



## Conseil économique et social

Distr. générale  
31 janvier 2011  
Français  
Original : anglais

### Commission de la population et du développement

#### Quarante-quatrième session

11-15 avril 2011

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, centré sur la fécondité, la santé procréative et le développement

#### Rapport du Secrétaire général

#### *Résumé*

Le présent rapport sur le suivi des programmes de population, centré sur la fécondité, la santé procréative et le développement, a été établi comme suite au programme de travail pluriannuel thématique et hiérarchisé adopté par la Commission de la population et du développement et approuvé par le Conseil économique et social dans sa décision 2009/239. Dans sa décision 2009/101, la Commission a décidé que le thème spécial de sa quarante-quatrième session en 2011 serait le suivant : « Fécondité, santé procréative et développement ».

Le présent rapport analyse les interrelations entre fécondité, santé procréative et sexuelle, développement et droits de l'homme. Il examine les travaux en cours, les avancées significatives dans les engagements à divers niveaux, les partenariats, ainsi que les expériences et enseignements tirés de divers programmes. À cet effet, le présent rapport met en lumière les travaux et actions qui demeurent nécessaires pour accélérer les progrès, traduire dans les faits la promesse d'un accès universel à la santé procréative et sexuelle et toucher les laissés pour compte.

\* E/CN.9/2011/1.



## Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction . . . . .	3
II. Fécondité, santé procréative et sexuelle, développement et droits de l'homme . . . . .	4
III. Santé procréative et sexuelle et système de soins de santé . . . . .	6
IV. La promesse non tenue de l'accès universel : le défi de toucher les laissés pour compte . . . . .	7
V. Travaux en cours : engagements et partenariats . . . . .	11
VI. Travaux en cours : les programmes sur le terrain . . . . .	14
VII. Les défis de la mise en œuvre du programme . . . . .	17
VIII. Comment accélérer les progrès? . . . . .	19

## I. Introduction

1. Le Programme d'action<sup>1</sup> adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement organisée au Caire en 1994, a fait prendre conscience de l'importance des droits de l'homme, de l'égalité des sexes, d'un concept plus large de la santé procréative et sexuelle, de la sexualité et de la parentalité dans l'agenda de la population et du développement. Durant les 16 années de mise en œuvre du Programme d'action, beaucoup de succès et d'avancées ont été enregistrés. Mais d'importantes lacunes subsistent, qui nécessitent davantage d'attention, d'action et de financement internationaux.

2. La mise en œuvre du Programme d'action est intimement liée aux efforts mondiaux visant à éradiquer la pauvreté et parvenir au développement durable. Les droits de l'homme, la santé procréative et sexuelle et les droits liés à la procréation, et l'égalité des sexes façonnent la dynamique démographique et sont des aspects importants du développement et de la durabilité. En réponse à la demande de la Commission de la population et du développement, le présent rapport examine les avancées dans la mise en œuvre du Programme d'action dans le domaine de la fécondité, de la santé procréative et sexuelle et du développement. Il se décompose en huit sections. La section II commence par un examen des interrelations entre fécondité, santé procréative et sexuelle, développement, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement, et les droits de l'homme. La section III analyse un ensemble essentiel de services de santé procréative et sexuelle liés au système de soins de santé. La section IV est consacrée aux progrès sur la voie de la cible des objectifs du Millénaire pour le développement : offrir un accès universel à la médecine procréative et toucher les laissés pour compte. Il ne s'agit pas seulement d'un impératif lié aux droits de l'homme : la réduction des disparités et l'atteinte des exclus détermineront grandement le degré de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, y compris la réduction de la pauvreté. Ils joueront également un rôle décisif dans l'éventuelle stabilisation plus rapide que prévue de la population mondiale, avec un impact considérable sur la durabilité environnementale et beaucoup d'autres défis.

3. Les sections V et VI passent en revue divers aspects des travaux en cours, depuis les avancées significatives en matière d'engagements à différents niveaux, les partenariats et les enseignements tirés des divers programmes. Le rapport souligne dans les sections VII et VIII les enjeux de la mise en œuvre et les actions qui restent à mener. L'engagement politique, le renforcement des capacités et un financement fiable et suffisant sont indispensables pour accélérer le processus.

4. À cet effet, les décideurs politiques et les financeurs doivent consacrer en priorité les ressources limitées aux groupes pauvres et marginalisés, tout en s'attaquant aux causes profondes de leur vulnérabilité. Ces groupes incluent notamment les pauvres, les adolescents et les jeunes, les migrants et les populations affectées par des crises humanitaires, les habitants des zones rurales, les minorités ethniques et les populations autochtones. Des facteurs sexospécifiques affectent l'ensemble de ces groupes, et une attention spéciale doit être portée aux jeunes filles et femmes marginalisées. En conclusion, le rapport souligne que la vision de la

---

<sup>1</sup> *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.

Conférence internationale sur la population et le développement, reflétée le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, met en lumière l'intérêt d'une approche globale des soins de santé primaires et d'un processus large et participatif de planification et d'établissement des priorités au niveau national. Il convient de porter une attention particulière aux jeunes, qui forment une part importante des personnes marginalisées. Ils jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des changements nécessaires à l'atteinte de l'accès universel, la stabilisation de la croissance démographique mondiale et l'accélération du développement économique.

## **II. Fécondité, santé procréative et sexuelle, développement et droits de l'homme**

5. Le Programme d'action qui a vu le jour lors de la Conférence internationale sur la population et le développement a placé les droits de l'homme, l'équité, le choix et la prise de décision individuelle au cœur des politiques et des programmes de population et de développement. La planification familiale a été intégrée dans une définition plus large de la santé procréative et sexuelle, englobant également la santé maternelle et néonatale; la prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH; la santé procréative et sexuelle des adolescents; la prévention de l'avortement et la gestion des conséquences de cette pratique<sup>2</sup>, le dépistage du cancer; et le conseil en matière d'infécondité. L'accès à une éducation sexuelle globale est un autre aspect fondamental du Programme d'action.

6. La santé procréative et sexuelle, définie par la Conférence internationale sur la population et le développement comme « le bien-être général, tant physique que mental et social, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités », englobe également l'élimination de la violence sexiste, des pratiques néfastes, de la contrainte et des abus, et des inégalités entre les femmes et les hommes. La santé sexuelle – intimement liée à la santé procréative – implique la capacité à exprimer sa sexualité sans crainte d'IST, y compris le VIH, de grossesse non désirée, de contrainte, de violence, de stigmatisation et de discrimination. Elle suppose également de pouvoir mener une vie sexuelle satisfaisante, en toute sécurité et sur la base de choix éclairés.

7. Un accès universel à la santé procréative et sexuelle, la possibilité pour les femmes, les hommes et les jeunes d'exercer leur droit à la santé procréative et sexuelle, et la réduction des inégalités sont des éléments essentiels du développement durable et de l'éradication de la pauvreté. Ces principes ont été réaffirmés lors de l'adjonction, en 2007, de l'accès universel à la médecine procréative en tant que seconde cible de l'objectif du Millénaire pour le développement n° 5. La santé procréative et sexuelle est désormais inscrite à l'ordre du jour politique des leaders mondiaux et de plus en plus reconnue dans le droit international en matière de droits de l'homme.

8. L'information et les services en matière de santé procréative et sexuelle, notamment la planification familiale, peuvent sauver bon nombre de vies et

---

<sup>2</sup> Au paragraphe 8.25, le Programme d'action énonce : « Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité ».

améliorer la qualité de vie de beaucoup d'autres tout en assurant la promotion des droits de l'homme, de la réduction de la pauvreté et du développement. Avoir moins d'enfants en espaçant davantage les naissances se traduit par une diminution de la mortalité maternelle et infantile et de la pression qui pèse sur les ménages, la communauté et les ressources environnementales. Les familles peuvent ainsi investir davantage dans l'éducation, l'alimentation et la santé de chacun de leurs enfants, et les gouvernements consacrer les économies réalisées à d'autres priorités sociales. Par ailleurs, permettre aux femmes de décider elles-mêmes si et à quel moment elles souhaitent avoir des enfants leur donne l'occasion de poursuivre leur éducation ou leur activité professionnelle<sup>3</sup>.

9. Une fécondité moindre crée également de puissantes incitations à la croissance économique. À titre d'exemple, si l'on tient compte d'un nombre plus faible de personnes à charge au sein des familles et de la capacité des femmes à chercher un emploi, il a été estimé que la prévention des grossesses non désirées permettait d'augmenter les revenus des pauvres de 10-20 % au Honduras et en Colombie<sup>4</sup>. Dans les situations d'extrême pauvreté, l'effet peut représenter une augmentation de près de 20 %, soit un impact similaire, voire supérieur à celui des transferts monétaires assortis de conditions.

10. Les retours microéconomiques et macroéconomiques potentiels résultant d'une réduction de la fécondité et des rapports de dépendance, accompagnée d'une concentration accrue de la population dans les groupes d'âge productifs consécutive à l'arrivée de larges cohortes de jeunes, sont bien réels. Plus important encore, ces retours émanent de personnes, notamment des femmes, exerçant leurs droits. Des politiques de facilitation (telles que la création d'emplois, l'éducation, le développement des qualifications pour l'emploi des nouveaux arrivants sur le marché du travail) garantissent ce dividende démographique. Les politiques requises pour convertir ce dividende démographique en croissance économique accélérée consistent pour l'essentiel en des investissements dans le capital humain et les infrastructures, et doivent faire partie intégrante de toute politique de développement digne de ce nom.

11. L'utilisation de moyens de contraception sûrs et fiables est l'un des nombreux facteurs influant sur la fécondité, en permettant aux femmes et aux couples de choisir le moment, l'espacement et le nombre de grossesses. L'accès à des informations et des services en matière de santé procréative et sexuelle, et notamment à des méthodes contraceptives sûres et fiables, a progressé depuis les années 1960, mais varie selon les régions et les caractéristiques socioéconomiques des femmes et des ménages. C'est pourquoi, à compter des années 1960, beaucoup de régions du monde ont enregistré une baisse significative de la natalité, plus progressive toutefois depuis 1995. Les taux de fécondité diffèrent eux aussi selon les régions et les caractéristiques des femmes et des foyers.

12. Le déclin de la fécondité contribue au ralentissement de la croissance démographique, mais malgré cela, la variante moyenne des projections

<sup>3</sup> Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Sexual and reproductive health for All: reducing poverty, advancing development and protecting human rights* (New York, FNUAP, 2010).

<sup>4</sup> Fonds des Nations Unies pour la population, *Population and Poverty Linkages: impacts of population dynamics, reproductive health and gender on poverty* [New York, FNUAP (à paraître)].

démographiques des Nations Unies laisse entrevoir une poursuite de cette croissance au moins jusqu'en 2050<sup>5</sup>. Elle interviendra pour l'essentiel dans les pays en développement, du fait des effets combinés du nombre important de femmes en âge de procréer résultant de la forte fécondité dans le passé (l'élan démographique), du déclin de la mortalité et de la persistance d'une fécondité élevée dans certaines parties du monde. L'élan démographique sera le principal facteur contributif, suivi par la baisse de la mortalité et la fécondité élevée, car l'augmentation de la population en âge de procréer provoque une recrudescence des naissances, même si les couples se limitent à deux enfants. Cependant, les différences sont importantes selon les régions et les pays, la forte fécondité étant par exemple le vecteur principal de croissance démographique en Afrique subsaharienne.

13. S'attaquer à la fécondité élevée dans les régions où elle prévaut reste une stratégie viable, à condition de respecter les droits de l'homme et de donner aux femmes la possibilité d'influer comme elles le désirent sur le nombre d'enfants et l'espacement des naissances. Cependant, dans d'autres circonstances, lorsque la croissance démographique est déjà liée presque exclusivement à l'élan démographique, il peut être possible de freiner cette croissance à court terme en repoussant l'âge de la première maternité. Des mariages plus tardifs, stimulés par la promotion de l'éducation des femmes, une plus grande égalité entre les sexes, et une participation plus forte des femmes au marché du travail peuvent avoir des effets significatifs sur le taux de croissance démographique et favoriser ainsi la croissance économique.

14. Intégrer la santé procréative et sexuelle, y compris la planification familiale, les programmes destinés aux adolescents et aux jeunes et d'autres composantes de la Conférence internationale sur la population et le développement, dans les plans de développement, notamment les stratégies de réduction de la pauvreté, est un choix judicieux en terme d'efficacité et d'efficacités. Les synergies qui en résultent créent des scénarios prometteurs à moyen et long terme, sont déterminantes pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement, la durabilité environnementale et les stratégies d'adaptation et d'atténuation face au changement climatique.

### **III. Santé procréative et sexuelle et système de soins de santé**

15. La fourniture durable de services de santé procréative et sexuelle de qualité nécessite des systèmes de soins de santé efficaces. L'ensemble minimum de soins de santé doit intégrer des services de santé procréative et sexuelle à tous les niveaux et notamment au niveau primaire. Ces services doivent inclure : la planification familiale; des soins maternels et néonataux (y compris des soins obstétricaux de qualité et des services obstétricaux d'urgence); la prévention de l'avortement et la gestion de ses conséquences; la prévention des IST/VIH et les services y afférents, en particulier l'accès aux préservatifs masculins et féminins, le conseil et le dépistage volontaire, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la thérapie antirétrovirale. Ces différents services devraient être accessibles en un

<sup>5</sup> *World Population Prospects: The 2008 Revision* (publication des Nations Unies, numéro de vente : 10.XIII.2).

même lieu ou sur recommandation<sup>6</sup>, y compris aux personnes vivant avec le VIH. Cet ensemble doit par ailleurs traiter des violences sexistes et des pratiques néfastes.

16. L'intégration de la santé procréative et sexuelle aux soins de santé primaires est un aspect clef de la Conférence internationale sur la population et le développement et présente de multiples avantages. Amener les femmes et les groupes vulnérables, y compris les adolescents, à recourir au système de soins de santé est l'occasion d'identifier les personnes à risque, de proposer des informations et des services relatifs à la planification familiale et la prévention du VIH, de diagnostiquer et de traiter d'autres IST. Des produits de qualité et un large éventail de services de santé procréative et sexuelle doivent être disponibles, à chaque fois que nécessaire. La capacité à répondre aux besoins en la matière est de ce fait un indicateur fort de la couverture et de l'accessibilité des services de santé sur un plan général. Dans les régions où ces derniers sont peu répandus, des unités mobiles et des services prodigués sur le lieu de travail devraient être mis en place. Une formation adéquate et des compensations pour le personnel de santé sont des aspects essentiels.

17. Cela étant, le secteur de la santé ne peut à lui seul assurer la santé procréative et sexuelle pour tous. Les normes socioculturelles liées à l'égalité entre les hommes et les femmes, la sexualité, la reproduction et les pratiques néfastes doivent être remises en question pour traiter les causes profondes d'une santé procréative et sexuelle médiocre et toucher les personnes au niveau des communautés. Cette action suppose une forte collaboration intersectorielle, une mobilisation de la communauté, et des stratégies médias et de communication innovantes pour informer la population et encourager des normes sociales, comportementales et culturelles propices à l'égalité des sexes et à la santé. Cela suppose également de dispenser une éducation sexuelle aux jeunes et d'aider les jeunes filles et les femmes à développer leurs compétences en matière de prise de décision et de négociation. Par ailleurs, il est essentiel d'impliquer les garçons et les hommes dans des programmes et des initiatives assurant la promotion de l'équité du traitement des deux sexes, de l'égalité et de l'autonomisation des femmes.

#### **IV. La promesse non tenue de l'accès universel : le défi de toucher les laissés pour compte**

18. À compter des années 1960, beaucoup de régions du monde ont enregistré une forte diminution de la fécondité, suivie d'une diminution plus progressive depuis 1995<sup>7</sup>. Le taux de fécondité moyen dans les pays en développement (y compris la Chine) était de 2,7 enfants par femme pour la période 2005-2010, alors que selon les estimations il s'élevait à 4,4 dans les pays les moins développés. Le déclin de la fécondité s'est ralenti au cours des dernières années dans de nombreuses régions, même si en Afrique subsaharienne, la moyenne reste de 5 enfants par femme. Les pays affichant les taux les plus élevés, tels que le Burundi, le Mali, le Niger, la Sierra Leone et d'autres, se caractérisent également par une importante mortalité

<sup>6</sup> Fonds des Nations Unies pour la population. *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All: reproductive rights and sexual and reproductive health framework* (New York, FNUAP, 2008).

<sup>7</sup> Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2009.

infantile et un revenu par habitant très bas<sup>8</sup>. Plusieurs facteurs influent sur la fécondité, que ce soit l'âge, l'éducation, le lieu de résidence, le statut marital, les ressources du foyer, l'âge du mariage, la disponibilité et le recours à la contraception, etc.

19. L'utilisation de moyens de contraception a beaucoup augmenté depuis l'introduction des méthodes orales dans les années 1960. En 2007, dans le monde entier, 63 % des femmes (âgées de 15 à 49 ans) mariées ou vivant en couple utilisaient une méthode de contraception, alors qu'elles n'étaient que 55 % en 1990<sup>9</sup>. Entre 1995 et 2008, la planification familiale a favorisé la réduction de 20 % du taux de grossesses non désirées dans les pays en développement<sup>10</sup>. Par ailleurs, si les besoins existants en matière de contraceptifs modernes et de services de soins aux mères et aux nouveau-nés étaient satisfaits dans les pays en développement, les décès maternels seraient réduits de plus des deux tiers et les décès de nouveau-nés de plus de la moitié. Cela étant, la contraception reste peu répandue, notamment en Afrique subsaharienne, où le taux d'utilisation est passé de 12 % en 1990 à 20 % en 2000, pour se situer juste en dessous des 22 % en 2007. Les disparités au sein des pays ont persisté ou se sont accentuées : à titre d'exemple, dans toute l'Afrique subsaharienne, dans les 20 % de foyer les plus aisés, le taux d'utilisation de moyens de contraception par les femmes était près de quatre fois supérieur à celui des 20 % de foyers les plus pauvres<sup>11</sup>.

20. On estime que 215 millions de femmes entre 15 et 49 ans, mariées ou vivant en couple, ont un besoin non satisfait de planification familiale; en d'autres termes, elles seraient susceptibles de recourir à la contraception pour prévenir ou retarder les grossesses si elles disposaient des informations ou de l'accès aux services appropriés. En incluant les femmes vivant seules, le nombre absolu de femmes dont les besoins de planification familiale sont insatisfaits seraient encore beaucoup plus criants. Selon les chiffres, ces besoins insatisfaits sont restés globalement stables, passant de 13 % en 1990 à 11 % en 2007<sup>11</sup>. Or ce manque d'accès restreint l'exercice des droits liés à la procréation. Les tendances ne sont pas forcément faciles à interpréter au fil du temps, car elles reflètent les changements dans l'offre et la demande de moyens de contraception et sont associées à des modifications de comportement. Les besoins non satisfaits varient dans et entre les régions. Dans les pays les moins avancés, on estime que 24 % des femmes en âge de procréer, mariées ou vivant en couple, n'ont pas accès à la planification familiale, alors que ce chiffre est de 11 % dans l'ensemble des régions en développement<sup>12</sup>. En Amérique latine et aux Caraïbes, le taux de besoins insatisfaits allait de 6-7 % au Brésil et en Colombie

<sup>8</sup> Banque mondiale, *The World's Bank Reproductive Health Action Plan 2010-2015* (avril 2010).

<sup>9</sup> Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement. Publication des Nations Unies. Numéro de vente : F.10.I.7.

<sup>10</sup> Susheela Singh et autres. *Adding It Up: the benefits of investing in family planning and reproductive health* (New York, Guttmacher Institute et FNUAP, 2009).

<sup>11</sup> Fonds des Nations Unies pour la population. *How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence* (New York, FNUAP, 2010).

<sup>12</sup> Département des affaires économiques et sociales, 2010, voir <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2010%20Stat%20Annex.pdf>, p. 11.

à 38 % en Haïti<sup>13</sup>. En Asie du Sud et du Sud-Est, les taux s'étendaient de 5 % au Viet Nam à 25 % au Cambodge.

21. Les chiffres d'Afrique subsaharienne montrent également que l'utilisation des contraceptifs est moindre chez les femmes pauvres, peu éduquées ou vivant dans les zones rurales. Les femmes rurales d'Afrique subsaharienne affichent un taux de prévalence de contraception de 17, alors qu'il est de 34 chez les femmes urbaines<sup>14</sup>. Les disparités sont encore plus marquantes lorsque ce taux est mesuré à l'aune des ressources et du niveau éducatif des foyers. Le taux de prévalence de contraception est de 10 %, chez les femmes non instruites, alors qu'il est de 42 % chez les femmes diplômées de l'enseignement secondaire ou supérieur.

22. Selon une récente étude de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du FNUAP et de la Banque mondiale, 358 000 décès maternels ont été dénombrés au niveau mondial en 2008, soit une diminution de 34 % par rapport aux 546 000 décès enregistrés en 1990<sup>15</sup>. Ce progrès est certes encourageant mais insuffisant. 99 % de l'ensemble des décès maternels concernent encore à ce jour les pays en développement, dont 87 % l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. En Afrique subsaharienne, 1 femme sur 31 décède de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, alors que ce chiffre est de 1 femme sur 480 en Amérique latine et dans les Caraïbes et d'une sur 3 600 dans les pays développés<sup>15</sup>. Là encore les inégalités perdurent au sein même des pays : les groupes plus aisés et les populations urbaines ont réalisé des progrès significatifs, alors que les populations pauvres et rurales continuent d'enregistrer un taux de mortalité élevé.

23. Le suivi médical des grossesses, facteur déterminant si l'on veut réduire la mortalité maternelle, a progressé. Les avancées les plus marquantes ont été relevées en Afrique du Nord, où le nombre de femmes passant au minimum une visite prénatale au cours de la grossesse a augmenté de 70 %, et en Asie du Sud et de l'Ouest, avec des rapports faisant état d'une progression de l'ordre de 50 %<sup>3</sup>.

24. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses seraient d'après les estimations à l'origine d'au moins 13 % des décès maternels au plan mondial<sup>16</sup>. Dans certaines régions, telles que l'Amérique latine, il s'agit d'une des principales causes de mortalité maternelle. En 2003, près de la moitié des avortements pratiqués dans le monde l'étaient dans des conditions dangereuses, dont quasiment tous dans des pays en développement<sup>17</sup>. Au plan mondial, le nombre d'avortements provoqués a baissé, passant de 46 millions en 1995 à 42 millions en 2003. La baisse la plus spectaculaire est intervenue dans les pays d'Europe de l'Est, qui sont passés de 90 à

<sup>13</sup> Gilda Sedgh et autres. « Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method ». *Occasional Report*, n° 37. New York, Guttmacher Institute, (juin 2007); 2005 Demographic and Health Survey for Cambodia.

<sup>14</sup> Davidson R., Gwatkin et autres. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview*. (Washington, Banque mondiale, 2007).

<sup>15</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale (Genève, OMS, 2010).

<sup>16</sup> Organisation mondiale de la Santé, *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Genève, OMS, 2008).

<sup>17</sup> Susheela Singh et autres, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (New York, Guttmacher Institute, 2009).

44 avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer<sup>18</sup>, à mettre en rapport avec une augmentation significative de l'utilisation de moyens de contraception.

25. En 2008, les estimations faisaient état de 33,4 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde<sup>19</sup>. Le nombre de nouvelles infections en 2008 a été évalué à 2,7 millions, soit 30 % de moins qu'en 1996, année du pic de l'épidémie. La prévalence du VIH diminue chez les jeunes de 16 des 21 pays les plus affectés par la maladie, pour l'essentiel en raison d'un recul des nouvelles infections et de changements dans l'âge du premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation des préservatifs<sup>20</sup>. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus affectée, avec 71 % des nouvelles infections au VIH en 2008. Des efforts considérables ont été mis en œuvre pour traiter davantage de malades par thérapie antirétrovirale, mais il reste beaucoup à faire en matière de prévention, notamment en développant une information et des services de santé procréative et sexuelle plus larges et complets (voir A/64/735).

26. Au cours des dernières années, des progrès ont été enregistrés dans l'accès des adolescents et des jeunes aux informations et services de santé procréative et sexuelle. Mais il reste de sérieux défis à relever. Dans les pays en développement, le taux de natalité parmi les adolescentes a diminué, passant de 65 pour 1 000 filles en 1990 à 55 en 2000, mais stagne depuis lors, à 53 pour 1 000 filles en 2007. L'Afrique subsaharienne, enregistre le taux le plus élevé de natalité parmi les adolescentes, situation qui semble peu s'améliorer au fil du temps<sup>11</sup>. Des taux élevés persistent également en Amérique latine, en Océanie et en Asie du Sud-Ouest. Parallèlement, les disparités dans les taux de natalité parmi adolescents continuent de s'accroître. Les taux ont baissé dans les zones urbaines de l'Afrique subsaharienne, mais ont probablement augmenté chez les jeunes filles les plus pauvres et les moins éduquées<sup>11</sup>. Près de 15 millions d'adolescentes accouchent tous les ans. Dans certains des pays les plus touchés, les jeunes femmes ont huit fois plus de chances d'être infectées par le VIH que les hommes du même âge, leur exposition au risque étant encore aggravée par l'inégalité de leur statut<sup>19</sup>.

27. Les grossesses précoces, associées aux mariages d'enfants, ont des conséquences néfastes pour la santé procréative et sexuelle. Si l'âge moyen du mariage a augmenté, notamment dans certaines régions d'Asie et d'Afrique du Nord, beaucoup de femmes des pays en développement continuent d'être mariées très jeunes : dans ces pays près d'une jeune fille entre 15 et 19 ans sur quatre est mariée (à l'exception de la Chine)<sup>17</sup>. Les mariages d'enfants sont deux fois plus nombreux dans les zones rurales que dans les villes<sup>21</sup>. Le consentement plein et entier au mariage est depuis longtemps considéré comme un droit humain, mais l'exercice de ce droit n'est pas encore universellement garanti.

28. Les études ont montré qu'une part disproportionnée des dépenses publiques de santé et d'éducation revient aux secteurs les plus aisés de la société<sup>14</sup>. Alors que les

<sup>18</sup> Gilda Sedgh et autres. « Legal abortion worldwide: incidence and recent trends ». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 39, n° 4 (New York: Guttmacher Institute, 2007).

<sup>19</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic* (Genève, ONUSIDA, 2010).

<sup>20</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. ONUSIDA. *Outlook Breaking News*. « Young people are leading the prevention revolution » (Genève, ONUSIDA, 2010).

<sup>21</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance. « La situation des enfants dans le monde 2009; la santé maternelle et néonatale », (Publication des Nations Unies, numéro de vente : F.09.XX.1).

riches profitent de plus en plus de l'accès élargi à la santé procréative et sexuelle, ceux qui sont exclus pour des motifs liés à la pauvreté, au genre, à l'origine ethnique, à l'âge, au lieu de résidence, au manque d'éducation, à un conflit ou à toute autre forme de marginalisation sont souvent laissés pour compte. Les données de 24 pays d'Afrique subsaharienne montrent que la situation des femmes vivant dans les foyers les plus aisés ou qui ont bénéficié d'une éducation secondaire ou supérieure s'est considérablement améliorée, ce qui n'a pas été le cas des plus pauvres et les moins éduquées.

29. Le manque d'accès à la santé procréative et sexuelle aggrave la pauvreté. Cependant, les bénéficiaires de ces services ont rapidement connu une diminution des taux de mortalité, de morbidité, de fécondité et de dépendance au sein des structures familiales. Ils ont possibilité de consacrer une part de leurs ressources à une meilleure éducation, alimentation et santé, voire à l'épargne ou la constitution d'un patrimoine. À l'inverse, la charge de morbidité et les taux de mortalité, accompagnés de carences alimentaires, sont plus élevés chez les laissés pour compte. Ces derniers consacrent une plus grande part du revenu du foyer pour subvenir à leurs besoins essentiels. Leur taux de fécondité élevé se traduit par un grand nombre d'enfants dépendants, privés d'éducation et de choix de vie, qui à leur tour auront tendance à se marier tôt et à procréer rapidement, reproduisant ainsi une vie de privation et de pauvreté.

## V. Travaux en cours : engagements et partenariats

30. L'engagement politique est un facteur clef pour réaliser des progrès en santé procréative et sexuelle. À tous les niveaux, des évolutions positives ont été observées en termes d'engagements, de politiques, de législation, de partenariats et d'approches du développement, instaurant un environnement propice à la santé procréative et sexuelle et orientant les stratégies aux fins d'étendre les avancées et de remédier aux inégalités criantes. La présente section met en lumière quelques exemples importants illustrant les progrès réalisés dans cette perspective.

### Niveau mondial

31. Au plan mondial, les progrès ont été significatifs. Les conférences internationales des années 1990 et les événements organisés dans le cadre de leur suivi ont permis de mieux faire comprendre la santé procréative et sexuelle et les droits en matière de procréation, ouvrant ainsi la voie à une mise en œuvre plus efficace. Au cours de la dernière décennie, la législation internationale des droits de l'homme et les organes de suivi des traités des Nations Unies, juridiquement contraignants pour les gouvernements, ont de plus en plus reconnu l'importance de la santé procréative et sexuelle, notamment dans les domaines des droits des adolescents, de la santé maternelle et de la planification familiale.

32. Durant les dix dernières années, le rôle central de la Conférence internationale sur la population et le développement dans l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement a été souligné dans bon nombre de processus intergouvernementaux. L'adjonction de la cible 5B, l'accès universel à la médecine procréative, a complété d'autres objectifs ayant trait à différents aspects du Programme d'action, par exemple l'objectif 3 sur la promotion de l'égalité des sexes, ainsi que les objectifs liés à la santé, dont la santé maternelle (objectif 5), la

mortalité infantile (objectif 4), et la prévention du VIH (objectif 6). Le Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies a reconnu la santé procréative parmi les initiatives à effet rapide/à impact rapide dans son premier rapport<sup>22</sup>. Dans le document final adopté par la Réunion Plénière de Haut niveau lors du Sommet des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement, qui s'est déroulée à New York en septembre 2010, les dirigeants mondiaux ont réaffirmé leur engagement en faveur de la santé procréative et sexuelle et identifié une série d'actions à mettre en œuvre, fondées sur les enseignements tirés et les bonnes pratiques pour chaque objectif, y compris pour les objectifs liés à la santé de manière intégrée. (voir résolution 65/1 de l'Assemblée générale).

### **Niveau régional**

33. Des déclarations politiques importantes, accompagnées d'engagements forts, ont été faites au niveau régional, notamment en Afrique. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique (plus connu sous le nom de « Protocole de Maputo ») a été signé en 2003 et est entré en vigueur en 2005. Il condamne et interdit la violence sexiste et les pratiques néfastes et réaffirme les droits des femmes à la santé, notamment les droits liés à la reproduction. Il fait aussi obligation aux gouvernements d'assurer l'accès des femmes à des services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information pour leur permettre d'exercer ces droits. En 2006, l'Union africaine a adopté le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique. Les ministres africains de la santé ont par la suite élaboré un document esquissant un plan d'action, adopté en 2007. En juillet 2010, les ministres ont réaffirmé ces principes et recommandé que les pays africains participent à la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique, une initiative visant à rendre les pays membres responsables de la tenue de leurs promesses.

34. Par l'intermédiaire de la Déclaration ministérielle « Prévenir par l'éducation », les ministres de la santé et de l'éducation d'Amérique latine et des Caraïbes se sont engagés à investir dans une éducation sexuelle globale et des services de santé adaptés aux jeunes. Cette déclaration a été adoptée à Mexico en août 2008, avant la dix-septième Conférence internationale sur le sida.

### **Initiatives et partenariats mondiaux et régionaux**

35. Le Groupe des huit nations les plus industrialisées (G-8) a, depuis le début des années 1990, considéré la santé comme un aspect essentiel du développement. En 2000, le G-8 a commencé la mise en place du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; en 2001, il a décidé de relever un nouveau défi : briser le cycle de la pauvreté et de la maladie; en 2005, il a convenu de renforcer les investissements consacrés au VIH/sida et au paludisme; et, lors de leur dernière réunion à Muskoka, Ontario, les huit pays ont fait de la santé maternelle, néonatale et infantile, et notamment de la planification familiale, une initiative emblématique du G-8. L'initiative Assurer la santé (P4H), coordonnée par la France et

<sup>22</sup> Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies. *Investir dans le Développement : Plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement*. (London et Sterling, Virginia; Earthscan, 2005).

l'Allemagne, a été chargée de mettre en œuvre les décisions prises lors des sommets du G-8 pour renforcer les systèmes de santé. De plus, le Groupe des Vingt (G-20) a réaffirmé son engagement à tenir les promesses de financement pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et l'APD, conformément aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et le Programme d'action d'Accra.

36. Une action conjointe du FNUAP, de l'UNICEF, de l'OMS, de la Banque mondiale et de l'ONUSIDA est en cours pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Cette initiative, intitulée H4+, a pour objectif d'aider 49 pays à renforcer leurs capacités dans ce domaine et a mobilisé un nombre sans précédent d'engagements de pays du monde entier. Des programmes conjoints dans les pays, dont le Bangladesh, l'Éthiopie, le Nigeria et le Pakistan, ont permis de jeter les bases de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants du Secrétaire général des Nations Unies, lancée en septembre 2010.

37. Cette Stratégie mondiale est le premier plan de ce type visant à intensifier et coordonner les efforts déployés, mobiliser de nouveaux engagements, et établir un cadre de responsabilisation pour la production de résultats. Elle a été adoptée par des gouvernements, des organisations internationales, des institutions philanthropiques, la société civile, le monde des affaires, les professionnels de la santé, les associations professionnelles, les institutions académiques et de recherche, et a été saluée par l'ensemble des 192 États Membres des Nations Unies. La stratégie offre à la communauté mondiale un plan convenu soulignant la nécessité d'investir, d'innover et de parvenir à des résultats mesurables, accompagné de promesses de soutien de plus de 40 milliards de dollars des États-Unis.

38. Le Partenariat mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a été lancé en 2005 pour harmoniser l'action dans ce domaine. Il s'agit d'un forum permettant aux membres de conjuguer leurs forces et de mettre en œuvre des solutions qui ne seraient pas à leur portée à titre individuel.

39. Le Partenariat international pour la santé vise à accroître les efforts pour atteindre plus vite les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Il renforce les processus nationaux dans 21 pays d'Afrique et d'Asie afin de revitaliser les systèmes de santé.

40. La Coalition pour les produits de santé de la procréation est un partenariat mondial de représentants d'organisations multilatérales et bilatérales, de fonds privés, de gouvernements, de la société civile et du secteur privé, qui s'est fixé pour mission de faire en sorte que les pays à revenus faible et moyen puissent obtenir et utiliser des produits abordables et de bonne qualité afin de concourir à une meilleure santé de la procréation.

41. L'Initiative Harmonisation pour la santé en Afrique, un mécanisme régional impliquant la Banque africaine de développement, l'ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, facilite la planification, l'évaluation des coûts et la budgétisation fondées sur des bases factuelles pour obtenir des résultats sanitaires dans les pays; l'alignement sur les processus en vigueur dans les pays et l'harmonisation; l'analyse des goulots d'étranglement dans les systèmes de santé et l'appui pour les surmonter.

### **Initiatives de fondations privées**

42. Un nombre croissant de fondations privées ont inscrit la santé procréative et sexuelle à leur ordre du jour; ainsi, en juin 2010, la Fondation Bill et Melinda Gates a annoncé qu'elle s'engageait à verser 1,5 milliard de dollars des États-Unis d'ici 2014 pour la planification familiale; les soins de santé pour les femmes enceintes, les nouveaux nés et les enfants; et la nutrition.

### **Au niveau national**

43. Le récent examen des 15 ans de la Conférence internationale sur la population et le développement a révélé l'ampleur et la diversité des changements politiques intervenus au niveau des pays<sup>23</sup> : engagements, politiques, stratégies et plans pour renforcer les droits liés à la procréation, éliminer la violence sexiste, offrir une éducation sexuelle aux jeunes, renforcer l'accès à la santé procréative et sexuelle au niveau des soins de santé primaires, etc. La mise en œuvre de ces engagements et de ces plans dans une période de ressources limitées et dans des contextes nationaux très divers reste le défi majeur pour aller de l'avant.

## **VI. Travaux en cours : les programmes sur le terrain**

### **Améliorer la santé maternelle**

44. Par l'intermédiaire du Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle, le FNUAP soutient les pays connaissant des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles en s'attaquant à la fistule obstétricale et aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Ainsi, avec le soutien de l'initiative H4+ et l'Université de Columbia, le Gouvernement éthiopien a mené une évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, afin d'identifier les lacunes en terme de fourniture, de qualité et d'utilisation des services de santé procréative et sexuelle. Les conclusions se traduisent dans les politiques et la planification, y compris le développement d'un plan national quinquennal pour le secteur de la santé, comprenant un plan de base annuel et un programme mené conjointement avec les Nations Unies en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale, y compris la formation, le recrutement et le maintien en poste de professionnels de santé. Pour l'heure les résultats sont encourageants.

45. En 2008, le FNUAP et la Confédération internationale des sages-femmes ont lancé un programme conjoint pour améliorer la présence de personnel qualifié à la naissance dans les lieux défavorisés en mettant durablement en place des moyens de former des sages-femmes. Le programme est désormais en cours dans 15 pays, pour la plupart d'Afrique subsaharienne, dans lesquels des « conseillères sages-femmes de pays » travaillent avec les gouvernements pour combler les lacunes et améliorer la disponibilité et la qualité des soins dispensés.

46. En Mongolie, avec le soutien du FNUAP et d'autres partenaires, l'amélioration des soins anténatals, la promotion de services mobiles de santé procréative et sexuelle et des activités de sensibilisation visant à toucher les populations éloignées et vulnérables ont contribué à une chute du taux de mortalité maternelle de 79 pour

---

<sup>23</sup> Fonds des Nations Unies pour la population, *Looking Back, Moving Forward: The results and recommendations of the ICPD-at-15 review*, 2010.

100 000 naissances vivantes en 2005 à 65 pour 100 000 naissances vivantes en 2008.

47. Pour remédier à la persistance d'une mortalité maternelle et néonatale élevée, le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS, avec le soutien financier du Ministère du développement international du Royaume-Uni et de l'UE, se sont associés au Gouvernement du Bangladesh pour mettre en œuvre une initiative de grande ampleur visant à améliorer l'utilisation de services de santé maternelle et néonatale de qualité, notamment parmi les groupes pauvres et socialement exclus. Ainsi, le nombre d'accouchements dans les établissements de santé publique a augmenté, tout comme le traitement des cas complexes dans les hôpitaux.

### **Élargir l'accès à la planification familiale**

48. Le Programme mondial pour la sécurité d'approvisionnement en produits de santé procréative du FNUAP soutient près de 45 pays afin d'améliorer leur taux de prévalence contraceptive et réduire les besoins non satisfaits en termes de planification familiale. Le programme distribue des moyens de contraception et d'autres fournitures essentielles de santé procréative et sexuelle, ce qui permet d'augmenter la demande et de renforcer la capacité nationale de gestion des produits de santé procréative et sexuelle. À titre d'exemple, à Madagascar, où les besoins non satisfaits de planification familiale s'élèvent à 24 %, le FNUAP a appuyé avec succès le système de santé publique par l'intermédiaire de formations, de logiciels et de fournitures afin de remédier aux ruptures de stocks et aux surstockages dans les établissements de santé.

49. En Jamaïque, le FNUAP a apporté son aide pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes et veiller à ce que les adolescentes enceintes bénéficient bien des services nécessaires pour atténuer les conséquences de la grossesse précoce sur leurs opportunités éducatives, économiques et sociales. Les jeunes filles ont accès à la planification familiale et profitent de conseils et d'une éducation en matière sexuelle.

### **Dispenser des soins postavortement**

50. En Argentine, les complications liées aux avortements ont été la principale cause de mortalité maternelle pendant plus de 25 ans. Le Ministre de la santé, avec le soutien du FNUAP et du PNUD, a entrepris un projet visant à améliorer la qualité des soins en cas de complications liées à un avortement et à renforcer la capacité des hôpitaux publics à dispenser l'ensemble des soins nécessaires aux femmes ayant subi un avortement incomplet. Le projet a permis de réduire les temps d'attente et la durée totale d'hospitalisation<sup>24</sup>.

### **Lutter contre le VIH**

51. Au Zimbabwe, le pourcentage de jeunes entre 15 et 19 ans infectés par le virus est tombé de 23,7 % en 2001 à 14,3 % en 2010. Dans ce pays, le FNUAP, en collaboration avec d'autres agences et partenaires du système des Nations Unies, a contribué au développement d'un programme de distribution de préservatifs et

<sup>24</sup> Groupe des Nations Unies pour le développement. *MDG Good Practices*, (2010, disponible sur le site : [www.undg-policynet.org/?q=node/11](http://www.undg-policynet.org/?q=node/11), visité le 19 janvier 2011.

soutenu une grande campagne de communication visant à modifier les comportements, qui a touché toutes les parties de la société.

### **Cibler les adolescentes**

52. L'Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies pour les adolescentes favorise la collaboration au niveau national pour permettre aux adolescentes de faire valoir leurs droits et d'accéder aux services sociaux. Elle a lancé des activités ciblant les jeunes filles en Éthiopie, au Guatemala, au Liberia et au Malawi. Dans la région d'Amhara en Éthiopie, par exemple, où 48 % des femmes rurales mariées et 28 % des femmes urbaines mariées avaient conclu leur union avant l'âge de 15 ans, un programme soutenu par le FNUAP a contribué à relever l'âge moyen du mariage de 13,5 ans à 15 ans grâce à un ensemble d'interventions ciblant tout particulièrement les adolescentes.

### **Abandon des pratiques néfastes**

53. Le Programme conjoint concernant les mutilations et ablations génitales féminines du FNUAP et de l'UNICEF, démarré en 2007, est à l'œuvre dans 17 pays à forte prévalence de ces pratiques. Il a pour objectif de faciliter les programmes communautaires d'éducation au niveau local et les campagnes de mobilisation sociale menant à un abandon collectif de ces pratiques néfastes. Pour la seule année 2009, ces activités ont conduit à l'abandon de ces pratiques dans des centaines de communautés en Gambie, en Guinée, au Sénégal et au Soudan.

### **Développer l'éducation sexuelle**

54. Les faits montrent que les jeunes sont avides d'informations sur la santé procréative et sexuelle, y compris le VIH. La recherche a elle aussi mis en lumière que les programmes d'éducation sexuelle ont pour effet un recul de l'âge des premières relations sexuelles, une limitation du nombre de partenaires sexuels et un usage accru du préservatif<sup>25</sup>. Depuis 1993, avec le soutien du FNUAP, le Gouvernement de Colombie a mis en œuvre un programme de grande ampleur visant à améliorer les connaissances des jeunes en matière de santé procréative et sexuelle et à promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Plus de 2 000 enseignants ont participé à 180 ateliers organisés dans le cadre du programme. Les universités proposent désormais des formations à l'éducation sexuelle, d'où un renforcement de l'effectif d'enseignants formés.

### **Miser sur l'innovation et les nouvelles technologies**

55. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, les techniques de contraception et autres interventions de santé procréative ont largement progressé. Les méthodes existantes ont été améliorées et diversifiées et de nouvelles ont été mises au point. Cette évolution a permis d'élargir la palette des choix offerts aux femmes, de renforcer la sécurité et l'efficacité, et de proposer de nouveaux modes de prestation. Le financement de la recherche et du développement en matière de contraception, par exemple par l'intermédiaire du Programme spécial

---

<sup>25</sup> Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*. Vol. 1 (Paris, UNESCO. 2009).

de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, mené par le PNUD, le FNUAP, l'OMS et la Banque mondiale, reste néanmoins insuffisant.

56. Des progrès ont également été enregistrés dans le développement de nouvelles technologies de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles, par exemple un nouveau test de dépistage de la syphilis utilisable au niveau des soins de santé primaires<sup>26</sup>. Deux vaccins récemment mis au point protègent contre certaines souches du virus du papillome humain à l'origine de la plupart des cancers du col de l'utérus. Vacciner les préadolescentes et les adolescentes permettrait de réduire les taux de cancers du col de l'utérus, principale cause de mortalité par cancer chez les femmes des pays les moins avancés. Des avancées significatives ont par exemple été réalisées en Géorgie en matière de prévention du cancer et de dépistage précoce. Au début des années 2000, le Gouvernement s'est principalement attaché au traitement des stades avancés de cette maladie. Aujourd'hui, le programme géorgien de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, démarré en 2006 avec le soutien du FNUAD, propose des services de dépistage précoce et envisage une couverture nationale pour les prochaines années.

57. Dans les pays en développement, où se concentrent les principaux défis en matière de santé procréative et sexuelle, le téléphone mobile peut avoir un impact de grande envergure. Il permettrait par exemple de suivre et d'orienter les patients depuis le début de la grossesse jusqu'à la fin de la période post-partum. L'utilisation du téléphone portable peut également permettre d'accélérer la prise de décision et de réduire les temps de transport au moment de l'accouchement<sup>27</sup>. Avec le soutien du FNUAP, le Mali a entrepris de développer un système de santé mobile pour suivre la mortalité maternelle et néonatale et gérer les stocks de produits contraceptifs et de médicaments d'importance vitale dans les établissements de santé.

## VII. Les défis de la mise en œuvre du programme

58. **Engagement politique et bonne gouvernance.** La santé procréative et sexuelle pour tous exige de lever des obstacles à de multiples niveaux : dans les foyers et la communauté, au sein du système de prestation de services de santé, dans les politiques et les institutions publiques au sens large, et dans les rangs des donateurs et des organisations internationales. La qualité de la gouvernance aux niveaux national et local est déterminante, tout comme les engagements, la crédibilité et la capacité à concevoir et mettre en œuvre de véritables politiques pour renforcer les systèmes de santé et créer un environnement propice à l'atteinte de l'objectif de l'accès universel.

59. **Tendances en matière de financement.** Au cours des dernières années, les donateurs se sont détournés des projets ou programmes spécifiques axés sur une pathologie particulière. Ils préfèrent soutenir le secteur de la santé au sens large afin de remédier aux causes profondes de la pauvreté et soutenir la santé sur un plan général. Souvent cependant, des aspects importants de la santé, dont la santé

<sup>26</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 : rompre la chaîne de transmission* (Genève, OMS, 2007).

<sup>27</sup> *Women Deliver Bulletin* (décembre 2010).

procréative et sexuelle, ont été négligés dans ce processus. L'aide au développement allouée à la santé a globalement triplé entre 2000 et 2008, principalement du fait de l'augmentation rapide des financements pour le VIH/sida, alors que l'aide pour d'autres services de santé procréative et sexuelle a stagné et celle pour la planification familiale a diminué. Selon le projet relatif aux flux de ressources mené par le FNUAP et l'Institut démographique interdisciplinaire néerlandais, le financement de la planification familiale a augmenté légèrement dans les dernières années, mais reste bien inférieur aux chiffres de 1994<sup>28</sup>. Dans le même temps, le nombre de femmes en âge de procréer a substantiellement augmenté, tout comme le pourcentage de celles qui souhaitent prévenir ou retarder les grossesses. Le caractère imprévisible du financement d'année en année rend toute planification extrêmement délicate<sup>29</sup>.

**60. Crise financière et économique mondiale.** Les pays les plus pauvres du monde souffrent tout particulièrement des effets indirects de la lente reprise dans les pays développés et de l'augmentation concomitante des prix des produits alimentaires, car ils sont pour la plupart des importateurs nets de ces produits. Plusieurs gouvernements donateurs n'ont pas concrétisé leurs engagements et les efforts des États pour réduire leur déficit budgétaire et la dette publique ne seront probablement pas compatibles avec une nouvelle augmentation de l'aide au développement. Cette tendance aura des effets négatifs dans tous les domaines, y compris la santé et d'autres secteurs sociaux<sup>30</sup>. Cependant, l'engagement pris en juin 2010 par le G-8 d'allouer 5 milliards de dollars à la santé maternelle, néonatale et infantile (y compris la santé procréative et sexuelle) est prometteur.

**61. Des systèmes de santé affaiblis et un manque de prestataires qualifiés.** Les soins de santé procréative et sexuelle doivent être intégrés dans un système de santé solide. Celui-ci doit bénéficier de financements adéquats, orchestrés par des partenariats public-privé bien réglementés et gouvernés de manière effective, et disposer d'un nombre suffisant de prestataires qualifiés et formés. Par ailleurs, pour garantir une couverture santé pour tous, des mécanismes d'assurance et autres doivent être mis en place<sup>8</sup>. En pratique, les systèmes de santé manquent de financements et de personnel, d'où les obstacles posés à l'accès aux soins de santé, notamment pour les pauvres et les marginalisés. Beaucoup de pays, en particulier africains, souffrent d'une grave pénurie de personnel de santé. D'après les estimations, 2,4 millions de médecins, infirmiers(ères) et sages-femmes supplémentaires seraient nécessaires au plan mondial<sup>8</sup>.

**62. Persistance des inégalités entre les femmes et les hommes et des violations des droits.** Chaque année, des jeunes filles et des femmes meurent inutilement, par négligence, discrimination ou violence. Des millions d'autres sont victimes de

<sup>28</sup> Fonds des Nations Unies pour la population. *Financial Resource Flows for Population Activities*, pour diverses années, et rapport du Secrétaire général *Flux de ressources financières à l'appui de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement* (E/CN.9/2011/5).

<sup>29</sup> Giulia Greco et autres. « Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006 ». *The Lancet*, vol. 371, n° 9620 (avril 2008), p. 1268 à 1275.

<sup>30</sup> « Swimming against the tide: how developing countries are coping with the global crisis ». Document d'information préparé par la Banque mondiale pour la réunion des ministres des finances et des gouverneurs des banques centrales du G-20, Horsham (Royaume-Uni) 13-14 mars 2009.

violence entre partenaires intimes, de crimes « d'honneur » ou passionnels, d'un manque d'attention médicale ou d'alimentation<sup>31</sup>. L'inégalité entre les sexes et le refus de reconnaître et garantir les droits des femmes et des jeunes filles freinent les progrès en matière de santé procréative et sexuelle.

63. **Impliquer les responsables religieux et les organisations confessionnelles.** Malgré le soutien de certains chefs religieux et organisations confessionnelles à l'Agenda de la Conférence internationale sur la population et le développement, des poches de résistance organisées aux programmes de santé procréative et sexuelle fondés sur des connaissances validées subsistent et sont susceptibles d'entraver les progrès dans ce domaine et dans celui des droits liés à la procréation.

64. **Remédier aux inégalités.** Malgré les progrès notables enregistrés dans la fourniture de services de santé procréative et sexuelle, ces derniers touchent très rarement les pauvres, d'où des taux de morbidité et de mortalité disproportionnés en termes de santé procréative et sexuelle et un accès plus réduit à l'information et aux services. Les plus marginalisés et vulnérables ne sont pas suffisamment pris en compte dans la conception, la planification et la mise en œuvre des programmes et politiques de santé procréative et sexuelle.

## VIII. Comment accélérer les progrès?

65. Les avancées en matière d'accès universel à la santé procréative et sexuelle nécessitent une action urgente et soutenue à tous les niveaux. Il faut impérativement des financements adéquats, un engagement politique ferme, une programmation courageuse et créative et l'implication de divers acteurs, y compris la société civile et les partenaires du secteur confessionnel et privé. Pour aller de l'avant, certains éléments clefs sont incontournables :

66. **Ériger la santé procréative et sexuelle et les droits liés à la procréation au rang de priorité nationale.** Un engagement national fort et un financement approprié, un système de soins de santé efficace, l'intégration de la santé procréative et sexuelle à tous les niveaux des soins de santé, notamment aux soins primaires, et un effort particulier pour toucher et servir les groupes vulnérables sont des aspects déterminants. La santé procréative et sexuelle doit être incorporée dans les mécanismes nationaux de planification du développement et traduite, au delà des simples descriptions, en analyses de situation, stratégies, résultats et financements. Les plans doivent inclure des indicateurs tels que les taux de fécondité et de mortalité maternelle pour la population dans son ensemble et/ou des groupes spécifiques. Des indicateurs de méthode doivent également être mis en place, concernant par exemple l'utilisation et l'accès aux services, la proportion de points de prestation de services pourvus du personnel, du matériel et des fournitures indispensables, et le pourcentage de points de prestation de services proposant des services de santé procréative et sexuelle particuliers.

67. **Recourir à un cadre fondé sur les droits de l'homme.** Une approche basée sur les droits de l'homme, favorisant l'égalité des sexes, l'équité et l'impartialité, est absolument indispensable. La législation et les politiques devraient interdire et sanctionner les pratiques néfastes, la violence sexiste et la discrimination dans

<sup>31</sup> Nicholas Kristof et Sheryl WuDunn. *Half the Sky: turning oppression into opportunity for women worldwide*, New York, Alfred A. Knopf, Random House, 2009.

l'accès aux soins de santé. Créer un environnement politique effectif suppose également de mettre en place des mécanismes de suivi et de responsabilisation. Les communautés affectées devraient participer activement à l'élaboration de la législation et des politiques et au contrôle de leur mise en œuvre effective.

68. **Adopter une approche multisectorielle.** Si les politiques et programmes liés à la santé procréative et sexuelle sont élaborés et mis en œuvre isolément, l'accès universel ne pourra pas être réalisé. Au contraire, ces politiques et programmes doivent être intégrés dans d'autres mesures visant à l'équité du traitement des deux sexes, à la réalisation des droits des femmes et des jeunes filles, à l'accès universel à l'éducation, et dans les processus de promotion de la gouvernance démocratique et participative. L'expérience des dernières décennies a largement démontré ce qui fonctionne. Les mesures préventives optimisent le bien-être et protègent les droits, mais sont également des sources importantes d'économies en termes de coûts pour le système de santé publique. Les approches les plus efficaces devraient être répliquées et étendues.

69. **Identifier et servir les groupes vulnérables.** Pour faire progresser la justice sociale et optimiser les ressources publiques limitées, des efforts doivent être entrepris pour remédier aux inégalités économiques, sociales et culturelles. Les contextes régionaux, nationaux et locaux varient énormément, d'où la nécessité de disposer de données démographiques fiables, de procéder à des analyses et à des consultations, afin d'identifier les plus exclus et vulnérables. Les responsables politiques et les financeurs devraient privilégier ces groupes dans leurs allocations de ressources et traiter les facteurs sous-jacents contribuant à cette vulnérabilité. La couverture universelle des soins de santé est un objectif à long terme. Dans l'intervalle, il peut être nécessaire de mettre en place une protection sociale minimale pour les groupes et personnes défavorisés.

70. **Répondre aux besoins et aux réalités des adolescents.** Les politiques et programmes devraient soutenir l'épanouissement plein et entier des jeunes au travers d'approches multisectorielles, y compris par l'accès à l'acquisition de compétences nécessaires dans la vie courante et à l'éducation sexuelle, et la promotion d'un ensemble essentiel de services de santé et de santé procréative et sexuelle/VIH répondant aux besoins des jeunes et adapté aux multiples facteurs influant sur leur comportement sexuel. Ils devraient également encourager le leadership et la participation des jeunes pour toutes les questions qui touchent leur vie et affectent leur avenir.

71. **Mettre en place des processus participatifs.** Remédier aux déterminants sociaux et culturels d'une santé procréative et sexuelle médiocre suppose de tirer au mieux profit des ressources de la communauté au bénéfice des jeunes filles et des femmes et d'impliquer les hommes et les garçons. La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation sont les plus efficaces lorsque qu'ils font intervenir l'ensemble des parties prenantes et sont ancrés dans la mobilisation et la planification communautaires. Impliquer les organisations communautaires favorise l'appropriation et la réactivité des politiques et programmes aux besoins et réalités de la population.

72. **Renforcer les systèmes de santé.** Pour parvenir à des prestations équitables, efficaces et durables de services de santé procréative et sexuelle de qualité, il est essentiel de renforcer les systèmes de santé. Des mesures devraient être prises pour développer les capacités nationales en matière de planification, mise en œuvre et

suivi. À cet égard, un des aspects clefs est de toucher les groupes marginalisés et de lever les obstacles à l'accès, y compris ceux d'ordre juridique, culturel et économique.

**73. Former les prestataires de soins de santé.** La formation des prestataires, y compris dans le cadre d'une redistribution des tâches, peut aider à remédier au manque de personnel de santé. Les médecins sont indispensables pour gérer les problèmes graves liés à la santé procréative et sexuelle. Mais d'autres professionnels de santé, tels que les sages-femmes et d'autres cadres, peuvent être formés au traitement de la plupart des aspects de la santé procréative et sexuelle, y compris les accouchements, la planification familiale, les soins postnatals, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

**74. Maintenir l'approvisionnement en produits de santé procréative et sexuelle.** La disponibilité, la gestion efficace et la distribution effective de produits abordables et de haute qualité, y compris de moyens de contraception, de préservatifs masculins et féminins, de médicaments et d'équipements, sont des aspects déterminants de tout système de santé performant.

**75. Intégrer la santé procréative et sexuelle et le VIH.** Beaucoup de problèmes liés à la santé procréative et sexuelle, y compris le VIH, le manque d'accès à la planification familiale et les taux élevés de mortalité maternelle partagent les mêmes causes profondes : l'inégalité entre les femmes et les hommes, la pauvreté, l'exclusion et la stigmatisation. Et bon nombre des stratégies visant à traiter ces causes profondes sont similaires, par exemple celles visant à modifier les comportements sexuels et les normes communautaires entourant le genre, la sexualité et la procréation; à renforcer et améliorer l'accès aux services de santé de base; à éliminer les tabous en matière de la sexualité, etc. C'est pourquoi il est indispensable d'intégrer la santé procréative et sexuelle et la prévention du VIH à tous les niveaux : dans l'élaboration des politiques, le système de soins de santé et au sein des communautés et des foyers.

**76. Accroître le financement tout en exploitant le rapport coûts/avantages de la santé procréative et sexuelle.** Les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé procréative et sexuelle ont besoin de ressources additionnelles répondant à des orientations stratégiques et utilisées de manière efficace, dont notamment :

a) *Des services de planification familiale.* Fournir immédiatement des services et des produits de contraception à toutes les personnes souhaitant retarder, espacer ou éviter les grossesses coûterait 6,7 milliards (en dollars des États-Unis 2008) par an : ce montant inclut 3,1 milliards de dollars pour servir les utilisateurs actuels de moyens de contraception modernes plus 3,6 milliards de dollars pour répondre aux besoins non satisfaits. Si les 215 millions de femmes que l'on estime ne pas avoir accès à des méthodes modernes de planification familiale utilisaient la contraception, le nombre de grossesses non désirées dans les pays en développement baisserait de 53 millions (à 22 millions), et 25 millions d'avortements ainsi que 7 millions de fausses couches seraient évités<sup>10</sup>.

b) *Les soins de santé maternelle et néonatale.* Le coût annuel actuel des soins maternels et néonataux dispensés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés s'élève à 8,6 milliards de dollars. Ce montant correspond à la couverture actuelle de

ces soins, qui est loin d'être complète. L'extension des services afin de permettre à toutes les femmes de bénéficier des soins maternels et néonataux recommandés augmenterait ce coût de 14,3 milliards de dollars, soit un total de 23 milliards de dollars par an. Ceci permettrait, d'après les estimations, de faire chuter la mortalité maternelle de 57 %. Répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception moderne réduirait les grossesses non désirées, d'où une économie de 5,1 milliards de dollars, qui pourraient être utilisés pour fournir des soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. De ce fait, le coût annuel de l'extension des soins maternels et néonataux à tous pourrait être ramené de 23 milliards à 17,9 milliards de dollars<sup>10</sup>.

**77. Améliorer la planification, le suivi et l'évaluation.** Mieux gérer les fonds disponibles nécessite un renforcement des capacités et une amélioration des méthodologies aux fins de guider la formulation des politiques et l'allocation des ressources. Il s'agit entre autres de mettre en place des indicateurs mesurant les progrès en matière d'accès universel à la santé procréative et sexuelle; de collecter régulièrement de données de qualité, et de les ventiler par sexe, âge, niveau de ressources, statut marital, lieu de résidence, et d'autres caractéristiques pertinentes telles que l'origine ethnique, par exemple; et d'utiliser les données existantes pour planifier les programmes, suivre les développements et ajuster au besoin les stratégies.

78. Les objectifs du Millénaire pour le développement sont interdépendants et de plus en plus souvent traités ensemble; les progrès réalisés dans l'atteinte de chaque objectif profitent à tous les autres. La santé procréative et sexuelle pour tous s'inscrit dans cette dynamique. Elle stimule les progrès sociaux, économiques, politiques et culturels et en tire bénéfice en retour. Qui plus est, elle est fondamentale pour la dignité humaine et le bien-être des populations. Cette approche est en parfaite cohérence avec la vision large du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui reconnaît l'importance de développer l'éducation, notamment des jeunes filles, de parvenir à l'équité entre les femmes et les hommes et de réduire la pauvreté et la faim. Comprendre et traiter la dynamique de la croissance démographique est un aspect clef de la réponse au changement climatique et aux autres atteintes à l'environnement qui menacent notre survie même.

79. La vision de la Conférence internationale sur la population et le développement souligne l'impact immédiat et à long terme de la possibilité pour les individus et les couples de décider du moment et de la fréquence des naissances. En œuvrant à la réalisation d'un accès universel à la santé procréative et sexuelle, y compris à la prévention et au traitement du VIH, beaucoup de vies seront sauvées et d'innombrables autres adoucies. À une époque où les ressources sont rares, investir dans la santé procréative et sexuelle est une voie toute tracée pour relever quantité de défis posés au développement et briser le cycle de la pauvreté intergénérationnelle.