers, ainsi que des directeurs et directeurs adjoints de la police[40]. De nombreux pays, dont l'Afrique du Sud, la Belgique, les Bermudes, le Honduras, le Mexique, la République dominicaine et le Venezuela, ont récemment adopté une législation en matière de violence familiale[43]. Un plan national

d'action sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes a été lancé en Indonésie en 2000[25].

46. La pratique de la mutilation génitale féminine viole le droit fondamental à la santé et à l'intégrité corporelle. Elle est nocive pour la santé génésique et sexuelle des femmes et peut contribuer à la propagation du VIH/sida par la déchirure du tissu vaginal cicatriciel[57]. En Afrique, les efforts déployés pour éliminer la mutilation génitale féminine vont des lois criminalisant la procédure à des programmes d'éducation et de vulgarisation. Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Djibouti, le Ghana, la Guinée, la République centrafricaine, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et le Togo ont tous interdit cette pratique[20]. Toutefois, la législation n'est pas en elle-même suffisante. Encore faut-il lutter contre les attitudes et les croyances sociales. Dans le district de Kapchorwa en Ouganda, les membres de la Sabiny Elders' Association et les chefs de clan ont été sensibilisés aux effets nocifs de cette mutilation et éduquent à leur tour la communauté en proposant de remplacer cette pratique par des cadeaux symboliques et d'autres festivités. La même approche soucieuse de respecter la culture est adoptée au Mali et ailleurs.

47. L'exploitation sexuelle et la traite des enfants sont un problème mondial qui touche 10 millions d'enfants sur le marché du sexe et livre chaque année 2 millions de filles âgées de 5 à 15 ans à ce commerce. La mondialisation a de graves répercussions sur la situation économique de nombreuses femmes en Asie qui, pour échapper à la pauvreté dans leur pays, se laissent souvent entraîner dans le commerce du sexe. Pour réagir face à ce problème croissant, le Conseil national cambodgien pour les enfants a lancé un plan national quinquennal contre la traite et l'exploitation sexuelle. Au Bénin, le projet concernant les enfants nécessitant une protection spéciale suscite une sensibilisation à la traite et à l'exploitation sexuelle auxquelles les enfants sont contraints et aux risques auxquels ils ont à faire face[58]. Pour combattre ce problème, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a appuyé au Népal la mise en place d'un système de surveillance parajuridique et communautaire dans 14 districts[59].

IV. Partenariats

48. Afin d'atteindre les objectifs fixés par la Conférence internationale sur la population et le développement, de vastes alliances ont été mises en place pour promouvoir la santé génésique. Le Partenariat international contre le VIH/sida en Afrique a été constitué pour fournir l'appui financier et technique ainsi que l'aide nécessaire en matière de gestion afin de renforcer les conseils nationaux contre le sida, notamment au Botswana, au Mozambique, au Nigéria, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe[60]. Un projet quinquennal est exécuté par l'Alliance pour la jeunesse africaine, avec l'appui technique du FNUAP et un don de 57 millions de dollars provenant de la Bill and Melinda Gates Foundation, pour renforcer les efforts visant à protéger les jeunes du VIH/sida dans quatre pays d'Afrique[25]. La Fondation des Nations Unies a alloué 23 millions de dollars à divers partenaires, dont le FNUAP, pour appuyer des programmes mondiaux dans le domaine de la santé génésique et empêcher l'infection à VIH parmi les jeunes[53]. L'initiative « accès aux médicaments » lancée par sept des grandes sociétés pharmaceutiques mondiales vise à ménager un accès accru aux traitements et aux soins contre l'infection au VIH. En particulier, Bristol-Myers Squibb a annoncé une contribution sans précédent de 100 millions de dollars étalée sur cinq ans pour lutter contre l'épidémie du VIH/sida en Afrique du Sud, en Namibie, au Lesotho, au Swaziland et au Botswana[61]. ONUSIDA s'est associé à MTV pour susciter une prise de conscience du VIH/sida chez les milliards de jeunes spectateurs dans le monde entier[62].

49. Les réseaux d'organisations de la société civile ont pris une importance croissante depuis la Conférence mondiale sur la population et le développement. L'Initiative en matière de santé génésique constitue un partenariat novateur entre la Commission européenne, le FNUAP et des organisations non gouvernementales internationales et locales visant à améliorer l'information et les services en matière de santé génésique dans sept pays d'Asie[25]. La Fédération internationale pour le planning familial (région de l'hémisphère occidental) a lancé un partenariat Sud-Nord pour améliorer les communications et l'échange de données d'expérience, de stratégies et de modèles de programmes dans le domaine de la santé génésique et sexuelle entre des ONG du Nord et du Sud[63].

50. La collaboration interinstitutions au sein du système des Nations Unies a également été utile pour promouvoir une action collective à l'appui des

objectifs définis dans le Programme d'action de la Conférence. L'UNICEF, le FNUAP et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) collaborent à un projet ayant pour objet de permettre à des adolescentes de 17 pays d'Asie, d'Afrique et du Moyen-Orient d'exercer leurs droits au développement et à la participation[64]. Ces mêmes organisations ont institué un Comité de coordination pour la santé visant à accroître le partenariat et elles ont lancé, avec l'aide d'ONUSIDA, une initiative interinstitutions mondiale pour réduire la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant. Pour améliorer la qualité des soins, l'OMS et le FNUAP ont collaboré à la publication d'un nouveau manuel de référence indiquant les critères médicaux à respecter pour la prescription de divers types de contraceptifs afin d'aider les femmes à déterminer lequel est le plus sûr et le mieux adapté à leur cas[25].

51. Le partenariat est apparu comme fondamental pour appuyer et favoriser la mise en oeuvre du Programme d'action. La collaboration se heurte toutefois souvent à de nombreuses contraintes : insuffisance des ressources financières, manque de motivation, insuffisance de la capacité institutionnelle et protection des groupes d'intérêts. Pour que les institutions de la société civile deviennent des partenaires plus actifs et efficaces dans le domaine de la santé génésique, il est essentiel de renforcer les capacités grâce à une assistance financière et technique. Les gouvernements, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, les organisations internationales et d'autres devraient multiplier leurs efforts pour repérer les domaines de coopération et promouvoir des modalités novatrices afin de parvenir à une synergie des programmes, en particulier en ce qui concerne la prestation de services en matière de santé génésique[65].

V. Conclusions

52. Ce tour d'horizon des politiques et programmes montre de nets progrès sur le plan de l'amélioration des droits dans le domaine de la procréation et de la santé génésique, s'agissant en particulier du VIH/sida. Les efforts pour développer les droits de l'homme continuent à s'appuyer sur l'élan imprimé par la Conférence internationale sur la population et le développement et la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale. On a progressé dans la promotion et la mise en oeuvre d'une approche plus complète de la santé génésique. L'action collective plus vaste de lutte contre le VIH/sida regroupe tous les aspects des interventions, depuis la volonté politique jusqu'à la prévention, les soins et l'appui. Les activités visant à intégrer la prévention des maladies sexuellement transmissibles, du VIH et du sida dans les programmes de santé génésique et sexuelle se sont intensifiées. Les programmes de planification familiale mettent des services et des contraceptifs plus nombreux à la disposition des utilisateurs, ce qui donne à ces derniers une plus grande latitude en matière de choix et de prise de décisions. Les pays s'efforcent de réduire les décès maternels en améliorant les services de soins de santé de façon que les soins essentiels et obstétriques soient plus largement accessibles, en formant les prestataires de services de santé, en fournissant des services de transport aux femmes et en incitant les communautés à utiliser pleinement ces services. Les programmes de santé génésique et sexuelle destinés aux adolescents prévoient des activités de plaidoyer, d'information, d'éducation et de communication et des services axés sur les jeunes afin de les aider à rester en bonne santé. On a mis davantage l'accent sur la responsabilisation des femmes afin d'améliorer leur santé génésique et sexuelle. Des partenariats ont été constitués pour tirer davantage parti des atouts des diverses organisations, institutions, entreprises et gouvernements. Ces alliances mondiales permettront de veiller à ce que les hommes, les femmes et les familles disposent de l'information, des services et des éléments divers dont ils ont besoin pour opérer, en pleine connaissance de cause, un choix libre et responsable dans le domaine de leur santé génésique et sexuelle, ce qui est un de leurs droits fondamentaux.

Notes

[1] *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.

[2] Voir résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe; et Fonds des Nations Unies pour la population, *L'état de la population mondiale, 2000* (New York, FNUAP, 2000).

[3] Résolution S-26/2 de l'Assemblée générale, annexe.

[4] Voir FNUAP, *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health*

Programmes Including Women's Empowerment, Male Involvement, and Human Rights (New York, FNUAP, 1998).

[5] Voir Family Care International, New York, 1999, *Meeting the Cairo Challenge, Progress in Sexual and Reproductive Health.*

[6] Voir FNUAP, « Interregional Project on Quality of Care Concept Paper », 2001.

[7] Voir FNUAP, *L'état de la population mondiale, 1999* (New York, FNUAP, 1999).

[8] Voir FNUAP, *A Focus on Population and Human Rights*, (New York, FNUAP, 1998).

[9] Groupe des Nations Unies pour le développement, « Guidance note on HIV/AIDS », août 2001.

[10] Voir FNUAP, « HIV prevention now », Programme brief No 1.

[11] « Preventing Infection, Promoting Reproductive Health: UNFPA's Response to HIV/AIDS » (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.01.III.H.4).

[12] Voir ONUSIDA : « AIDS epidemic update: December 2000 », 2000.

[13] Voir ONUSIDA : « AIDS epidemic update: December 2001 », 2001.

[14] Voir Union interparlementaire, communiqué de presse intitulé « Résolutions sur le VIH/sida, les enfants et la situation dans les territoires arabes occupés adoptées par la 106e Conférence interparlementaire », Ouagadougou, 14 septembre 2001, No 7.

[15] Voir ONUSIDA, « L'éducation pour le sida – un combat contre l'ignorance », aide-mémoire de la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida, 2001.

[16] Voir ONUSIDA, « Prévenir le VIH/sida », aide-mémoire de la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida, 2001.

[17] Voir ONUSIDA, *Condom Social Marketing: Selected Case Studies*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA (Genève, 2000).

[18] Voir rapport du Directeur exécutif du Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA, mai 2001.

[19] Voir ONUSIDA, *The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of the Benefits and Challenges*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA (Genève, 2001).

[20] Voir Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *le Progrès des Nations* (New York, UNICEF, 2000).

[21] Voir rapport du Directeur exécutif du FNUAP (DP/FPA/2001/9) intitulé « Projet de contribution du FNUAP au plan stratégique de lutte du système des Nations Unies contre le VIH/sida pour 2001-2005 », 27 avril 2001.

[22] Voir site Web de l'UNICEF (<http://www.unicef.org/programme/hiv/focus/youth/youth.html>) 2001.

[23] Voir ONUSIDA, *Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA (Genève, 1999).

[24] Voir ONUSIDA, « Récapitulatif des meilleures pratiques », première édition, 1999.

[25] Voir FNUAP, *Rapport annuel, 2000* (New York, 2000).

[26] Voir ONUSIDA, *Le rapport de l'ONUSIDA, 1999* (Genève, 1999).

[27] Voir ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida* (Genève, juin 2000).

[28] Voir rapport du Directeur exécutif du Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA, décembre 2000.

[29] Voir ONUSIDA, *Espoir et réconfort, Six études de cas sur la prise en charge du VIH/sida mobilisant les personnes séropositives et les malades, les familles et les communautés, ONUSIDA, Étude de cas* (Genève, 1999).

[30] Voir ONUSIDA, *Reaching out, Scaling Up*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA (Genève, 2001).

[31] Voir ONUSIDA, *Savoir c'est pouvoir : le conseil et le test VIH volontaires en Ouganda*, ONUSIDA, Étude de cas (Genève, 1999).

[32] Voir ONUSIDA, *Le rapport de l'ONUSIDA* (Genève, 1999).

[33] Voir Roundtable 4: International funding and cooperation, 2001.

[34] Voir FNUAP *Espoirs et réalités : pour réduire l'écart entre les aspirations des femmes et leur expérience de la procréation*, (New York, 1999).

[35] Réunion sur le thème : Moving forward together from Istanbul to secure reproductive health supplies, Istanbul, 2001.

[36] Voir FNUAP, *Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction* (New York, 2000).

[37] Voir Mortalité maternelle en 1995 : évaluation de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP (WHO/RHR/01.9), 2001.

[38] Voir Family Care International, *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade* (New York, 1998).

[39] FNUAP, « Making safe motherhood a reality », rapport annuel 2000 à l'Université Columbia, 2001.

[40] Voir FNUAP, *Working to Empower Women, UNFPA's experience in Implementing the Beijing Platform of Action* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.00.III.H.2).

[41] Voir E. Goodburn et D. Campbell « Reducing maternel mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key », *British Medical Journal*, vol. 322 (2001), p. 917 à 920.

[42] FNUAP, *Future Generations Ready for the World* (New York, 2001).

[43] Voir FNUAP, *L'état de la population mondiale 2000* (New York, 2000).

[44] Voir FNUAP, *Maternal mortality update, 1998-1999: A Report on UNFPA Support for Maternal Mortality Prevention* (New York, 2001).

[45] Voir Banque mondiale, *Safe Motherhood and the World Bank: Lessons from Ten Years of Experience* (Washington, juin 1999).

[46] ONUSIDA, Lutte contre les MST : mesures de santé publique, *The public health approach to STI control*, ONUSIDA actualisation, 1998.

[47] Voir le *Rapport annuel* de la Fédération internationale pour la planification familiale, *Annual Report*, Londres, 2000.

[48] Voir Conseil de population et International Family Health, *The Case for Microbicides: A Global Priority*, New York et Londres, 2000.

[49] Réunion du Consortium for Industrial Collaboration in Contraceptive Research, Washington, avril 2000.

[50] Voir ONUSIDA et OMS, Consultations on STI Interventions for Preventing HIV: What is the Evidence? UNAIDS Best Practice Collection (Genève, 2000).

[51] Centre pour les droits et les politiques en matière de santé et de reproduction, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York et Washington, 2001).

[52] ONUSIDA, « Prévention du VIH/sida auprès des jeunes », (aide-mémoire de la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida, 2001).

[53] Voir FNUAP, *Rapport annuel 1999*, New York, 1999.

[54] UNICEF, Initiative des Nations Unies pour les petites filles, 2000.

[55] *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.96.IV.13), chap. I, résolution 1, annexe II.

[56] Voir FNUAP, *Violence against Girls and Women: A Public Health Priority* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.99.III.H.3).

[57] Voir FNUAP, *Women's Empowerment and Reproductive Health: Links throughout the Life Cycle* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.00.III.H.3).

[58] Voir « Child protection, child trafficking », site Web de l'UNICEF (<http://unicef.org/programme/cprotection/focus/trafficking/measures.htm>), 2001.

[59] Voir « Implementation of the Beijing Platform for Action: violence against women », site de l'UNICEF (<http://www.unicef.org/programme/gpp/new/beijing5/index.htm>), 2001.

[60] Voir ONUSIDA, « Le partenariat international contre le sida en Afrique », aide-mémoire de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, 2001.

[61] Voir ONUSIDA, « Accelerating access to HIV/AIDS care, treatment and support », progress report, septembre 2001.

[62] Voir ONUSIDA, « Les Nations Unies à l'oeuvre dans la lutte contre le sida », aide-mémoire de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, 2001.

[63] Fédération internationale pour le planning familial, « South-North Partnerships », *Newsletter for Donors*, vol. 2, No 2 (avril 2000).

[64] Voir « Meeting the participation and development rights of adolescent girls », concept paper, 2000.

[65] Voir FNUAP, Hague Forum background paper, intitulé « A five-year review of progress towards the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development », chap. V intitulé « Building partnerships », 1999.