



Conseil économique et social

Distr. générale
28 janvier 2011
Français
Original : anglais

Commission de la population et du développement

Quarante-quatrième session

11-15 avril 2011

Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

**Débat général consacré à l'expérience des pays
dans le domaine de la population : fertilité,
santé procréative et développement**

Déclaration présentée par la Fédération internationale pour la planification familiale, organisation non gouvernementale dotée d'un statut consultatif auprès du Conseil économique et social

Le Secrétaire général a reçu la déclaration ci-après, dont le texte est distribué conformément aux paragraphes 36 et 37 de la résolution 1996/31 du Conseil économique et social.

* E/CN.9/2011/1.



Déclaration*

1. La Fédération internationale pour la planification familiale (la Fédération) est heureuse du thème de la quarante-quatrième session de la Commission de la population et du développement, à savoir « Fertilité, santé procréative et développement ».

2. S'appuyant sur le travail des bénévoles et du personnel de 153 associations membres réparties dans 174 pays, la Fédération est déterminée à mettre en œuvre le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La Fédération reconnaît l'importance et la pertinence persistante de la CIPD et se réjouit de la résolution de l'Assemblée générale qui demande la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence et un examen fait par l'Assemblée générale en 2014 mais insiste pour qu'on accorde une priorité accrue à la mise en œuvre dudit Programme d'action et non pas simplement davantage de temps. Il convient de souligner que tout nouveau cadre de développement élaboré après les OMD en 2015 va, pour pouvoir donner de bons résultats, devoir donner la priorité aux questions qui sont au cœur du Programme d'action de la CIPD, en particulier le droit qu'ont les femmes de prendre les décisions relatives à leur fertilité, l'importance des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction, la santé et le bien-être des jeunes et l'importance de ces questions pour le développement durable, l'équité et les droits de l'homme. L'examen des OMD de 2013 va devoir traiter de ces questions.

3. Des dirigeants du monde et des organisations non gouvernementales, dont la Fédération, se sont en septembre 2010 engagés à s'occuper de la santé des femmes et des enfants dans le cadre de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. Il faut à cette fin donner la priorité à des interventions à fort impact et intégrer les efforts touchant l'ensemble des maladies et des secteurs pour améliorer la vie des femmes et des enfants et pour que le développement se concrétise. Le Programme d'action de la CIPD est particulièrement pertinent à l'égard de cette initiative prometteuse.

4. Un accès universel aux objectifs en matière de santé procréative (MDG5b) est essentiel tant pour la CIPD que pour les OMD. Rares sont les interventions en matière de développement qui ont des effets d'une aussi grande portée et aussi profonds que le fait d'accorder aux femmes le pouvoir de prendre la décision de devenir enceinte et de choisir le moment. Le fait de veiller à ce que des progrès touchant les droits et la santé en matière de procréation soient faits est un des moyens les plus économiques de rendre les femmes autonomes, d'accélérer le développement, d'accentuer l'équité et d'atténuer la pauvreté. La reproduction humaine a une incidence sur chaque OMD et aucun de ceux-ci ne peut être atteint si les femmes n'ont pas le droit et les moyens de prendre les décisions relatives à leur fertilité. C'est un puissant outil de développement. La transition démographique du Brésil accomplie au cours des 50 dernières années équivaut à une hausse annuelle de la croissance de l'économie nationale atteignant un demi-point de pourcentage¹. Au

* La présente déclaration est publiée sans avoir été révisée par les services d'édition.

¹ Birdsall, N., Kelly, A. C., Sinding, S. W. (2001) *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World* (en anglais seulement), cité par la Directrice générale de la Fédération, le docteur Gill Greer, dans son allocution dans le cadre de

Bangladesh, une somme de 50 millions de dollars investie en planification familiale en fait épargner 327 dans d'autres OMD².

5. Quand les femmes peuvent décider du nombre de leurs enfants et espacer les naissances, elles choisissent en général de donner plus à leurs enfants, pas d'avoir plus d'enfants, ce qui améliore la santé et le bien-être de leur famille. La planification familiale empêche au moins un cas de mortalité maternelle sur trois et sauve des vies d'enfants. Elle contribue à la lutte contre le VIH et le sida et aide les gouvernements et les collectivités à réaliser un développement durable, social, environnemental et économique. Ainsi que le professeur Sachs l'a déclaré, « La planification familiale est une des grandes réussites des temps modernes »³. Il existe des liens clairs entre une réussite scolaire supérieure, des enfants moins nombreux et en meilleure santé, des dépenses de santé réduites, des aspirations d'un plus haut niveau, un plus grand nombre de femmes au travail et la croissance économique. La planification familiale a été reconnue comme un droit de l'homme dans la Proclamation de Téhéran de 1968 de la Conférence des Nations Unies sur les droits de l'homme. Ainsi que Nafis Sadik l'a déclaré, « la liberté qu'a une femme de décider du nombre de ses enfants et d'espacer les naissances est la liberté dont toutes les autres libertés découlent ».

6. Une médecine de la procréation de bonne qualité, qui inclut la planification familiale, ne coûte pas cher : c'est une des « meilleures affaires », selon l'évaluation de la Banque mondiale, pour ce qui est de la réduction de la morbidité et de la mortalité. Elle s'intègre facilement aux efforts visant à renforcer les systèmes de santé – efforts orientés en partie par l'objectif d'améliorer la santé des femmes et des enfants, qui sont ordinairement les personnes les plus pauvres et les plus négligées par les systèmes de santé. Les besoins et les exigences substantiels relatifs aux services de planification familiale qui ne sont pas satisfaits aideraient aussi, s'ils l'étaient, à ralentir le rythme de la croissance de la population, ce qui réduirait la pression exercée sur des ressources qui diminuent et améliorerait considérablement la santé et la résilience des femmes, des familles et des collectivités.

7. Il reste cependant que, dans le monde, 215 millions de femmes ont des besoins non satisfaits de planification familiale; 45 % d'entre elles sont en Asie du Sud et en Asie centrale et 22 % en Afrique subsaharienne, où la proportion des besoins non satisfaits est la plus élevée. Ce niveau de besoins non satisfaits va se multiplier à mesure que la génération de jeunes la plus nombreuse de l'histoire du monde entame sa vie procréative pour accroître d'ici à 2050 de 40 % la demande de contraception.

8. Il est donc vital pour le bien-être individuel, familial, collectif, national et mondial de garantir l'accès de ces jeunes à l'information, à l'éducation et aux soins en matière de santé sexuelle et procréative et aux services de planification familiale et aux moyens contraceptifs, notamment aux préservatifs masculins et féminins. Les recherches démontrent que, dans certains pays d'Afrique subsaharienne, les filles et

la séance informelle de l'Assemblée générale des Nations Unies en préparation du Sommet de 2010 sur les OMD.

² Achieving the MDGs: The Contribution of Family Planning: Bangladesh, USAID/HPI, cité par la Directrice générale de la Fédération, le docteur Gill Greer, dans son allocution dans le cadre de la séance informelle de l'Assemblée générale des Nations Unies en préparation du Sommet de 2010 sur les OMD.

³ The Lancet, vol. 372, Issue 9649, p. 1535-1536, 1^{er} novembre 2008 (en anglais seulement).

les garçons veulent moins d'enfants que leurs parents mais ont un accès minime ou nul aux services, à l'information et aux moyens nécessaires. Cette situation représente une crise dans les domaines de la santé, des droits de l'homme et du développement. Il est également vital que nous offrions aux jeunes une éducation générale, à l'école et hors de l'école, sur la sexualité humaine, la santé sexuelle et procréative et l'égalité des sexes pour qu'ils puissent aborder de façon positive et responsable leur sexualité du point de vue des droits de l'homme. Il faut également à ce titre traiter des droits sexuels, qui sont une composante des droits de l'homme et un ensemble de droits liés à la sexualité qui évolue.

9. L'accès universel à des services de santé procréative est au cœur des objectifs de la CIPD, mais c'est le seul objectif majeur issu des conférences sur le développement des années 1990 qui est exclu des OMD. Cette omission est une raison importante expliquant les progrès décevants accomplis relativement aux OMD. Bien que le rapport coût-efficacité et les impacts de la planification familiale semblent réels, l'argent que la communauté internationale affecte à la planification familiale a diminué de près de moitié entre 1997 et 2006, passant de 653 millions de dollars à 394. Dans bien des pays, le mouvement vers une fertilité moindre s'est maintenant arrêté, voire inversé, parce que les femmes n'ont pas accès aux contraceptifs ou aux services qu'elles veulent désespérément. L'OMD 5 est en conséquence celui qui s'est le plus écarté de la voie tracée. En Afrique subsaharienne, une femme court une chance sur 22 de mourir de causes liées à l'accouchement ou à la grossesse alors que, dans le monde développé, ce risque n'est que d'une sur 7 300. Chaque année, 360 000 femmes meurent de complications liées à la grossesse. Un autre groupe de 10 à 15 millions souffre de maladies graves ou de longue durée ou de handicaps causés par des complications survenant durant la grossesse ou l'accouchement et 250 000 meurent chaque année du cancer du col de l'utérus. C'est un aspect auquel il serait en grande mesure possible de s'attaquer en assurant des services de santé sexuelle et procréative à compter de l'adolescence.

10. L'atteinte des autres OMD, en particulier les objectifs 1, 3, 4 et 6, est aussi grandement réduite parce que des services de santé sexuelle et procréative accessibles ne sont pas fournis.

11. Le sida et les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les deux grandes causes de décès des femmes en âge de procréer. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, il existe un fort lien entre la mortalité maternelle et le VIH, car le virus nuit à la réduction de la mortalité maternelle. Une double prévention fondée sur le recours au contraceptif, combiné à d'autres méthodes de contraception, va empêcher la transmission du VIH et les grossesses non planifiées de même que la transmission materno-fœtale (PTME). Les gouvernements doivent intégrer la prévention du VIH et du sida, les traitements, les soins et le soutien aux programmes de soins de santé primaires, ce qui inclut les programmes de planification familiale et de santé procréative. La prévention va aussi protéger les droits de l'homme et donner à toutes les femmes, y compris celles qui vivent avec le VIH, le pouvoir d'exercer leur droit de prendre librement et de manière responsable des décisions touchant leur sexualité et la reproduction sans aucune contrainte, discrimination ou violence.

12. Depuis 1990, le nombre des femmes mourant durant la grossesse et au moment de l'accouchement a décliné de plus de 50 % en Asie et de 25 % en Afrique subsaharienne. Bien que ce soit substantiel, et les données démontrent que l'accès à

la planification familiale, la présence de personnel soignant qualifié à la naissance et l'accès à des soins obstétricaux d'urgence constituent des interventions fructueuses, le taux de déclin annuel représente moins de la moitié de ce qui est nécessaire pour faire tomber le taux de mortalité maternelle de 75 % entre 1990 et 2015. Un financement réduit de la planification familiale et des niveaux épidémiques de violence sont à la source des hausses du nombre des grossesses rapprochées et non désirées, des complications liées à la grossesse telles que les fistules et des infections sexuellement transmises (IST) et du nombre accru des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

13. Les jeunes femmes qui ont entre 15 et 20 ans sont deux fois plus susceptibles de mourir au moment de l'accouchement que celles qui sont dans la vingtaine et les filles de moins de 15 ans sont cinq fois plus susceptibles de mourir. Les enfants sont aussi plus susceptibles de mourir ou de devenir malades quand leur mère est jeune. L'augmentation du taux de rétention scolaire améliore la probabilité que les femmes choisissent des naissances survenant plus tard et plus espacées, ce qui leur donne la possibilité d'avoir un emploi intéressant. Ce facteur aide aussi à réduire la pression sur des ressources qui sont peu abondantes, par exemple la nourriture, ce qui accroît la résilience et l'équité.

14. En 2007, 1,3 milliard du groupe de 1,5 milliard de jeunes de 12 à 24 ans vivaient dans des pays à revenu faible et moyen. Dans ce groupe, 42 % vivaient dans la pauvreté et beaucoup n'avaient pas accès à des services de santé élémentaires, en particulier des services de santé sexuelle et procréative, de même qu'à l'éducation. Plus de 500 000 jeunes de plus sont chaque jour touchés par une infection sexuellement transmise (exclusion faite du VIH), alors que plus de 50 % de toutes les nouvelles infections par le VIH se produisent parmi les jeunes de 15 à 24 ans. Les filles et les jeunes femmes portent une part disproportionnée du fardeau des maladies liées à la santé sexuelle et procréative. Il est d'une importance cruciale de satisfaire les besoins et les exigences des jeunes qui ne sont pas satisfaits. Les adolescentes devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et les risques de stérilité en résultant. Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation (CIPD, par. 7.41).

15. Nous devons pour relever ces défis assurer le financement de la santé sexuelle et procréative, ce qui inclut les services de planification familiale, l'information et les moyens nécessaires et une mise en œuvre accélérée du Programme d'action de la CIPD.

16. Nous devons aussi, au moment où nous prenons appui sur les réalisations de la CIPD, relever de nouveaux défis qui s'appliquent à la dynamique des populations et au développement durable, notamment ceux qui concernent les migrations et l'inégalité croissante entre les riches et les pauvres et entre les adultes et les jeunes et la situation de la tranche de 75 % des pauvres du monde qui vivent dans des pays à revenu moyen.

17. Il est clair que les gouvernements ne peuvent pas atteindre seuls les objectifs de la CIPD, les objectifs de Beijing ou les OMD. La société civile a déjà obtenu de remarquables succès en préconisant les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction, en assurant des services et en offrant de l'information et l'éducation. Il est essentiel que la société civile ait le financement, l'espace et la

possibilité de travailler à chaque niveau au sein de partenariats valables avec les gouvernements et les organismes de l'ONU, y compris ONU-Femmes, organisme constitué il y a peu de temps, pour desservir les gens dans les collectivités où ils vivent et travaillent. La portée et le savoir faire des organisations de la société civile peuvent compléter les services gouvernementaux pour aider les gouvernements à atteindre leurs objectifs de développement et à concrétiser leurs promesses.
