

## Choix Publics, Décisions Privées: La Santé Sexuelle et Reproductive et les Objectifs du Millénaire pour le développement



Atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement



# **Choix Publics, Décisions Privées: La Santé Sexuelle et Reproductive et les Objectifs du Millénaire pour le développement**

Auteur: Stan Bernstein  
avec la collaboration de Charlotte Juul Hansen

2006

---

Droits d'auteur © 2006  
Programme des Nations Unies pour le développement  
Tous droits réservés

Cette publication doit être citée comme : *Projet du Millénaire des Nations Unies. 2006. Choix Publics, Décisions Privées : La Santé Sexuelle et Reproductive et les Objectifs du Millénaire pour le développement*

Le *Projet du Millénaire* a été commandé par le Secrétaire Général des Nations Unies et parrainé par le Programme des Nations Unies pour le développement au nom du Groupe des Nations Unies pour le développement. Le rapport est une publication indépendante qui ne reflète pas forcément ni le point de vue des Nations Unies, ni du Programme des Nations Unies pour le développement ni de leurs Etats Membres.

Cette publication a reçu l'appui financier de la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation William et Flora Hewlett, la Fondation Ford et la Fondation David et Lucile Packard.

*Photo de couverture* : TK

*Conception graphique* : Communications Development Inc., USA, et Grundy & Northedge, UK

*Traduction et édition* : Family Care International (FCI)

*Mise en page* : Green Ink, UK ([www.greenin.co.uk](http://www.greenin.co.uk))

---

## Résumé

### Introduction

Dans le cadre de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994, il a été proposé une définition de la Santé sexuelle et reproductive (SSR) qui a reçu l'accord général de la communauté internationale. Au cœur de cette définition, se trouve la promotion des choix volontaires, sains et sûrs des individus et des couples dans les questions sexuelles et reproductives, notamment les décisions concernant la taille des familles et l'âge du mariage, lesquelles sont fondamentales pour le bien-être des êtres humains. La sexualité et la reproduction sont des aspects vitaux de l'identité personnelle et essentiels pour créer des relations personnelles et sociales enrichissantes au sein de divers contextes culturels.

La SSR n'implique pas seulement les années reproductives, mais met l'accent sur la nécessité d'une approche de la santé basée sur le cycle de vie des personnes. Elle aborde des questions sensibles, mais importantes pour les individus, les couples et les communautés, telles que la sexualité, la discrimination sexuelle et les relations de pouvoir entre hommes et femmes. La réalisation de la SSR dépend étroitement de la protection des droits reproductifs, un ensemble de normes établies depuis longtemps que l'on trouve dans divers instruments de promotion des droits de l'homme adoptés à l'échelle internationale.

Dans le contexte de son plan cadre visant à établir un vaste ensemble d'objectifs du développement, la CIPD a stipulé comme objectif l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015. La Déclaration du millénaire et les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) qui en découlent ont établi des priorités étroitement liées à ces objectifs. Pour faire des progrès vers la réalisation des OMD, il est essentiel d'atteindre les objectifs de la CIPD en matière de santé reproductive. Les dirigeants mondiaux ont entériné ce prin-

**aujourd'hui  
encore,  
jusqu'à 50  
pour cent  
des femmes  
dans certains  
pays se  
marient ou se  
trouvent dans  
une union  
avant l'âge  
de 18 ans**

cipe dans le Document sur les résultats du sommet mondial des Nations Unies de 2005 (2005 World Summit Outcome Document (UN 2005b)).

### **La situation actuelle**

Le manque d'accès à la SSR est une préoccupation majeure en matière de santé publique, surtout dans les pays en voie de développement. Par exemple, les cas de décès et d'incapacité occasionnés par la SSR représentaient, en 2001, 18 pour cent du fardeau total de la maladie à l'échelle mondiale et 32 pour cent du fardeau de la maladie parmi les femmes en âge de procréer (15 à 44 ans), même s'il existe des variations régionales considérables. Le fardeau de la maladie lié à la santé reproductive, dû en grande partie à la crise du VIH/sida, représente un tiers environ du fardeau total de la maladie en Afrique, ce qui est presque le double de celui de la plupart des autres régions. Et les cas de décès et d'incapacité ne constituent qu'une partie de l'impact de la SSR sur la qualité de la vie et les perspectives de développement. L'histoire des progrès de la SSR au cours des dernières décennies est mitigée.

### ***Fécondité***

Même si les taux de fécondité ont baissé d'une manière significative dans la plupart des régions du monde, cette baisse a été plus lente ces derniers temps dans plusieurs pays. Dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, la transition de la fécondité reste à un stade précoce. Les taux de fécondité à l'échelle nationale cachent également des variations significatives au sein des pays. Les populations pauvres et rurales ont souvent le niveau d'accès le plus bas aux informations et aux services de planification familiale, et par conséquent les taux de fécondité les plus élevés.

### ***Santé reproductive des adolescents***

Les adolescents, qui représentent actuellement environ 20 pour cent de la population mondiale, ont des préoccupations spécifiques en matière de santé reproductive et font face à des risques liés à l'expérience sexuelle, au mariage et à la fécondité précoces. Une élévation de l'âge du mariage, à l'échelle mondiale, a contribué à une baisse de la fécondité des adolescents. Pourtant, aujourd'hui encore, jusqu'à 50 pour cent des femmes dans certains pays se marient ou se trouvent dans une union avant l'âge de 18 ans, et ce chiffre atteint même 70 pour cent à l'âge de 20 ans. La proportion des jeunes femmes mariées ou qui entrent dans une union avant l'âge de 20 ans est étroitement liée à la fécondité des adolescents et à l'exposition aux risques liés à la santé reproductive.

### ***Planification familiale***

L'emploi des contraceptifs explique en grande partie les variations dans les taux de fécondité observés (les autres facteurs sont notamment l'âge du mariage, les taux d'avortement, l'aménorrhée post-partum et l'abstinence, et l'incidence

des séparations maritales). Malgré une augmentation spectaculaire du recours aux services de planification familiale, les besoins en planification familiale non satisfaits dans les régions à faible prévalence restent très élevés. Même si l'emploi des contraceptifs parmi les adolescents a augmenté, les données tirées de 94 études nationales faites au cours de la dernière décennie montrent que les besoins non satisfaits des adolescents sont deux fois plus élevés que ceux de la population générale dans ces pays. Dans ce groupe d'âge, les besoins non satisfaits en planification familiale reflètent surtout un désir de retarder la grossesse. Aborder ces préférences permettrait de réduire l'exposition à des risques reproductifs et renforcerait l'autonomie des jeunes femmes au niveau de l'éducation, de l'emploi et de la participation sociale.

Les hommes sont impliqués dans les efforts de santé reproductive dans la mesure où ils militent pour les services nécessaires, appuient les besoins de leurs partenaires et reçoivent eux-mêmes des services pour leur santé et bien-être. La plupart des hommes entre l'âge de 20 et 24 ans indiquent qu'ils ont eu des rapports sexuels avant leur 20<sup>e</sup> anniversaire, avec un grand nombre d'entre eux ayant eu des rapports sexuels avant leur 15<sup>e</sup> anniversaire. Un pourcentage élevé des hommes mariés âgés de 25 à 39 ans, surtout en Afrique subsaharienne, déclare ne pas avoir parlé de planification familiale avec leurs partenaires. Pourtant, dans de nombreux cas, les hommes sont plus susceptibles d'approuver l'emploi de moyens contraceptifs que ne le pensent leurs partenaires; ce manque de communication signifie que des occasions pour coopérer et se mettre d'accord sur les préférences reproductives sont perdues. Dans la plupart des pays, la plupart des hommes n'ont qu'une partenaire sexuelle dans une année donnée, mais une minorité significative des hommes mariés ont des partenaires extraconjugaux. L'emploi de préservatifs chez les célibataires est plus élevé que chez les hommes mariés, car au sein du mariage, leur emploi est associé à l'infidélité et à la méfiance de l'épouse.

### ***Santé maternelle***

Environ 529 000 femmes meurent chaque année de la grossesse ou au cours de l'accouchement – dont une majorité écrasante dans les pays en voie de développement. Alors que les femmes dans les pays industrialisés ont une chance sur 2 800 de mourir au cours d'une grossesse ou pendant l'accouchement, le risque dans les régions en développement est de 1 sur 61. En Afrique subsaharienne, il s'élève à une chance sur 16. Ce risque de décès au cours de la vie reflète les taux de grossesse et la qualité des soins obstétriques associés à chaque grossesse. Les décès maternels sont dus à des complications directes et indirectes. Les complications directes sont responsables de 80 pour cent des décès maternels et comprennent hémorragies, septicémie, troubles de l'hypertension découlant de la grossesse, complications liées à l'avortement et arrêt de progression du travail. Les complications indirectes varient d'une région à l'autre et comprennent le paludisme et le sida. Par ailleurs, on a estimé que pour chaque

**Les avortements à risque sont responsables de 13 pour cent des décès maternels, c'est-à-dire environ 68 000 décès par an.**

femme qui meurt, 30 autres femmes environ souffrent de lésions, d'infections ou d'incapacités au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement. Ces incapacités englobent les fistules obstétricales.

Les avortements à risque sont responsables de 13 pour cent des décès maternels, c'est-à-dire environ 68 000 décès par an. Les complications liées à l'avortement contribuent à un pourcentage relativement élevé de décès maternels en Amérique latine et aux Caraïbes (où les restrictions légales sur l'avortement sont répandues) et dans un moindre degré en Asie et en Afrique. Le taux de mortalité clinique pour les avortements, cependant, est le plus élevé en Afrique.

On a constaté une augmentation spectaculaire de la proportion des accouchements avec des assistants qualifiés en Asie du Sud, Asie de l'Est et dans la région du Pacifique, ainsi qu'en Amérique latine et aux Caraïbes où les niveaux initiaux étaient plus élevés. L'Afrique subsaharienne a du retard sur les autres régions du monde, 41 pour cent des accouchements seulement se passent en présence d'un assistant qualifié, ce qui contribue au taux de mortalité maternelle élevé sur le continent.

### ***VIH/sida et IST***

La pandémie du VIH/sida constitue une menace importante au développement des pays affectés. Le virus se propage à travers les différentes populations à des vitesses variées et les taux de prévalence parmi les adultes vont d'une fraction d'un pour cent à nettement plus de 30 pour cent. En Afrique subsaharienne et certaines régions des Caraïbes, l'épidémie est bien enracinée dans la population générale et se propage en grande partie par le contact hétérosexuel. Cependant, quel que soit le moyen principal de transmission, ce sont presque toujours les populations pauvres et les personnes marginalisées qui sont les plus à risque d'exposition. Plus de la moitié des hommes et des femmes dans la plupart des pays du monde manquent de connaissances générales et appropriées nécessaires pour prévenir la transmission du VIH.

La prévalence des IST (infections sexuellement transmissibles) curables et incurables, y compris le VIH/sida, est plus élevée en Afrique subsaharienne et en Amérique latine et aux Caraïbes que dans d'autres régions. Dans certaines régions du monde en développement, il est possible que les hommes soient prêts à utiliser des préservatifs, mais ne peuvent pas les obtenir, surtout les jeunes hommes et ceux qui disposent de ressources limitées ou vivent dans des zones rurales.

### ***Violence fondée sur le genre***

La violence fondée sur le genre est un problème de santé publique significatif qui concerne des millions de femmes à travers le monde. Il a été constaté que les femmes maltraitées sont plus de deux fois plus susceptibles que les femmes non



**La violence fondée sur le genre est un problème de santé publique significatif qui concerne des millions de femmes à travers le monde.**

maltraitées, d'avoir une mauvaise santé (notamment en ce qui concerne la santé reproductive) et d'avoir des problèmes physiques et mentaux. Ces femmes ont également un risque accru de contracter une IST, y compris le VIH/sida.

### **Pourquoi n'a-t-on pas accordé plus d'importance à la SSR?**

L'importance de la SSR dans la réalisation des objectifs internationaux de développement n'a pas été reflétée d'une manière adéquate au niveau des cadres d'action et des mécanismes de surveillance internationaux, régionaux et nationaux. La complexité du concept de SSR a entravé les progrès. Diverses composantes de la SSR relèvent de la responsabilité de différents ministères sectoriels, ce qui rend plus difficiles des réponses nationales coordonnées. Nombreux sont les planificateurs nationaux qui ont étudié l'économie du développement avant d'étudier les avancées analytiques récentes concernant l'effet des structures par âge sur la réduction de la pauvreté. Les problèmes de la SSR ont également été répartis parmi les divers OMD (santé maternelle, mortalité infantile, égalité des genres, VIH/sida), et la planification familiale a été exclue des Objectifs, ce qui fait qu'elle n'a pas bénéficié d'une attention prioritaire.

Il existe de nombreuses raisons pour réaliser l'objectif de la SSR, qui sont en rapport avec la santé publique, les droits de l'homme, les priorités morales, les préoccupations instrumentales liées aux objectifs de développement fondamentaux (y compris liens et relations) et les analyses institutionnelles. Toutefois, les différents groupes et parties prenantes mettent l'accent sur différents éléments de cet ensemble de préoccupations, rendant leurs résolutions et la mobilisation politique plus problématiques. La planification opérationnelle a souvent lieu dans des contextes qui ne favorisent pas ou n'encouragent pas la résolution de ces discours et priorités. Les problèmes liés au sexe et à la reproduction sont sensibles – enchevêtrés dans des questions de culture et d'idéologie liées aux institutions sociales et aux identités personnelles. Dans de nombreux pays, les divers groupes culturels comprennent et interprètent la SSR (et la prestation des services associés) de différentes manières. La discussion publique et l'attention accordée à ce sujet peuvent être limitées pour éviter les divisions politiques ou parce qu'on le considère comme un sujet « honteux ». Ce n'est qu'au cours des 10 à 15 dernières années que la SSR est devenue un sujet digne de discussion et de consensus internationaux.

L'échéancier pour la réalisation des OMD détourne également l'attention de l'ordre du jour de la SSR. Les cibles et les indicateurs dans des domaines clés tels que l'égalité des genres sont définis en fonction de ce qui peut être mesuré et modifié à court terme, et non pas en fonction d'horizons plus longs requis pour des modifications culturelles et des changements démographiques. Par ailleurs, les problèmes des femmes n'ont pas été considérés comme une priorité. L'objectif concernant les inégalités entre les sexes dans l'éducation n'a pas été réalisé à temps. La mortalité maternelle n'a reçu ni la priorité ni les investissements appropriés.

**Une approche axée sur la maladie dans l'établissement des priorités sanitaires n'a pas reconnu l'importance de la prévention des grossesses non désirées.**

En établissant des priorités dans le domaine de la santé, on a négligé l'attention portée à la SSR. Une approche axée sur la maladie dans l'établissement des priorités sanitaires n'a pas reconnu l'importance de la prévention des grossesses non désirées. Les conséquences de ces grossesses dépassent les préoccupations directes individuelles sur l'incapacité; elles ont un impact sur la participation sociale, la santé familiale et des questions complexes d'autonomie. Il est donc difficile d'évaluer le retour sur les investissements en SSR et il est souvent omis des dialogues sur les politiques.

L'histoire documentée des progrès en SSR, en particulier l'augmentation de l'emploi des contraceptifs et la réduction globale de la fécondité, a détourné l'attention de la nécessité de faire des investissements continus. En supposant que des progrès continueraient à être réalisés en suivant le cours de l'histoire, on a réduit les investissements requis pour atteindre cet objectif. Des préoccupations démographiques en évolution (par exemple, la baisse de la fécondité et le vieillissement accéléré de la population) dans les principaux pays donateurs ont également atténué le soutien des initiatives en faveur des pays en voie de développement. Avec les politiques d'aide au développement des pays donateurs s'orientant vers un soutien budgétaire direct sans affectation de fonds à des programmes spécifiques, des domaines tels que la santé des femmes risquent d'être négligés. Le financement vertical réservé à des initiatives spécifiques (par exemple le VIH/sida) peut donner la priorité à certaines interventions, mais nuire au renforcement des capacités du système sanitaire.

Au sein des pays en voie de développement, la réforme du secteur sanitaire, qui inclut souvent une approche décentralisée de l'établissement des priorités, entraîne la nécessité de fournir des informations supplémentaires sur les questions de SSR et de justifier leur inclusion. Des fonctions centrales (telles que l'exploitation des systèmes logistiques et le contrôle de la qualité des services) exigent un niveau élevé d'engagement et un cadre stratégique et réglementaire favorable.

Le débat international sur la SSR met l'accent sur une approche de la santé publique axée sur les résultats, mais les gens réagissent en fonction de différents facteurs. Un éventail de sujets suscite de fortes passions et des débats intenses : l'avortement, la SSR des adolescents et même la planification familiale. Ces questions déclenchent de nouvelles discussions lors de chaque conférence intergouvernementale y faisant référence. Les politiques des donateurs peuvent favoriser ou étouffer la discussion et le développement des programmes de santé reproductive.

Un exemple des difficultés rencontrées en abordant les problèmes de SSR provient de la réponse au VIH/sida. Malgré le rôle prédominant de la transmission sexuelle dans sa propagation, cette maladie est classée avec les maladies infectieuses (tuberculose et paludisme) dans le cadre des OMD. Ce n'est que récemment qu'on a commencé à aborder la notion d'une séparation historique des IST (y compris le VIH/sida) et d'autres questions de santé reproductive

**Les tendances démographiques ont un impact sur l'évolution de la réduction de la pauvreté et les perspectives de la réduire.**

(dont la planification familiale) dans les politiques, les programmes et les priorités en matière de financement.

**L'impact de l'accès universel à la SSR dans la réalisation des OMD**

L'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs est important en soi; il joue également un rôle clé dans la réalisation de nombreux OMD. La réalisation des OMD est influencée par les dynamiques de la population telle que la croissance démographique, les niveaux de fécondité et de mortalité, la structure par âge et la répartition zone rurale/urbaine. Chaque pays en voie de développement a sa propre combinaison unique de facteurs démographiques qui affectent les perspectives de progrès vers les OMD.

Le développement économique est lié à une augmentation de la productivité et des investissements dans des domaines tels que l'éducation, la nutrition et la santé. La dynamique de la population et des taux de fécondité en baisse fournissent une occasion unique d'aiguiser le développement économique d'une société au fur et à mesure que la population active augmente et que le poids de la population inactive diminue. Toutefois, ce phénomène exige des politiques de création d'emplois pour la population active croissante. Le fardeau de la jeune population inactive dans les pays et les régions les moins avancés crée une demande croissante de ressources et d'investissements en matière d'éducation, de nutrition et de santé uniquement pour suivre le rythme de la croissance démographique. Si des ressources adéquates le permettent, les baisses projetées des taux de natalité entraîneront des investissements plus importants dans des améliorations de la qualité.

Avant l'épidémie du VIH/sida, on s'attendait à ce que les taux de mortalité continuent à baisser dans toutes les régions. Néanmoins, cette tendance a été inversée dans les pays où le VIH/sida est le plus prévalent, surtout en Afrique subsaharienne. L'espérance de vie à la naissance est plus basse dans les régions en développement que dans les régions plus développées, mais on prévoit qu'elle augmentera dans les pays moins développés et les pays les moins avancés. Une telle évolution dépend de la réussite de la mise en œuvre de programmes de prévention et de traitement du VIH/sida et d'autres interventions liées à la santé. Les migrations, internes et internationales, déterminent également les perspectives de progrès vers les OMD.

***Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim***

Les tendances démographiques ont un impact sur l'évolution de la réduction de la pauvreté et les perspectives de la réduire. Les dynamiques diverses et en évolution de la population ont eu un impact spectaculaire dans plusieurs régions du monde. L'Afrique subsaharienne reste dans le cercle vicieux de la pauvreté où des facteurs démographiques – taux de fécondité et de mortalité infantile et juvénile élevés, et mortalité adulte excessive (y compris celle due au VIH/sida) – jouent un rôle significatif. L'Asie de l'Est, d'autre part, a enregis-

tré des baisses frappantes du nombre de personnes vivant dans la pauvreté de revenus. Des analyses récentes suggèrent que 25 à 40 pour cent de la croissance économique peut être attribuée aux effets d'une baisse de la mortalité (la santé a un impact sur la productivité) et à une baisse de la fécondité (ce qui permet un approfondissement des investissements en capital humain). Au niveau sociétal, il existe une occasion unique remarquable lorsque la population active (15 à 60 ans) est relativement grande par rapport aux populations jeunes et âgées plus « dépendantes ». Mais cette prime démographique n'est pas garantie. Il s'agit d'une occasion, et aussi d'un défi qui dépend des priorités, politiques et stratégies appropriées.

Lorsqu'il existe dans une société des institutions qui permettent le flux accéléré des informations, il est possible de diffuser à une large échelle des informations sur les avantages des familles plus petites, de disposer de retours d'informations précis sur le rendement des investissements dans les enfants et de discerner plus rapidement les chances accrues de survie des enfants, ce qui fait que les personnes âgées sont moins tentées de continuer à promouvoir une fécondité élevée. La plus grande différence entre les familles riches et les familles pauvres cependant, n'est pas la taille de leur famille souhaitée ou idéale, mais leur capacité à réaliser leurs préférences. Pour les pauvres, l'accès aux services peut être affecté d'une manière défavorable par l'emplacement de la clinique, les heures de service et les frais d'utilisation. La prime démographique fonctionne donc non seulement au niveau macroéconomique, mais aussi aux niveaux microéconomiques de la communauté et de la famille. Des niveaux élevés de fécondité contribuent directement à la pauvreté, réduisant les opportunités des femmes, diluant les dépenses sur l'éducation et la santé des enfants, empêchant les femmes de faire des économies et augmentant leur vulnérabilité et insécurité.

Les programmes de SSR peuvent aider à améliorer l'état nutritionnel des femmes et de leurs enfants et accélérer les progrès sur les cibles concernant la faim et la santé maternelle et infantile. Une stratégie comportant des interventions multiples devrait mettre en place des programmes d'alimentation supplémentaire à la disposition des femmes enceintes, améliorer les connaissances des femmes sur leurs propres besoins nutritionnels ainsi que ceux de leurs enfants, et augmenter leur pouvoir de négociation pour qu'elles puissent obtenir la nutrition nécessaire. Les grossesses rapprochées et les taux de fécondité élevés qui y sont associés exposent les femmes à un risque accru d'anémie et d'autres états de malnutrition absolue et relative.

Pour progresser dans la réduction de la faim, des efforts ciblés sont également nécessaires pour améliorer la productivité agricole. Un effort concerté au niveau de la communauté peut assurer une meilleure gestion du sol, une gestion améliorée de l'eau et d'autres composants d'une approche intégrée de la productivité agricole. Toutefois, la croissance rapide de la population, alimentée par des désirs de fécondité élevée et/ou une mauvaise réalisation des tailles

**Les familles nombreuses sont fortement enclines à garder les enfants, surtout les filles, à la maison au lieu de les envoyer à l'école.**

préférées des familles, peut mener à la sous-division des biens immobiliers et des terres, ce qui peut diminuer les avantages des interventions destinées à augmenter la productivité.

**Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous**

La SSR a un impact sur les différents niveaux de scolarisation de façons analogues et qui se recoupent. Par exemple, les filles peuvent être retirées de l'école pour qu'elles s'occupent de leurs sœurs et frères à n'importe quel moment de leur éducation. Les risques de cette éventualité augmentent avec la taille de la famille. L'abandon scolaire occasionné par une grossesse peut également survenir à n'importe quel niveau, y compris à l'école primaire.

Beaucoup d'études empiriques ont montré qu'il existe une association négative entre la fréquentation scolaire d'un enfant et le nombre de sœurs et frères avec lesquels il vit. Les familles nombreuses sont fortement enclines à garder les enfants, surtout les filles, à la maison au lieu de les envoyer à l'école. Ces études montrent également que la disparité entre les sexes au niveau de l'éducation peut s'expliquer par le fait que les parents préfèrent envoyer les garçons à l'école lorsqu'une famille dispose de ressources limitées. Les inégalités entre les sexes au niveau de l'éducation devraient donc s'estomper lorsque la taille des familles diminue. Mais les effets estimés sont relativement petits en comparaison avec d'autres facteurs. L'enseignement à domicile par les parents explique une grande partie de l'augmentation des taux.

Comme les États financent de plus en plus les coûts de l'éducation, l'impact des ressources parentales sur l'inscription scolaire des enfants plus jeunes devient moins important. Toutefois, on a établi que le *rendement* scolaire est lié à la taille de la famille : les enfants plus âgés risquent plus d'être retirés de l'école en raison des coûts de la scolarisation et de leurs capacités accrues à contribuer aux responsabilités ménagères. Des investissements plus importants dans le bien-être des enfants, y compris la scolarisation, surviennent souvent dans les ménages où les mères ont plus de contrôle sur les dépenses.

Les adolescents et les jeunes dans les pays en voie de développement ont des rapports sexuels à un âge précoce. Le décalage plus important entre l'apparition des règles et le moment du mariage augmente également le risque d'exposition à une grossesse. L'augmentation du nombre de filles fréquentant l'école après la puberté mène fatalement à un risque accru de grossesses parmi les élèves. Pour une élève enceinte, le prix à payer est lourd si l'on découvre la grossesse pendant qu'elle est encore à l'école. Elle doit souvent choisir entre l'abandon scolaire et un avortement, en règle générale illégal, et par conséquent potentiellement dangereux. Les garçons qui sont impliqués dans les grossesses des filles ne courent pas les mêmes risques. Une baisse du nombre d'abandons scolaires pour cause de grossesse aurait un impact considérable et justifierait des modifications de politique; les gains risqueraient d'être plus importants dans les pays qui ont commencé à aborder la question de la discrimination fondée sur le

**Impliquer les hommes dans la SSR est essentiel pour promouvoir l'égalité des genres et augmenter la santé reproductive des hommes.**

genre et dans ceux qui se trouvent à un niveau intermédiaire de développement socio-économique. Le mariage précoce est également associé à la grossesse chez les adolescentes. Par rapport à leurs homologues non mariées, les jeunes filles mariées ont des réseaux sociaux restreints, sont moins mobiles, ont moins de possibilités de générer des revenus, sont plus exposées à des risques de santé et ont des niveaux de fécondité globale plus élevés.

***Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes***

Assurer l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs est essentiel pour réaliser l'égalité des genres. Impliquer les hommes dans la SSR est essentiel pour promouvoir l'égalité des genres et augmenter la santé reproductive des hommes.

Garantir la SSR et les droits sexuels et reproductifs est important pour assurer que les filles et les femmes mènent des vies plus longues et plus saines; une telle politique a des répercussions puissantes et directes sur leur bien-être. Les services de SSR travaillent pour promouvoir des choix volontaires en matière de santé sexuelle et reproductive sans risque. Pour ce faire, ils ne doivent pas se contenter de fournir des services et des informations liés à la planification familiale; ils doivent combattre la violence fondée sur le genre, la coercition sexuelle et la mutilation génitale féminine (MGF).

La violence fondée sur le genre, en particulier, a un impact profond sur le bien-être des femmes. Elle revêt plusieurs formes : les rapports sexuels contraints dans le cadre du mariage ou des fréquentations, le viol par des inconnus, le viol systématique au cours d'un conflit armé, le harcèlement sexuel, la violence sexuelle à l'endroit des enfants, la prostitution forcée et la traite des femmes, le mariage d'enfants et les actes de violence contre l'intégrité sexuelle d'une femme (tels que la MGF ou les contrôles de la virginité). La violence sexuelle est associée à des traumatismes émotionnels significatifs et à des problèmes de santé mentale durables.

La traite des femmes est un problème grandissant. Le trafic des personnes au-delà des frontières implique environ 800 000 personnes tous les ans, et 80 pour cent d'entre elles sont des femmes et des filles qui sont achetées et vendues à l'échelle mondiale, la plupart du temps à des fins de commerce sexuel. Ce chiffre ne comprend pas le nombre substantiel de femmes et de filles qui font l'objet d'un tel trafic à l'intérieur de leur propre pays.

Il est estimé qu'entre 100 et 140 millions de femmes et de filles, dont la plupart en Afrique, dans les États Arabes et en Asie, ont subi une MGF. Ce rite de passage peut occasionner des hémorragies, des infections et même le décès, et expose les jeunes filles à des traumatismes physiques et émotionnels graves et durables. Les risques chroniques pour la santé à long terme incluent des infections constantes des voies urinaires, des infections de l'appareil reproductif et des douleurs menstruelles plus fortes. Enfin, la capacité à éprouver du plaisir pendant les rapports sexuels est en grande partie détruite.

**Les enfants  
nés de très  
jeunes mères  
ont un risque  
plus élevé de  
complications.**

Le mariage précoce revêt beaucoup de formes différentes et a diverses causes, y compris les traditions ancestrales et le désir de protéger les filles des grossesses non désirées et en dehors du mariage ou d'établir des liens entre les familles ou les communautés. Néanmoins, le mariage des filles sous contrainte, ou avant qu'elles ne soient en âge de pouvoir donner leur consentement libre et entier est nuisible non seulement pour leur santé et leur bien-être, mais aussi il viole leurs droits humains, tels qu'élaborés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres instruments portant sur les droits de l'homme.

Permettre à une femme de satisfaire son désir d'espacer ses enfants ou de limiter le nombre d'enfants qu'elle aura lui permet de mieux combiner ses responsabilités ménagères (dont l'éducation des enfants) avec ses activités en dehors du foyer, y compris ses activités économiques, politiques et éducatives. L'une des transformations les plus spectaculaires dans le développement au cours des 30 dernières années a été le rôle de plus en plus important des femmes au sein de la population active, ce qui a été déclenché en grande mesure par leur capacité à contrôler leur fécondité et à façonner ainsi leurs carrières au cours de leur cycle de vie.

***Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile***

Le comportement et la fécondité maternels sont d'importants facteurs déterminants dans la santé et la survie infantiles. Les enfants nés de très jeunes mères ont un risque plus élevé de complications. De même, les enfants nés à un intervalle trop rapproché courent plus de risques de souffrir d'une mauvaise santé. Lorsque le taux de prévalence des contraceptifs modernes est en dessous de 10 pour cent, la mortalité infantile moyenne est de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes. Lorsque le taux de prévalence est de 10 à 29 pour cent, la mortalité infantile est de 79 décès pour 1 000 naissances vivantes; et lorsqu'il est de plus de 30 pour cent, la mortalité infantile est de 52 pour 1 000 naissances vivantes.

Les enfants nés de mères adolescentes ont deux fois plus de risque de mourir au cours de leur première année de vie que ceux nés de femmes qui ont la vingtaine ou la trentaine. Les mères adolescentes ont un risque plus grand de développer des complications sérieuses parce que leur corps n'est pas encore tout à fait arrivé à maturité. Elles sont également beaucoup plus susceptibles d'avoir de mauvaises habitudes nutritionnelles et moins susceptibles de rechercher des soins prénataux et post-partum adéquats, ce qui entraîne des taux plus élevés de bébés dont le poids à la naissance est insuffisant, de malnutrition et de mauvais résultats pour la santé de leurs enfants.

L'espacement des naissances est une mesure importante qui permet de sauver la vie des mères et des enfants. Si on les compare avec les bébés nés moins de deux ans après une naissance antérieure, les enfants nés après un intervalle de trois ou quatre ans sont plus susceptibles de survivre jusqu'à l'âge de cinq ans. Dans les pays moins développés, si aucune naissance ne survenait dans

**Le fait que des femmes meurent de causes évitables pendant l'accouchement est une tragédie. Cette tragédie est aggravée dans les cas où la grossesse n'était même pas voulue.**

les 36 mois suivant une naissance antérieure, le taux de mortalité infantile baisserait de 24 pour cent, et le taux de mortalité en dessous de l'âge de cinq ans baisserait de 35 pour cent. Au total, cela représenterait annuellement trois millions d'enfants de moins de cinq ans ou environ 30 pour cent de la mortalité infantile totale. Par ailleurs, un intervalle minimum de trois ans entre les naissances est également important pour rehausser le développement cognitif et social de l'enfant.

Les femmes qui ont des accouchements rapprochés sont plus susceptibles d'arrêter prématurément l'allaitement maternel, augmentant ainsi le risque de mortalité infantile. L'allaitement maternel protège les nouveaux-nés et les bébés des maladies infectieuses et chroniques – y compris les diarrhées et les maladies respiratoires aiguës – et les aide à récupérer plus rapidement d'une maladie. L'allaitement intensif à la demande fournit également une protection contre une grossesse tout de suite après la naissance en retardant le retour des règles. La promotion de l'allaitement seul est une priorité mondiale importante destinée à renforcer la santé des enfants. Une mère séropositive pour le VIH peut réduire le risque de transmission postnatale du VIH lorsqu'elle allaite exclusivement son enfant au lieu de lui fournir une alimentation mixte.

#### ***Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle***

Chaque année plus d'un demi million de femmes meurent de complications évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. En élargissant l'accès à la SSR, on pourrait faire baisser la mortalité et la morbidité liées à la grossesse et à l'accouchement. Le fait que des femmes meurent de causes évitables pendant l'accouchement est une tragédie. Cette tragédie est aggravée dans les cas où la grossesse n'était même pas voulue. Par ailleurs, la force d'intervention sur la santé infantile et la santé maternelle (Task Force on Child Health and Maternal Health) affirme qu'une amélioration de la santé maternelle nécessite des politiques et des interventions qui vont au-delà d'une simple réduction de la mortalité maternelle.

Environ 201 millions de femmes ont des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne – ce qui fait qu'elles sont plus susceptibles d'avoir des grossesses à risque élevé ou non voulues et par conséquent, des complications pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou découlant d'un avortement à risque. Parmi les femmes mariées en âge de procréer, la demande d'espacer les naissances a représenté 33 à 75 pour cent de la demande des services de planification familiale. Les femmes plus jeunes, surtout, souhaitent retarder leur grossesse suivante et bénéficier d'intervalles plus longs entre les naissances. Certaines femmes souhaitent également retarder leur première grossesse malgré la notion répandue que les femmes souhaitent avoir leur premier enfant tout de suite après le mariage. Les contraintes socio-culturelles concernant le statut des femmes et d'autres restrictions limitant leur accès aux services de santé peuvent former des obstacles, empêchant les femmes d'espacer les naissances.



**Seulement  
une personne  
sur cinq à  
risque de  
contracter le  
VIH a accès à  
des services  
de prévention,  
même de  
base**

Des soins obstétricaux complets, d'urgence et de base, sont essentiels pour réduire la mortalité maternelle. Malgré les progrès de la dernière décennie, seulement près de 70 pour cent des naissances dans les pays en voie de développement sont précédées d'une visite, même unique, pour les soins prénataux. L'anémie pendant la grossesse augmente les risques de mortalité et de morbidité maternelles et affecte également d'une manière indésirable la santé infantile en augmentant les risques d'une naissance prématurée et d'un faible poids à la naissance. En diminuant les retards dans la prestation des soins d'urgence (la décision de solliciter ces soins, l'arrivée dans un établissement de santé et la prestation des soins à l'arrivée), il est possible d'augmenter d'une manière spectaculaire les chances de survie. Les soins post-partum, souvent moins faciles à obtenir que les soins prénataux contribuent à la santé et à la survie du nouveau-né et fournissent une occasion de donner des conseils en planification familiale.

Des taux élevés de grossesses non voulues sont associés à des incidences plus élevées d'avortements, et plus précisément, à des avortements à risque, ce qui fait que les femmes ont encore plus de risques de mourir ou de se trouver dans un état d'infirmité. L'impact est particulièrement prononcé sur les jeunes femmes, car deux avortements à risque sur trois sont pratiqués sur des femmes âgées de 15 à 30 ans et 14 pour cent sur des femmes âgées de moins de 20 ans. L'avortement légal, cependant, ne garantit pas la sécurité dans des régions où les fournisseurs ne sont pas formés ou des barrières empêchent un large accès aux services. Il existe des preuves d'une corrélation étroite entre les lois et les politiques permettant l'avortement, l'avortement à moindre risque et une réduction de la mortalité maternelle.

Une des causes principales de grossesses non voulues est le manque d'accès aux contraceptifs ou leur non-utilisation : plus de la moitié des femmes dans les pays en voie de développement sont à risque parce qu'elles utilisent une méthode traditionnelle avec un taux d'échec élevé, une méthode réversible qui nécessite des fournitures régulières ou pas de méthode du tout. L'emploi correct et suivi de la contraception et l'accès à la contraception d'urgence peuvent réduire d'une manière considérable le recours à l'avortement et améliorer globalement la santé maternelle.

***Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies***

Pour répondre aux besoins en matière de SSR et combattre le sida, le paludisme et autres maladies, des médicaments essentiels doivent être disponibles partout dans le pays. À l'échelle mondiale, 80 pour cent des cas du VIH sont transmis sexuellement. Seulement une personne sur cinq à risque de contracter le VIH a accès à des services de prévention, même de base, qui pourraient prévenir 29 millions des 45 millions cas de nouvelles infections projetées pour la décennie à venir. Les tests, les conseils, le traitement et les soins atteignent un pourcentage encore plus restreint de ceux qui sont atteints.

**Une expansion des services de SSR peut fournir un ensemble de services intégrés, y compris des conseils sur la transmission et la prévention du VIH, un soutien psychologique et social, et un traitement anti-rétroviral pour les mères séropositives pour le VIH.**

L'emploi correct et suivi de préservatifs – qui peut réduire l'incidence du VIH par 80 pour cent – est un élément clé dans n'importe quelle stratégie de prévention nationale utilisée pour réduire l'exposition sexuelle au VIH. D'autres éléments comprennent le retardement de l'initiation sexuelle, l'abstinence et une réduction du nombre de partenaires sexuels. Il existe cependant un déficit important dans la disponibilité des préservatifs dans de nombreux pays en voie de développement, et des investissements à grande échelle seront nécessaires dans des programmes éducatifs et de sensibilisation conçus pour promouvoir et déstigmatiser l'emploi de préservatifs parmi les hommes et les femmes.

La dynamique de pouvoir sous-jacente entre les hommes et les femmes dans de nombreux pays en développement empêche également les femmes d'avoir accès aux préservatifs et ensuite de pouvoir insister sur leur emploi. Les rapports sexuels non protégés avec un mari non monogame augmentent considérablement la probabilité qu'une femme sera exposée au VIH. Pour surmonter une dynamique de pouvoir de cette nature, il est important d'assurer l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et d'assurer que les services de planification familiale ciblent activement les hommes dans leurs programmes. Les services de SSR comprennent des conseils (pour les hommes et les femmes) en vue de réduire l'exposition à des comportements sexuels à risque susceptibles d'augmenter les risques d'une personne à contracter le VIH (ou à le transmettre à d'autres).

Il a été estimé qu'en 2003, 630 000 nouveaux-nés à travers le monde ont été infectés par le VIH pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement, ou suite à l'allaitement. On aurait pu éviter de nombreuses infections en assurant aux mères l'accès à un régime de traitement prévenant la transmission de la mère à l'enfant. Une expansion des services de SSR peut fournir un ensemble de services intégrés, y compris des conseils sur la transmission et la prévention du VIH, un soutien psychologique et social, et un traitement anti-rétroviral pour les mères séropositives pour le VIH. Des services de contraception volontaires pour aider les femmes positives pour le VIH à prévenir les grossesses non voulues devraient être un composant central de stratégies de prévention nationales efficaces.

La prévention et le traitement des IST, importants en eux-mêmes, sont également des éléments essentiels des stratégies conçues pour réduire la transmission du VIH. Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de complications liées aux IST car elles sont plus souvent asymptomatiques et moins susceptibles de rechercher un traitement, même lorsqu'elles ont des symptômes. Les femmes souffrant d'une IST sont également plus susceptibles d'être stigmatisées, de souffrir d'infertilité et même d'être maltraitées ou abandonnées.

La grossesse réduit l'immunité des femmes au paludisme, ce qui peut mener à des résultats défavorables pour la santé, voire au décès de la mère, et augmenter les chances qu'elle accouche d'un enfant mort-né ou d'un bébé ayant un faible poids à la naissance, avec toutes les complications que cela

**En règle générale, la mortalité maternelle est plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.**

entraîne pour le nouveau-né. Les femmes positives pour le VIH souffrent d'une fréquence et d'une densité de la parasitémie plus élevées, et les femmes qui sont co-infectées sont plus souvent atteintes d'anémie et les conséquences pour l'accouchement sont plus défavorables que chez celles atteintes du paludisme ou du VIH seul. L'accès universel aux services de SSR permettrait d'assurer que les femmes enceintes à risque du paludisme reçoivent un traitement efficace.

***Objectif 7 : Assurer un environnement durable***

La croissance démographique au cours du siècle dernier a soumis les ressources naturelles à des pressions croissantes au fur et à mesure que l'échelle des besoins et des activités humains a augmenté. La croissance démographique, entre autres facteurs, a mené à l'expansion des terres cultivées, à des activités agricoles intensifiées, à une extension anarchique des logements et à une surutilisation des eaux et des forêts.

La croissance démographique mène indirectement à la dégradation de l'environnement. Elle fait partie d'une dynamique complexe qui comprend la pauvreté, l'inégalité, les niveaux de consommation et les échecs des politiques et du marché. Les populations vivant dans des pays qui ont des ressources naturelles peu abondantes et qui disposent de peu de ressources pour investir dans la santé, l'éducation et la planification familiale augmentent plus rapidement que la population mondiale dans l'ensemble, soumettant ces zones souvent biologiquement fragiles à des pressions encore plus fortes.

La pérennité environnementale doit être le résultat de programmes de conservation biologique, de progrès technologiques et d'un vaste effort de développement humain. Les priorités en matière de développement doivent inclure des investissements dans l'éducation et la santé, y compris la SSR, pour briser le cycle vicieux de la croissance démographique et de la vulnérabilité environnementale.

On a estimé que d'ici 2030, la population urbaine mondiale passera de 2,1 milliards (2000) à 5 milliards d'habitants. Des initiatives urgentes sont nécessaires pour ralentir la croissance de nouveaux bidonvilles et améliorer la vie de leurs habitants. Les pauvres des zones urbaines ont besoin de services de SSR au sein d'un système de santé accessible et efficace. Même si le taux de fécondité des femmes en zone rurale est généralement plus élevé que celui des femmes en zone urbaine, les femmes pauvres en zone urbaine ont des taux de fécondité considérablement plus élevés que ceux des femmes non pauvres en zone urbaine. Les besoins non satisfaits en contraception parmi les pauvres en zone urbaine sont également plus élevés que parmi les femmes non pauvres en zone urbaine, même s'ils sont inférieurs à ceux des femmes en zone rurale. En règle générale, la mortalité maternelle est plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Les populations rurales et les populations pauvres des zones urbaines sont privées d'accès à des établissements de santé modernes. Toutefois, si les popu-

lations rurales sont plus affectées par le manque de proximité des services, les populations urbaines doivent faire face à d'autres facteurs, y compris les coûts du transport et les frais d'utilisation. Beaucoup d'améliorations sont nécessaires pour que les habitants des bidonvilles et les pauvres des zones urbaines puissent améliorer leurs résultats en matière de SSR. Le VIH/sida est l'un des principaux problèmes de santé dans les villes et certains risques y sont amplifiés. Les adolescents peuvent également éprouver plus de difficultés à mener une vie sexuelle saine.

### ***Objectif 8 : Partenariats mondiaux***

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) était la première conférence internationale à estimer les ressources nécessaires pour réaliser le plan d'action convenu. Ces estimations des ressources comprennent quatre composants : la planification familiale; la santé reproductive; les IST et le VIH/sida; et des recherches fondamentales, des données et une analyse de la population et du développement. Chaque composant doit être incorporé dans des programmes nationaux de base consacrés à la santé de la population et la santé reproductive.

Il est important de signaler que les estimations du Programme d'action ne comprennent pas toutes les questions examinées à la conférence et que des ressources supplémentaires sont toujours nécessaires pour d'autres objectifs et cibles (incorporés ultérieurement dans les OMD), tels que l'amélioration du statut et l'autonomisation des femmes et le renforcement des systèmes de soins de santé primaires.

Néanmoins, les ressources mobilisées provenant des donateurs n'atteignent même pas les cibles établies pour le financement lors de la CIPD. Bien que le financement des activités liées à la population soit en hausse, cela est dû en grande partie à un flux plus élevé des ressources vers les activités consacrées au VIH/sida. Malheureusement, ce phénomène s'est produit aux dépens d'autres secteurs de l'aide à la population. La planification familiale a été de plus en plus négligée depuis la CIPD, et la part de son financement dans le contexte de l'aide totale à la population est passée de 56 pour cent en 1995 à 13 pour cent en 2003.

Il existe des variations dans le niveau d'Aide publique au développement (APD) que les pays donateurs accordent aux activités de la population. En 2003, cinq pays seulement ont donné plus de quatre pour cent de l'APD aux activités de la population (comme convenu lors de la CIPD). Les activités liées à la population dans les pays en voie de développement reçoivent également de l'aide externe de partisans autres que des pays donateurs. Les banques de développement, surtout la Banque mondiale, des fondations et des organisations non gouvernementales (ONG) contribuent de manière importante aux ressources. Les apports provenant du paiement direct des services par les usagers représentent une grande partie de la totalité des ressources financières intéri-

**La volonté politique d'agir et la surveillance étroite des progrès peuvent accélérer les avancées.**

eures. Bien que les dépenses intérieures augmentent, de nombreux pays en voie de développement (et surtout les pays les plus pauvres) ont besoin d'une APD adéquate. Dans le contexte de l'échéancier établi pour les OMD, ils ne peuvent pas atteindre un niveau de financement intérieur durable s'approchant, même de loin, de deux tiers des coûts pour les activités de la population.

Fournir l'accès aux médicaments et aux fournitures de santé reproductive est essentiel pour réaliser les OMD et améliorer la santé dans les pays en voie de développement. Assurer la sécurité des produits de santé reproductive signifie assurer l'approvisionnement sûr d'un choix de produits tels que des contraceptifs (y compris des préservatifs), des fournitures de santé maternelle et celles requises pour le traitement et la prévention du VIH/sida et d'autres IST. Ces produits doivent être fournis aux populations rurales et urbaines, aux riches et aux pauvres, aux personnes âgées et aux jeunes, et aux hommes et aux femmes. Il est essentiel que les capacités nationales soient développées pour assurer la viabilité des prévisions, de la logistique, du financement, de l'approvisionnement, de l'emmagasinement, de la surveillance des stocks, de la distribution des produits et de la formation et de la gestion des ressources humaines.

### **Tâches à accomplir**

L'incorporation de la SSR dans les stratégies nationales pour atteindre les OMD et dans les programmes internationaux et régionaux a été recommandée par les dirigeants mondiaux dans le Document sur les résultats du sommet mondial 2005 (World Summit Outcome Document (UN 2005b)) et dans les recommandations du secteur de la santé lors de l'Assemblée mondiale de la santé.

La volonté politique d'agir et la surveillance étroite des progrès peuvent accélérer les avancées. La volonté politique devrait être reflétée dans des engagements de haut niveau qui légitiment les priorités et la mobilisation du soutien communautaire.

#### ***Tâche 1 : Intégrer les analyses et les investissements relatifs à la SSR dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté***

La planification nationale du développement doit être basée sur les évaluations des besoins relatifs aux OMD qui incluent les préoccupations sur la population et la SSR. Ces analyses doivent faire un diagnostic de la situation actuelle et des dynamiques projetées des principaux groupes de la population faisant l'objet d'interventions prioritaires afin d'orienter les investissements pour qu'ils atteignent les cibles de la couverture et reflètent leurs rendements attendus.

Jusqu'à ce jour, ces questions n'ont pas été incorporées d'une manière adéquate dans les exercices de planification, et il n'a pas été fait une référence appropriée aux stratégies nationales existantes sur la population ou la SSR. Néanmoins, des investissements dans les programmes de planification familiale volontaires, par exemple, réduiraient l'ensemble des ressources nécessaires

**Les questions de SSR soulèvent des problèmes particuliers car les besoins au cours du cycle de vie et parmi les différentes populations varient considérablement**

pour faire des progrès sur les OMD liés à la santé et fourniraient des avantages supplémentaires.

Le choix d'indicateurs pour surveiller les progrès sur la SSR aux niveaux national, régional et mondial peut aider à cibler les priorités d'action.

***Tâche 2 : Intégrer les services de SSR dans des systèmes de santé renforcés***

Les programmes de planification familiale ont commencé comme des systèmes organisés verticalement avec des garanties de financement par des donateurs distincts, ce qui a fourni des avantages et des désavantages. La CIPD a regroupé tous les services de SSR – y compris la planification familiale – au sein du système de santé existant. Les pays ont modifié par la suite leurs programmes pour augmenter l'intégration de ces services dans le système de soins de santé primaires. Un schéma d'approche systématique de l'intégration est nécessaire pour orienter la conception des programmes et surveiller les opérations.

Comme schéma de référence, il est proposé de mettre l'accent sur un continuum de soins centrés sur la personne tout au long de sa vie et sur des interventions axées sur la prestation de services. Des informations et des systèmes de renvoi efficaces, ainsi que des unités de prestation de services opérationnelles sont essentielles pour assurer ce niveau de soins.

L'expérience antérieure avec l'intégration des services indique la nécessité d'une meilleure expertise en gestion. Les charges de travail de surveillance, d'évaluation et de comptabilité augmentent avec l'exhaustivité et la complexité des services. Une attention adéquate doit être accordée à la SSR, au maintien des capacités spécialisées et à leur renforcement, ainsi qu'à l'amélioration des systèmes logistiques et d'approvisionnement des stocks. Différents acteurs, à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé clinique, peuvent être désignés pour assurer les interventions en matière de SSR.

Pour réaliser une intégration efficace, il est nécessaire d'accorder la priorité à la satisfaction des besoins des clients, aux informations centrées sur le client, à la planification et à la surveillance réalistes et spécifiques, et à la gestion flexible d'un personnel motivé et compétent dans des systèmes de santé robustes. Les questions de SSR soulèvent des problèmes particuliers car les besoins au cours du cycle de vie et parmi les différentes populations varient considérablement, et les services aux différents niveaux du système de santé doivent être fournis et reliés.

L'intégration efficace de la prestation des services de SSR aux systèmes de prévention, traitement et soins consacrés au VIH/sida est une nécessité pour réaliser des progrès accélérés sur toute la gamme de préoccupations liées à la SSR.

***Tâche 3 : Collecte systématique des données***

La gestion efficace de la prestation de services de santé intégrés, y compris les composants SSR, nécessite des investissements dans des bases de don-

nées orientées sur les services et les résultats. Dans de nombreux contextes, la mise au point d'un tel système a posé des problèmes. Au-delà des besoins d'informations sur la gestion de la santé, il existe un manque d'informations de base que les parties prenantes pourraient utiliser pour rendre des comptes sur diverses préoccupations liées à la population et à la SSR. Elles comprennent la santé reproductive et l'éducation dans le contexte socio-culturel pour le comportement sexuel et reproductif; la dynamique de la population et les besoins des jeunes; l'urbanisation et la migration; la détérioration des conditions rurales et agricoles; les poches de pauvreté; les rôles et les rapports de genre et les systèmes de croyances; et les données ventilées par sexe pour fournir un tableau plus précis des contributions économiques des femmes à la société, y compris leurs rôles de gestion et leur travail non rémunéré au sein de la famille et dans le secteur informel.

Des interventions stratégiques pour améliorer les données permettant la prise de décisions et la responsabilisation comprennent la définition d'un ensemble élémentaire de besoins d'information sur la santé, la négociation de mécanismes de responsabilisation efficaces entre les donateurs et les autorités nationales, des liens formalisés entre les organismes gouvernementaux et les parties prenantes nationales (ONG et institutions de recherche nationales) et des investissements destinés à améliorer les capacités techniques de ceux qui y participent. De tels développements devraient répondre aux besoins spécifiques aux niveaux national, régional et du quartier.

#### ***Tâche 4 : Mettre en œuvre l'initiative à impact rapide sur la santé reproductive***

Le Projet du millénaire de l'ONU a identifié des interventions clés permettant d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD qui, dans l'ensemble, peuvent produire des résultats dans des délais relativement courts. L'initiative à impact rapide sur la santé reproductive (Reproductive Health Quick Impact Initiative) est dotée de deux composants consistant à : (1) améliorer l'accès aux informations et aux services de santé reproductive, y compris la planification familiale et (2) combler le retard du financement pour les produits, les fournitures et la logistique.

Les connaissances sur la planification familiale sont maintenant assez étendues, mais il existe encore d'importants malentendus et des lacunes concernant cette question et d'autres questions de SSR. Ces malentendus et ces lacunes au niveau des connaissances sont particulièrement prononcés chez les jeunes et comprennent un manque de connaissances sur la transmission du VIH/sida.

Les raisons pour lesquelles les services ne sont pas utilisés sont variées et spécifiques au contexte. Les solutions doivent être adaptées aux circonstances nationales car les méthodologies « taille unique » n'existent pas. En plus de répondre aux besoins non satisfaits en planification familiale, il est essentiel d'améliorer la qualité des soins. Entre autres, il est nécessaire de fournir une

**La qualité des soins de SSR mène à une acceptation plus grande des contraceptifs et autres services de SSR et à des taux d'abandon plus faibles.**

gamme de choix de méthodes, de répondre aux besoins d'information, d'assurer que le personnel est compétent sur le plan technique et que les établissements sont équipés, de veiller à ce que les relations client-fournisseur soient adéquates et empreintes de sensibilité, d'assurer un suivi pour encourager la continuité, et de fournir une constellation de services intégrés. La qualité des soins de SSR mène à une acceptation plus grande des contraceptifs et autres services de SSR et à des taux d'abandon plus faibles. L'emploi accru des travailleurs de la santé communautaires pour fournir une gamme de modules de services nécessitera une formation étendue et des services de soutien pour assurer la qualité.

On projette que la demande en contraceptifs augmentera d'une manière spectaculaire pendant la période prévue pour la réalisation des OMD, suite à la croissance démographique, à l'accumulation des besoins non satisfaits actuellement et aux préférences pour des familles plus petites. La région Asie-Pacifique aura besoin de la plus grande part des ressources en contraceptifs, médicaments et fournitures médicales. Mais l'augmentation la plus grande est attendue en Afrique : 161 pour cent.

La Coalition pour les fournitures de santé reproductive (Reproductive Health Supplies Coalition) a travaillé pour améliorer les échanges d'information sur la disponibilité et les besoins, renforcer les systèmes d'approvisionnement, favoriser la prise en charge des fournitures de santé reproductive par le pays concerné et l'engagement politique et financier au niveau national, améliorer la coordination entre les fournisseurs internationaux et les gestionnaires d'approvisionnement des différents pays, et augmenter les marchés pour permettre l'approvisionnement par le secteur privé à des segments appropriés de la population. Il est nécessaire d'améliorer les capacités nationales et d'examiner les réponses d'urgence en cas de ruptures de stock et d'autres crises d'approvisionnement. L'allocation des fonds nationaux reste un signal important que les pays peuvent envoyer pour encourager des réponses supplémentaires des donateurs. Un effort coordonné visant à augmenter les ressources provenant des sources nationales et internationales est requis, en prévoyant des allocations significatives pour renforcer les institutions nationales. De tels efforts devraient inclure un retour d'informations amélioré en provenance des acteurs locaux (gouvernementaux et non gouvernementaux) sur la demande en évolution et sur la qualité et la fiabilité l'approvisionnement.

L'incorporation efficace des produits de SSR dans les systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments essentiels doit être réalisée. Les multiples systèmes de gestion logistique mal coordonnés en diminuent l'efficacité et l'efficacité. Les outils de gestion existants peuvent fournir un soutien technique à ces efforts nationaux d'approvisionnement.

Pour améliorer l'accès aux services de planification familiale et l'emploi de ces services, il est nécessaire d'inclure une attention « programmatique » aux événements clés de la vie, pendant lesquels la demande et la réceptivité sont élevées. Il s'agit des services à offrir post-avortement, post-partum, post-



**Dans le contexte de la planification du développement, on ne prête pas suffisamment attention aux jeunes femmes et jeunes hommes.**

infection (par une IST, y compris le VIH/sida, post-décès d'un enfant et post-puberté/initiation).

### *Tâche 5 : Répondre aux besoins de populations spéciales*

Comme les besoins des différents groupes de population varient – sur le plan des risques encourus et des programmes requis pour les atteindre – l'attention particulière accordée au développement de services ciblés a augmenté. Les sous-groupes comprennent des populations telles que les jeunes non mariés, les pauvres, les populations rurales et les femmes post-partum et post-avortement.

#### *Adolescents*

Dans le contexte de la planification du développement, on ne prête pas suffisamment attention aux jeunes femmes et jeunes hommes. Les schémas institutionnels sectoriels tendent à ne pas être organisés autour des catégories d'âge et à ne pas offrir une approche intégrée des besoins des jeunes. Les enquêtes sur les besoins des jeunes en informations et services de santé, y compris la SSR, montrent leur réticence à utiliser des cliniques ou à aborder les questions liées au sexe et à la reproduction. Il est nécessaire de développer des approches complètes et holistiques, sensibles et réceptives aux besoins des jeunes. Les schémas normatifs sur les droits des clients sont particulièrement importants pour rassurer les jeunes.

La diversité de la situation des populations d'adolescents doit être prise en considération, avec des groupes de population spécifiques parmi les adolescents exigeant une attention prioritaire dans la planification des programmes. Ces groupes comprennent ceux qui vivent dans des situations à risque et les jeunes mères. Des données détaillées sont nécessaires sur la situation des jeunes personnes, mariées et non mariées, surtout dans le domaine de la SSR.

#### *Situations humanitaires*

Une crise humanitaire – qu'elle soit occasionnée par un conflit ou un désastre naturel – crée de sérieuses difficultés pour la réalisation des OMD. Les structures et les systèmes tombent en panne, rendant les individus beaucoup plus vulnérables et augmentant les besoins de protection et de prestation de services. Parmi les 34 pays les plus pauvres qui sont les plus loin de réaliser les OMD, 22 pays sont dans un état de conflit ou sortent tout juste d'un conflit.

La situation en matière de SSR pendant un conflit ou un désastre naturel augmente la probabilité d'une grossesse non désirée, de mortalité maternelle et infantile, et de transmission des IST, y compris le VIH/sida. La perte soudaine d'un soutien médical, ainsi que le traumatisme et la malnutrition qui suivent souvent un état d'urgence signifie que les femmes enceintes se trouvent plus à risque de morbidité ou de mortalité maternelle. La propagation des IST, y compris le VIH/sida, augmente car un état d'urgence met fin aux relations stables; interrompt les normes sociales en matière de comportement sexuel; et force les

**Pour mettre en œuvre les diverses actions recommandées, des efforts de programmation multisectorielle efficace sont essentiels.**

femmes, ainsi que les jeunes filles et les garçons à échanger les rapports sexuels contre la nourriture, un abri et un revenu. La violence fondée sur le genre augmente également. Des directives opérationnelles sur la santé reproductive dans les situations d'urgence ont été élaborées et doivent être mises en vigueur.

#### *Hommes*

Les hommes jouent un rôle essentiel dans la santé reproductive en tant que clients, partenaires et agents du changement. Les donateurs peuvent soutenir des recherches opérationnelles pour faire avancer ces contributions et les pays peuvent lui accorder la priorité. Les programmes fondés sur l'équité des genres, cherchant à impliquer les hommes, devraient aborder la question des relations de pouvoir, et des définitions positives soutenant la masculinité devraient être renforcées pour améliorer la situation des hommes et des femmes. Les stratégies de santé reproductive devraient inclure la participation masculine comme étant une stratégie clé du programme. La sensibilisation des hommes est un composant essentiel dans une augmentation graduelle et sensée des programmes de SSR. Les membres du personnel auront besoin d'une nouvelle formation pour aborder la question de la participation masculine.

#### ***Conditions requises pour une action efficace***

##### *Engagement politique*

L'engagement politique à haut niveau peut signaler l'importance des progrès en matière de SSR à la population dans son ensemble et aux bureaucraties d'exécution. Des changements impressionnants sont possibles à un rythme accéléré lorsque les gouvernements nationaux se mobilisent pour répondre à des choix volontaires.

##### *Coordination efficace*

Pour mettre en œuvre les diverses actions recommandées, des efforts de programmation multisectorielle efficace sont essentiels. La coordination des mécanismes et des institutions peut mobiliser les parties prenantes, les incitant à participer à la conception, à la mise en place et à la surveillance des programmes impliquant divers acteurs.

##### *Participation communautaire et sensibilité culturelle*

La reconnaissance du rôle vital des apports communautaires dans la planification du développement est en accord avec cette vision. Les services peuvent être mieux adaptés aux conditions locales lorsque le personnel est armé de méthodes et de directives lui permettant d'évaluer sa propre performance et de compléter ses évaluations avec des suggestions des bénéficiaires des services.

Pour créer des programmes de santé reproductive réussis, il est essentiel de tenir compte du contexte local, y compris sa structure et sa culture. Le parte-

nariat avec des groupes locaux tels que des organisations fondées sur la foi et des particuliers au sein de la communauté est donc une étape essentielle dans un programme réussi cherchant à promouvoir les droits humains et des vies plus saines.

#### *Ressources pour les programmes*

Des informations supplémentaires sur les coûts d'intervention détaillés qui sont devenues disponibles pendant la décennie postérieure à la CIPD ont mené à de nouvelles estimations des ressources nécessaires pour la SSR. Ces estimations comprennent : (a) des estimations détaillées désagrégées des coûts pour la prestation directe de services, notamment pour la planification familiale et autres services de base en matière de santé maternelle et reproductive (y compris l'accouchement sans risque, les soins obstétricaux d'urgence, les interventions associées à la survie néonatale/mortalité infantile et une vaste gamme d'efforts de prévention du VIH/sida); (b) les frais généraux (par exemple, maintenance, alimentation électrique, fournitures de base au niveau de l'établissement, personnel de soutien); et (c) les coûts d'amélioration du système liés à la gestion, à une amélioration de la surveillance et de l'évaluation et des capacités en matière de recherche et des besoins d'évaluation.

Des estimations préliminaires des capitaux et ressources humaines supplémentaires requis pour atteindre la couverture des services ciblés sont également disponibles. De meilleures estimations de ces besoins seront fournies par les évaluations « ascendantes » des besoins des OMD menées par les différents pays. Les analyses du Projet du millénaire de l'ONU montrent que la plupart des pays à faible revenu doivent augmenter de manière substantielle les investissements en capitaux pour renforcer les systèmes de santé et augmenter la couverture des services pour satisfaire les OMD. Il est clair que les besoins en ressources pour les services de base en SSR seront nettement plus élevés que les estimations faites il y a une décennie. D'ici 2015, les coûts annuels requis dépasseront d'environ 14 milliards de dollars (US\$) la somme anticipée au départ, pour atteindre 36 milliards de dollars (US\$). L'ampleur et la part des investissements requis dans la prévention du VIH/sida sont significatives.

Des analyses supplémentaires appliquent cette nouvelle méthodologie à un scénario projetant les besoins en planification familiale, la dynamique des populations et les services de santé maternelle, néonatale et infantile basés sur la satisfaction des besoins actuels non satisfaits en planification familiale. Ces analyses révèlent que, plus les investissements pour éliminer les besoins non satisfaits en ce qui concerne les préférences en planification familiale sont importants, plus les économies réalisées dans les autres services de santé reproductive sont grandes. Les économies réalisées par les investissements en planification familiale augmentent avec le temps, au fur et à mesure que des cohortes de naissance plus petites éliminent d'autres besoins en services et permettant le financement d'améliorations du système.

**L'augmentation de la planification familiale, de la santé maternelle et des efforts de prévention du VIH/sida dépend de la mobilisation de la volonté politique, des capacités institutionnelles et des ressources techniques et financières.**

Les projections des ressources réalisées tant en 1993 qu'actuellement omettent les investissements de soutien dans les autres secteurs (y compris les investissements dans l'autonomisation des femmes). Les estimations actuelles de la SSR sont également basées uniquement sur les coûts des services directs et les coûts ajoutés du système de santé et ne comprennent ni les informations, l'éducation et la communication pour le changement comportemental qui seront requises, ni les interventions communautaires. Des travaux supplémentaires seront nécessaires pour élaborer ces besoins.

L'augmentation de la planification familiale, de la santé maternelle et des efforts de prévention du VIH/sida dépend de la mobilisation de la volonté politique, des capacités institutionnelles et des ressources techniques et financières. Néanmoins, un nombre significatif de pays signale que des déficits dans l'aide internationale ont un impact négatif sur leurs programmes. Une augmentation considérable du soutien financier et technique aux programmes nationaux sera nécessaire pour atteindre l'objectif de la CIPD, à savoir l'accès universel à la santé reproductive, ainsi que la réalisation des OMD.