



Conseil économique
et social

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.9/1996/3
10 janvier 1996
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

Commission de la population et
du développement
Vingt-neuvième session
26 février-1er mars 1996
Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

SUITE À DONNER AUX RECOMMANDATIONS DE LA CONFÉRENCE
INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT :
DROITS LIÉS À LA PROCRÉATION ET SANTÉ GÉNÉSIQUE

Suivi des programmes en matière de population

Rapport du Secrétaire général

RÉSUMÉ

Le présent rapport a été établi conformément au nouveau mandat de la Commission de la population et du développement et de son programme de travail pluriannuel de caractère thématique et comportant des priorités qui a été entériné par le Conseil économique et social dans sa résolution 1995/55. "Les droits liés à la procréation et à la santé génésique" constituent le thème pour 1996.

Le présent rapport, qui reflète les réactions des représentants/directeurs de pays du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans 78 pays, a pour objet de donner un large aperçu de l'éventail des activités entreprises à la suite de la Conférence internationale sur la population et le développement dans les domaines des droits liés à la procréation et de la santé génésique ainsi que des activités d'information, d'éducation et de communication. Il évalue les différentes stratégies et approches que les pays ont adoptées pour mettre en oeuvre les recommandations du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement en matière de santé génésique et d'information, d'éducation et de communication. Il analyse aussi les difficultés et les obstacles rencontrés par les pays dans la mise en oeuvre de programmes relatifs à la santé génésique et à l'information, l'éducation et la communication.

* E/CN.9/1996/1.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphe</u> s	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1 - 5	4
I. INCORPORATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AUX PROGRAMMES DE SANTÉ GÉNÉSIQUE : DÉFINITION CONCEPTUELLE ET APPLICATION	6 - 14	6
II. QUALITÉ DES PROGRAMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION	15 - 27	8
A. Mise en valeur des ressources humaines, y compris formation	17 - 18	9
B. Infrastructure	19 - 22	10
C. Protocoles médicaux	23 - 24	11
D. Fourniture de services concernant la santé de la reproduction	25 - 27	12
III. ACTIVITÉS D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET DE COMMUNICATION	28 - 33	13
IV. CATÉGORIES PARTICULIÈRES DE POPULATION	34 - 47	15
A. Adolescents	35 - 38	15
B. Participation des femmes	39 - 43	17
C. Rôle des hommes	44 - 47	18
V. RÔLE DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES	48 - 54	20
VI. PROGRAMMATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION : DIFFICULTÉS ET OBSTACLES	55 - 66	21
A. Causes socioculturelles	57 - 58	22
B. Infrastructure et accès	59 - 63	23
C. Obstacles économiques et financiers	64 - 66	24
VII. CONCLUSIONS	67 - 75	25

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<u>Page</u>
TABLEAUX	
1. Composantes de la santé de la reproduction qui sont proposées . .	13
2. Pays ayant une stratégie nationale d'information, d'éducation et de communication (IEC), par région ou groupe de pays	14
3. Programmes spéciaux pour accroître la participation des hommes à la santé de la reproduction, par région ou groupe de pays . . .	19
4. Principales difficultés de mise en oeuvre des programmes en matière de santé de la reproduction, par région ou groupe de pays	22

INTRODUCTION

1. Le présent rapport sur le suivi des programmes en matière de population a été établi conformément au nouveau mandat de la Commission de la population et du développement et de son programme de travail pluriannuel de caractère thématique et comportant des priorités, qui a été entériné par le Conseil économique et social dans sa résolution 1995/55. Les droits liés à la procréation et la santé génésique, y compris les activités d'information, d'éducation et de communication, constituent le thème pour 1996.

2. Le présent rapport fait le bilan de l'état de mise en oeuvre des programmes en matière de population et des activités apparentées de développement au niveau des pays. Il insiste sur l'expérience que les programmes ont permis d'accumuler dans le domaine des droits liés à la procréation et de la santé génésique ainsi que des activités d'information, d'éducation et de communication. Les pays développés n'ayant généralement pas de politique explicite en matière de population mais plutôt des politiques, des programmes et des textes législatifs ponctuels, à la différence de la plupart des pays en développement, qui ont adopté, au fil des ans, des politiques et des programmes d'ensemble en matière de population, le présent rapport traite de l'expérience acquise au sujet de ces programmes par les pays en développement ainsi que les pays dont l'économie est en transition. Il porte principalement sur le suivi des programmes de population et traite donc essentiellement des activités opérationnelles dans le domaine de la santé génésique et des activités apparentées d'information, d'éducation et de communication, ainsi que, dans une moindre mesure, des droits liés à la procréation.

3. Pour obtenir les données et les informations nécessaires à l'établissement du présent rapport, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a envoyé un questionnaire à tous ses représentants et directeurs de pays hors siège, soit 125 représentants hors siège répartis dans plus de 130 pays en développement ou pays dont l'économie est en transition. Ce questionnaire portait sur les principaux thèmes du chapitre VII – Droits et santé en matière de reproduction – et du chapitre XI (partie B) – Population, développement et éducation – du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement¹. Plus précisément, les questions concernaient :

a) L'intégration des activités d'information et des services relatifs à la planification familiale dans le cadre plus général de la santé génésique;

b) Les programmes de santé génésique vus sous l'angle de la qualité des soins;

c) La diffusion du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et sa traduction ou non dans la langue du pays;

d) L'existence d'une stratégie nationale d'information, d'éducation et de communication propice à la santé de la reproduction;

e) Les besoins des adolescents en matière de santé de la reproduction;

f) L'ampleur de la participation des femmes à la conception et à la mise en oeuvre des programmes de santé de la reproduction;

g) Les initiatives en cours pour faire participer davantage les hommes aux programmes de santé génésique;

h) Le rôle des organisations non gouvernementales dans la formulation et la mise en oeuvre de ces programmes.

4. Le présent rapport a été établi à partir des réponses reçues de 78 pays². Le nombre de questionnaires remplis et renvoyés au FNUAP par région est indiqué dans le tableau ci-après.

Région ou groupe de pays	Nombre de questionnaires remplis reçus
Afrique subsaharienne (y compris Afrique de l'Est, Afrique centrale, Afrique australe et Afrique de l'Ouest)	233
Afrique du Nord et Asie de l'Ouest	8
Asie (y compris Asie de l'Est, Asie du Sud-Est et Asie centrale du Sud et Océanie)	17
Amérique latine et les Caraïbes	17
Pays dont l'économie est en transition (y compris certains pays d'Europe de l'Est et d'Europe du Nord)	3
Total	78

5. Le présent rapport cherche à dresser un bilan général de l'éventail d'activités entreprises depuis la Conférence internationale sur la population et le développement dans les domaines des droits liés à la procréation et de la santé génésique ainsi que des activités d'information, d'éducation et de communication. Son approche est plus qualitative que quantitative. Il évalue les différentes stratégies et approches adoptées par les pays pour mettre en oeuvre les recommandations du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement au sujet de la santé de la reproduction ainsi que des activités d'information, d'éducation et de communication. Il insiste sur ce qui est fait pour inclure l'information et les services relatifs à la planification familiale dans les programmes de santé génésique; ce qui concerne dans ces programmes la qualité des soins; les programmes relatifs à l'information, l'éducation et la communication en matière de population; les initiatives prises pour répondre aux besoins des adolescents en matière de santé génésique, accroître la participation des femmes et développer des stratégies qui fassent intervenir les hommes; ainsi que le rôle du secteur non gouvernemental. Il analyse aussi les difficultés et les obstacles que les pays ont rencontrés pour mettre en oeuvre des programmes d'information, d'éducation et de communication en matière de santé génésique et de population.

I. INCORPORATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AUX PROGRAMMES DE SANTÉ GÉNÉSIQUE : DÉFINITION CONCEPTUELLE ET APPLICATION

6. Depuis plus de 20 ans, l'expérience a montré que les programmes de planification familiale réussissent surtout là où ils sont rattachés ou incorporés à des initiatives plus générales dans le domaine de la santé qui répondent à des besoins de santé très proches. On a donc été conduit à insister sur les droits liés à la procréation et la santé génésique dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ainsi que sur la nécessité d'inclure une information et des services relatifs à la planification familiale dans les programmes relatifs à la santé de la reproduction. Le Programme d'action (par. 7.2) précise :

La santé de la reproduction suppose "qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé".

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement prévoit en outre que des informations et des services doivent être fournis par l'intermédiaire du système de soins de santé primaires.

7. En 1995, à la suite de la Conférence internationale sur la population et le développement, de nombreux pays ont entrepris tout d'abord de définir l'approche à la santé de la reproduction et de l'appliquer dans leur propre contexte. Comme ils avaient besoin d'orientation, plusieurs organes et organismes des Nations Unies ont publié de la documentation pour les aider à mettre en oeuvre des programmes en matière de santé de la reproduction. C'est ainsi que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a consacré plusieurs publications nouvelles à ce sujet. Des organismes et organes des Nations Unies ont aussi défini leurs objectifs et des activités conçues pour faire de la santé de la reproduction une réalité. Le FNUAP a revu ses lignes directrices concernant la santé de la reproduction, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a présenté ses plans dans ce domaine à son conseil d'administration en 1995 et la Banque mondiale a publié un document d'orientation sur son rôle dans l'amélioration de la santé de la reproduction.

8. Cherchant à définir les incidences de l'approche à la santé de la reproduction sur leurs politiques et leurs programmes nationaux, 18 pays – Bhoutan, Burkina Faso, Comores, Costa Rica, El Salvador, Éthiopie, Inde, Iran (République islamique d'), Jamaïque, Malawi, Mali, Mongolie, Nicaragua, Niger, Pérou, Turquie, Viet Nam et Zambie – ont fait savoir qu'ils avaient organisé des ateliers ou des séminaires pour examiner les incidences de l'approche à la santé de la reproduction sur leurs programmes nationaux en matière de population. Des ateliers ont été organisés pour familiariser les planificateurs et/ou les agents

de santé au nouveau concept de santé de la reproduction et à ses incidences sur les programmes. En outre, dans divers pays, des associations médicales ont organisé des forums ou des colloques pour faire connaître à leurs membres le concept de santé de la reproduction et l'approche à cette santé et examiner les moyens de préciser ce concept et de le traduire dans les faits.

9. Relevant le défi lancé par la Conférence, des pays ont adopté des approches très diverses à la santé de la reproduction. Parmi ceux qui ont répondu à l'enquête, 50 (soit 64 %) ont déclaré avoir pris de premières mesures pour étendre leurs soins existants de planification familiale (PF), de santé maternelle et infantile (SMI), ainsi que leurs programmes d'espacement des naissances et/ou de maternité sans risques à d'autres informations et services en matière de santé de la reproduction. Dans certains pays d'Afrique, les pouvoirs publics sont en train d'intégrer des services en matière de santé de la reproduction aux activités entreprises dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Cette initiative a été lancée à la réunion de 1987 des ministres de la santé des pays d'Afrique subsaharienne en vue d'élaborer une stratégie visant à remettre en état, renforcer et développer les services de soins de santé de base.

10. Dans plus de 30 pays, dont 17 pays d'Afrique subsaharienne, les gouvernements ont déclaré avoir commencé de réorienter et de reconsidérer les politiques existantes. En Guinée, par exemple, le Ministère de la santé a entrepris de faire le bilan des modalités actuelles de son programme de maternité sans risques et de planification familiale afin d'en faire un programme de santé de la reproduction/planification familiale (SR/PF). L'Indonésie, qui avait entrepris de mettre l'accent non plus sur la planification familiale mais sur la santé de la reproduction déjà avant la Conférence, a entrepris d'accélérer la transition dans son programme quinquennal actuel (1995-1999). Celui-ci insiste sur des domaines essentiels, dont la qualité des soins des services de santé génésique, l'approche par une réponse à la demande, la prévention du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/sida) dans le cadre de la SR/PF grâce à une approche centrée sur la famille, l'éducation des jeunes concernant la santé de la reproduction et le bien-être de la famille, la recherche et la collecte de données sur la santé génésique et les femmes, ainsi que la transmission aux femmes de moyens de leur autonomie. Le Gouvernement paraguayen a décidé de revoir le plan national relatif à la santé de la reproduction et la planification familiale qu'il avait élaboré juste avant la Conférence afin de l'adapter aux nouveaux objectifs, principes et recommandations du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement.

11. Le Programme d'action de la Conférence (par. 7.9) prévoit que les gouvernements devront encourager la société à jouer un rôle beaucoup plus actif dans les services de santé en matière de reproduction et, à cette fin, décentraliser l'administration des programmes de santé publique. Plusieurs gouvernements ont suivi cette recommandation en prenant des mesures pour décentraliser les services de santé publique et les confier à des échelons administratifs inférieurs. C'est ainsi qu'au Cameroun, un programme de renforcement et de développement des services de SR/PF dans le cadre des programmes de soins de santé primaires comporte un volet pour la décentralisation des activités de SR/PF du Ministère de la santé au profit de l'administration des districts et des provinces.

12. Le degré d'intégration de la planification familiale aux programmes relatifs à la santé de la reproduction semble dépendre largement de l'état des services et des installations de soins de santé. Les pays dans lesquels la majorité de la population avait déjà accès aux services essentiels de santé de la reproduction ont entrepris d'agir au profit des groupes auparavant non desservis ou mal desservis de la société. Certains d'entre eux ont décidé de les remplacer ou de les compléter par des services de santé de la reproduction plus spécifiques, par exemple des services chargés de prévenir la stérilité et d'orienter les intéressés vers des services compétents, ainsi que de prévenir et traiter les affections de l'appareil génital, de même que les maladies sexuellement transmissibles. Dans les pays dotés de services de santé moins bien développés, il est à craindre que l'intégration complète de la planification familiale aux programmes de santé génésique prenne beaucoup plus de temps. Dans nombre d'entre eux, les gouvernements ont adopté une approche pas à pas pour créer progressivement des services de santé de la reproduction à l'intérieur du système de soins de santé primaires.

13. Selon le Programme d'action de la Conférence (chap. VII) et comme l'a réaffirmé le Programme d'action³ adopté à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue en septembre 1995, les droits liés à la procréation reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et en toute responsabilité du nombre, de l'espacement et du moment de la naissance de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens de le faire ainsi que du droit au plus haut niveau de santé sexuelle et génésique. Ces droits reposent aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence (par. 7.3). L'exercice des droits liés à la procréation est facilité principalement par des activités d'information et des services. Comme on l'a déjà dit, dans la plupart des pays qui ont répondu au questionnaire, des initiatives visent à développer le champ des services relatifs à la santé de la reproduction. Les premières mesures de sensibilisation dans ce domaine prises par les pouvoirs publics sont décrites ci-après.

14. Certains pays ont voulu garantir les droits liés à la procréation dans le cadre d'une approche plus générale aux questions de santé de la reproduction, de population et de développement durable. Le Gouvernement bolivien a, par exemple, promulgué une Déclaration de principes relatifs à la population et au développement durable qui dit que l'"un des aspects essentiels de la SMI est constitué par la santé génésique, qui dépend essentiellement de la planification familiale, exercée en tant que droit fondamental du couple et de la personne de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances".

II. QUALITÉ DES PROGRAMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

15. L'importance accordée par les programmes en matière de population à une approche globale à la santé génésique a conduit à se préoccuper davantage de la qualité des soins fournis. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement souligne qu'il est nécessaire d'améliorer les soins des programmes de santé génésique et de planification familiale afin de répondre aux besoins non satisfaits

d'information et de services relatifs à la santé de la reproduction [voir le Programme d'action, par. 7.23 a) à h)]. Cinquante-deux des pays qui ont répondu au questionnaire ont entrepris d'améliorer la qualité des soins fournis : 24 en Afrique subsaharienne, 4 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 13 en Asie et en Océanie, 10 en Amérique latine et dans les Caraïbes et 1 pays dont l'économie est en transition.

16. La plupart de ces pays cherchent à relever ou à accroître la qualité des services liés à la santé de la reproduction par des voies analogues, a) en mettant en valeur les ressources humaines, y compris en formant du personnel médical ou paramédical dans le domaine de la santé de la reproduction, b) en améliorant l'infrastructure, c) en établissant des protocoles médicaux pour les services de SR/PF, d) en accroissant l'offre de services liés à la santé de la reproduction.

A. Mise en valeur des ressources humaines, y compris formation

17. Il semble que la plupart des projets conçus dans le domaine de la santé de la reproduction par les pays pour donner suite aux recommandations de la Conférence prévoient la formation des dispensateurs de soins de santé – médecins, infirmières et sages-femmes – dans les domaines de la santé de la reproduction et de la planification familiale et/ou une refonte et une révision du matériel pédagogique. Un objectif souvent cité des programmes de formation consiste à accroître le nombre de dispensateurs de services afin d'élargir la couverture de ces derniers, particulièrement en zone rurale. Une telle formation fait connaître aux prestataires de services ainsi qu'aux planificateurs et aux responsables des soins de santé les derniers progrès concernant la santé de la reproduction, leur fait comprendre qu'il faut que les usagers aient la possibilité de choisir en connaissance de cause et qu'il est nécessaire de leur fournir des conseils honnêtes qui se préoccupent de leurs besoins en matière de santé génésique et sexuelle.

18. Les Philippines ont signalé, par exemple, qu'elles avaient dispensé à 80 % environ de tous les travailleurs de santé, fonctionnaires ou non, une formation de base complète au sujet des questions liées à la planification familiale et à la communication intrapersonnelle. Le Viet Nam a indiqué que son programme prévoyait une refonte et une révision des programmes de formation et du matériel pédagogique à partir de l'évaluation de la qualité des soins des services de planification familiale au Viet Nam, de l'enquête par la méthode d'évaluation rapide et des descriptions d'emploi ainsi que des analyses des tâches du personnel de santé chargé de la SMI/PF. Les Comores ont fait savoir que le manuel en cours d'établissement destiné aux prestataires de soins de santé était conçu pour traiter aussi des activités d'information, d'éducation et de communication, souligner l'importance de la confidentialité pour les usagers et expliquer la nécessité de mécanismes qui permettent de suivre les utilisateurs de moyens contraceptifs. Cette dernière mesure est conforme à cette recommandation énoncée au paragraphe 7.23 du Programme : "Dans les années à venir, tous les programmes de planification familiale devront s'efforcer notablement d'améliorer la qualité des soins. Il faudrait notamment : ... e) assurer un suivi approprié, et notamment le traitement des effets secondaires de l'usage des contraceptifs."

B. Infrastructure

19. Il semble qu'en veillant davantage à la qualité des soins des programmes relatifs à la santé de la reproduction, on ait été conduit à plus se préoccuper de l'infrastructure du système de santé, particulièrement de l'entretien des installations de soins de santé et de l'approvisionnement en matériel médical et en médicaments, y compris en contraceptifs. Parmi les pays qui ont répondu au questionnaire, 20 - Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Équateur, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Mexique, Myanmar, Namibie, Nicaragua, Niger, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone et Zimbabwe - ont fait état d'initiatives visant à améliorer l'infrastructure et les installations de soins de santé. C'est ainsi que la Côte d'Ivoire a commencé, en 1993, à rénover et équiper les centres de soins de santé : 20 d'entre eux étaient déjà opérationnels et 20 autres devaient être rénovés et équipés d'ici à la fin de 1995. De même, au Nicaragua, le Ministère de la santé, en coopération avec des organisations non gouvernementales, améliore l'infrastructure et équipe des unités de soins de santé primaires. Au Cambodge, le Gouvernement cherche à relever la qualité des soins, entre autres en réparant et en remettant en état des installations de soins de santé et en fournissant du matériel médical.

20. Au paragraphe 7.23 a), le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement recommande que les programmes de planification familiale reconnaissent "que les méthodes appropriées pour les couples et les individus varient selon leur âge, le nombre de leurs enfants, la taille souhaitée pour leur famille, ainsi que d'autres facteurs, et [fassent] en sorte que les hommes et les femmes disposent des informations voulues et aient accès à la gamme la plus large possible de méthodes sûres et efficaces de planification familiale afin d'être en mesure de faire leur choix librement et en pleine connaissance de cause". Les gouvernements ont commencé, souvent avec l'aide de la communauté internationale des donateurs, à chercher à accroître quand cela était nécessaire l'accès aux différentes méthodes de contraception en élargissant l'éventail de choix des méthodes proposées dans les installations de soins de santé. Ils ont formulé des projets pour faire appliquer des méthodes auparavant inconnues tout en renforçant en même temps l'approvisionnement général en moyens contraceptifs.

21. Certains pays ont reconsidéré la structure de leur organisation afin d'en déterminer l'efficacité et l'utilité. Au Pérou, le Ministère de la santé a entrepris, par exemple, de restructurer l'organisation pour aider la Direction des programmes sociaux du Ministère de la santé à étendre ses activités à la MSI, à la santé des adolescents, au dépistage des cancers et à la planification familiale; cette restructuration a permis au Ministère de la santé de préciser ses politiques de santé et a favorisé une approche plus intégrée à la santé génésique. En décembre 1994, le Ministère mexicain de la santé a regroupé sa Direction générale de la planification familiale et sa Direction générale de la santé maternelle et infantile en une direction générale unique chargée de la santé de la reproduction dont les deux composantes seraient ainsi renforcées.

22. Pour pouvoir répondre aux demandes accrues de moyens contraceptifs, 13 des pays qui ont répondu au questionnaire – Bangladesh, Burundi, Équateur, Éthiopie, Namibie, Nicaragua, Ouganda, Panama, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Togo, Viet Nam et Zambie – ont dit avoir établi depuis la Conférence des programmes qui accordent une attention particulière à la nécessité d'améliorer les systèmes nationaux d'information de gestion logistique, qui permettent aux pays de réagir en cas de diminution des stocks. Le Gouvernement équatorien, par exemple, a lancé un projet pour renforcer le système de ce type de son programme national de planification familiale. La République-Unie de Tanzanie a créé un système d'information de gestion logistique à l'échelle du pays pour améliorer l'entreposage, les commandes et les prévisions des moyens contraceptifs nécessités par les différentes méthodes de planification familiale et de prévention du sida. Tous les coordonnateurs chargés de la SMI et de la prévention du sida ont été formés à l'exploitation de ce système, ce qui a permis d'améliorer l'entreposage, les commandes et les prévisions de moyens contraceptifs. Au Viet Nam, à la suite de la Conférence, le Gouvernement a inclus le renforcement de son système logistique, y compris la distribution de contraceptifs, et le système d'information de gestion en matière de SMI/PF dans son cycle actuel de programmation.

C. Protocoles médicaux

23. Un certain nombre de pays qui ont répondu au questionnaire ont entrepris de revoir ou mettre à jour les normes médicales applicables à la SR/PF ou aux programmes apparentés. C'est ainsi qu'au Ghana, le Ministère de la santé a mis au point des protocoles cliniques relatifs à la maternité sans risque afin de normaliser la prestation de services et de réorienter et d'améliorer la formation des prestataires de services. Les principales composantes de ce protocole ont trait à la planification familiale, aux services prénatals et postnatals, à la surveillance de l'accouchement, à la prise en charge des complications d'avortement et à la prévention et au traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida. En 1994, le Gouvernement ivoirien a adopté une politique nationale de planification familiale qui définit à l'intention des professionnels de la santé les normes auxquelles doit répondre la fourniture d'informations et de services concernant la planification familiale dans le contexte de la santé maternelle et infantile.

24. Le Gouvernement pakistanais a publié et diffusé aux dispensateurs de soins de santé un manuel de normes nationales applicables à la prestation des services de planification familiale qui porte sur toutes les méthodes de contraception. Le Gouvernement égyptien a lancé plusieurs initiatives pour améliorer la qualité des services de SR/PF. Au titre de l'une d'entre elles, il a revu et mis à jour les lignes directrices nationales dans le domaine clinique pour tenir compte des derniers progrès dans les domaines de la santé génésique et de la planification familiale. Au Népal, des équipes d'assurance de qualité ont entrepris de se rendre régulièrement sur le terrain pour vérifier le respect des normes.

D. Fourniture de services concernant la santé de la reproduction

25. Malgré les efforts qui sont faits pour améliorer la qualité des services relatifs à la santé de la reproduction et des autres services apparentés, dans la majorité des pays en développement qui ont répondu au questionnaire, les femmes et les hommes qui y auraient droit ne peuvent pas obtenir du tout ou ne peuvent pas obtenir suffisamment tous les différents services en matière de santé de la reproduction. Le tableau 1 indique le nombre de pays qui offrent certains services en matière de santé de la reproduction, en les classant en fonction de l'importance de l'offre.

26. Le tableau 1 montre clairement que, parmi les différents services concernant la santé de la reproduction, ceux qui sont le plus largement disponibles sont les services de conseils de planification familiale, les services d'information, d'éducation et de communication ainsi que les installations de soins prénatals, d'accouchement sans risque et de soins postnatals. Dans un quart des pays qui ont répondu au questionnaire, les informations et les services en matière de planification familiale ont été considérés comme insuffisamment disponibles pour toutes les femmes et tous les hommes. Plusieurs rapports indiquent que, dans la plupart des cas, les catégories urbaines à revenus moyens et supérieurs ont accès à presque toutes sinon toutes les composantes de l'approche à la santé de la reproduction, tandis que la majorité de la population pauvre, urbaine ou rurale, n'a pas accès à ces services ou n'y a qu'insuffisamment accès.

27. Parmi les 78 pays qui ont répondu, 10 (soit 13 %) ont déclaré fournir les sept composantes des programmes en matière de santé de la reproduction décrites au tableau 1 à toutes les femmes et tous les hommes, par l'intermédiaire du système de soins de santé primaires et d'autres systèmes liés à la santé. Donc, dans la majorité des pays qui ont répondu, la gamme complète de services de soins de santé de la reproduction soit n'est pas encore proposée, soit ne l'est pas encore suffisamment.

Tableau 1

Composantes de la santé de la reproduction qui sont proposées

Composante	Proposée		Insuffisamment proposée		Non proposée		Non déterminée	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Conseils de planification familiale, services d'information, d'éducation et de communication	49	63	19	24	3	4	7	9
Enseignement et services pour les soins prénatals, l'accouchement sans risque et les soins postnatals, particulièrement l'allaitement au sein et les soins de santé pour les nouveau-nés et les femmes	55	71	11	14	5	6	7	9
Prévention et traitement approprié de la stérilité	30	38	18	23	23	30	7	9
Avortement, conformément au paragraphe 8.25 du Programme d'action de la Conférence, y compris prévention de l'avortement et prise en charge de ses conséquences	25	32	16	21	30	38	7	9
Traitement des infections de l'appareil génital	30	38	17	22	24	31	7	9
Maladies sexuellement transmissibles et autres troubles de la santé génésique, y compris cancers de l'appareil génital	38	49	19	24	14	18	7	9
Information, éducation et conseils, le cas échéant, sur la sexualité humaine, la santé de la reproduction et la procréation responsable	35	45	15	19	21	27	7	9

Source : Enquête du FNUAP, 1995.

Note : Dans les colonnes "Nombre" est indiqué le nombre de pays dans lesquels il existe telle ou telle composante, pour laquelle il est précisé dans quelle mesure elle est proposée; la rubrique "Pourcentage" rapporte ce nombre au nombre total de pays (78) qui ont répondu au questionnaire.

III. ACTIVITÉS D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET DE COMMUNICATION

28. Toute innovation conceptuelle doit s'accompagner d'une stratégie d'information, d'éducation et de communication (IEC) conçue pour en faire connaître la teneur et les incidences au public, d'autant plus dans un domaine comme celui des droits liés à la procréation et de la santé génésique qui fait intervenir de nombreux éléments – facteurs socioculturels, convictions et pratiques culturelles, condition de la femme, santé et bien-être généraux, convictions religieuses et valeurs morales, la situation économique.

29. Parmi les 78 pays qui ont répondu au questionnaire, 25, soit 32 %, ont déclaré avoir une stratégie nationale d'IEC concernant la santé de la reproduction (voir tableau 2). Le plus souvent, ces stratégies nationales étaient étroitement liées à la fourniture de services. Seize des pays qui ont répondu (soit 21 %) ont déclaré avoir élaborer une stratégie nationale d'IEC

/...

consacrée à la santé de la reproduction. Donc, un peu plus de 50 % des pays ayant donné des renseignements disposeront prochainement de stratégies nationales d'IEC insistant sur la santé de la reproduction et les thèmes apparentés. Plus de 50 % des pays d'Afrique subsaharienne (18 pays sur 33) au sujet desquels on dispose de renseignements disposaient déjà d'une stratégie nationale d'IEC ou étaient en train d'en élaborer une. En Afrique du Nord et en Asie de l'Ouest, quatre des huit pays s'étaient dotés ou étaient en train de se doter d'une stratégie nationale. En Asie et en Océanie, ils étaient 10 sur 17 dans le même cas et, en Amérique latine et aux Caraïbes, huit sur 17 pays et, parmi les pays dont l'économie était en transition, un sur trois.

30. Toutefois, ce n'est pas parce qu'un pays n'a pas défini de politique d'IEC dans le domaine de la santé de la reproduction qu'aucune initiative n'y est en cours. Dans presque tous les pays qui ont communiqué des renseignements, des activités d'IEC visaient à sensibiliser le public dans le domaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale. Les activités dans ce sens s'inscrivaient souvent dans le cadre de programmes de SR/PF plus généraux ou apparentés et utilisaient divers modes de communication (médias imprimés, radiodiffusion et télévision, par exemple) ainsi que diverses techniques de communication intrapersonnelle ou de communication traditionnelle (par exemple, théâtre, chant, danse, théâtre de marionnettes, affiches et brochures).

Tableau 2

Pays ayant une stratégie nationale d'information, d'éducation et de communication (IEC), par région ou groupe de pays

Région ou groupe de pays	Nombre de pays ayant répondu au questionnaire	Nombre de pays ayant une stratégie nationale d'IEC	Nombre de pays en train d'élaborer une stratégie d'IEC
Afrique subsaharienne (y compris Afrique de l'Est, du Centre, de l'Ouest et Afrique australe)	33	11	7
Afrique du Nord et Asie de l'Ouest	8	2	2
Asie (y compris Asie de l'Est, du Sud-Est et de l'Ouest) et Océanie	17	6	4
Amérique latine et Caraïbes	17	5	3
Pays dont l'économie est en transition (y compris certains pays d'Europe de l'Est et d'Europe du Nord)	3	1	0
Total	78	25	16

Source : Enquête du FNUAP, 1995.

31. Dans certains pays, il a semblé que les activités d'IEC n'étaient pas suffisamment liées à la prestation de services, ce qui limitait leur incidence sur le comportement en matière de SR/PF. Dans un certain nombre de pays, d'autres obstacles ont aussi été repérés : le taux d'analphabétisme est élevé, les questions relatives à la santé de la reproduction sont considérées comme relevant de la vie privée et ne devant donc pas être abordées en public, le matériel d'IEC manque, les prestataires de santé ne sont guère compétents en matière d'IEC, les convictions et les valeurs culturelles et traditionnelles empêchent, par exemple, de sensibiliser les jeunes dans ce domaine, et l'absence

/...

de secteur non gouvernemental efficace freine les activités d'IEC et les empêche d'avoir l'impact voulu.

32. La communauté internationale considère que les programmes en matière de santé de la reproduction pour réussir doivent être connus et compris du grand public qui doit les approuver. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement invite donc toutes les parties intéressées à renforcer les activités existantes d'IEC. La première étape après la Conférence devait consister à diffuser largement le Programme d'action de la Conférence. Il ressort des réponses au questionnaire que le Programme d'action de la Conférence a été largement diffusé (dans 75 des 78 pays qui ont répondu). Dans la plupart des pays, les gouvernements aussi bien que les bureaux locaux du FNUAP ont été chargés de diffuser le document. Des exemplaires en ont été envoyés aux ministères, au personnel de projets, aux médias, aux organisations non gouvernementales, aux universités ainsi qu'à d'autres organismes et particuliers intéressés. Des séminaires, des ateliers et des réunions d'information à l'intention des médias ont eu lieu dans de nombreux pays afin de faire connaître la Conférence et ses incidences. Dans presque tous les 78 pays qui ont répondu au questionnaire, des journaux ainsi que des émissions de radiodiffusion et de télévision ont fait connaître la Conférence.

33. La traduction du Programme d'action de la Conférence dans les langues nationales est loin d'avoir été aussi bonne que sa diffusion. Le Programme d'action de la Conférence a été traduit dans la langue nationale de moins de 50 % des pays qui ont répondu (38 pays sur 78), et si ce résultat a été atteint, c'est en partie parce que, dans ces pays, cette langue se trouvait être l'une des six langues officielles des Nations Unies (anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe) dans lesquelles le document avait été publié. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ainsi que d'Asie et d'Océanie, à l'exception des pays dont l'anglais, l'arabe ou le français est la langue officielle, le document n'a pas été traduit dans la langue nationale. Dans certains pays, cependant, la traduction est en cours. Nombre de pays d'Afrique ont plusieurs langues nationales officielles et ont fait savoir qu'il leur était quasiment impossible de faire traduire le texte à bref délai dans toutes ces langues. À la date d'établissement du présent rapport, le Programme d'action de la Conférence était traduit en amharique, en bahasa, en farsi, en mongol et en vietnamien.

IV. CATÉGORIES PARTICULIÈRES DE POPULATION

34. Le Programme d'action de la Conférence a reconnu que certains groupes de population, entre autres les adolescents, les femmes et les hommes, méritaient une attention particulière en tant qu'audiences cibles spécifiques pour les informations et les services de santé de la reproduction.

A. Adolescents

35. Le Programme d'action de la Conférence sur la population et le développement invite les gouvernements à se préoccuper des questions de santé sexuelle et génésique qui se posent aux adolescents, entre autres en leur fournissant des services et des conseils appropriés (voir par. 7.44 a) du Programme d'action de la Conférence). Il semble, d'après les réponses données,

/...

que, dans de nombreux pays, la Conférence internationale sur la population et le développement a manifestement déclenché un processus qui conduit à accorder beaucoup plus d'attention aux besoins et aux problèmes des adolescents dans les domaines de la santé sexuelle et génésique. Près des deux tiers des pays qui ont répondu au questionnaire ont déclaré avoir entrepris de s'occuper des droits liés à la procréation et de la santé génésique des adolescents et de tenir compte de leurs besoins dans leur programme politique. Dans certains cas, ces initiatives ont été prises par les gouvernements; dans d'autres, elles l'ont été en coopération avec des organisations internationales ou résultent uniquement de l'activité de celles-ci.

36. De nombreux gouvernements prennent actuellement diverses mesures pour répondre aux besoins particuliers des adolescents. C'est ainsi que le Gouvernement cambodgien a publié des lignes directrices à l'intention des prestataires de services qui sont invités à tenir particulièrement compte des destinataires adolescents et célibataires et à ne pas les dissuader de s'adresser à leurs antennes. Le Gouvernement ghanéen a créé un Comité directeur qui est chargé de la santé de la reproduction des adolescents et qui doit renforcer la coordination et centraliser les activités de planification et d'exécution dans le pays. En Côte d'Ivoire, plusieurs pièces ont été écrites et représentées à l'intention des jeunes et des adolescents. En Ouganda, un mouvement fondé sur la participation a abouti à l'élaboration du Programme pour l'amélioration de la vie procréatrice des adolescents, qui repose sur la fourniture de conseils et de services appropriés. Pour être durable, ce programme incite les jeunes et les principaux membres de la société à prendre la tête des activités de mise en oeuvre.

37. Souvent, les gouvernements et les organisations non gouvernementales cherchent de concert une réponse aux problèmes de santé génésique des adolescents. Au Mexique, avant même la Conférence internationale sur la population et le développement, une réunion nationale à laquelle ont assisté des représentants du gouvernement et d'organisations non gouvernementales a publié la Déclaration de Monterrey, qui reconnaît les besoins et les exigences des adolescents. Au moment de l'enquête du FNUAP, il y avait dans tout le pays 78 antennes de soins de santé génésique pour adolescents, qui étaient implantées dans des installations de soins de santé et fournissaient informations et conseils et développaient les services de soins de santé de la reproduction et de planification familiale. À la fin de novembre 1995, on pense que ce programme destiné aux adolescents s'étendra à tout le pays et que chaque État aura au moins deux unités de soins, l'une dans un centre de santé urbain et l'autre dans un hôpital général. On retrouve une coopération du même type entre le Gouvernement et les organisations non gouvernementales au Maroc, où le Ministère de la jeunesse et des sports et l'Association marocaine de planification familiale ont conçu une approche novatrice aux besoins des jeunes. Un programme d'éducation des jeunes dans les domaines de la santé génésique et sexuelle est mis en oeuvre dans cinq régions, dans des "clubs de jeunes" où les adolescents conçoivent leurs propres vecteurs d'information – chants, pièces de théâtre ou théâtre de marionnettes – dont les meilleurs sont présentés à des festivals nationaux. Le projet s'étend à divers thèmes : planification familiale, maladies sexuellement transmissibles et VIH/sida, communication et vie de famille et éducation sexuelle.

38. Dans les pays où, pour diverses raisons, il n'y a pas d'activité officielle ou autre conçue pour répondre aux besoins des adolescents en matière de santé génésique, ce sont le plus souvent des causes religieuses ou culturelles qui sont invoquées. Dans de nombreux pays où les gouvernements répugnent à se préoccuper des besoins des adolescents en matière de sexualité et de santé génésique, les réponses ont montré que les organisations non gouvernementales prenaient leur place et entreprenaient des activités à l'intention de cette classe d'âge. Souvent, les organisations non gouvernementales ainsi que d'autres organismes locaux à base communautaire étaient extrêmement bien placés pour travailler dans ce domaine. Conformément à certains éléments de la recommandation énoncée dans le Programme d'action de la Conférence sur la population et le développement (par. 7.48), de nombreuses organisations non gouvernementales enseignent à des groupes d'adolescents les techniques qui leur permettront de conseiller leurs pairs pour qu'ils adoptent un comportement responsable dans le domaine sexuel et dans celui de la reproduction.

B. Participation des femmes

39. Dans tous les pays, l'adoption d'une approche à la santé de la reproduction dépend essentiellement du niveau de participation des femmes aux décisions. Le Programme d'action de la Conférence dit bien, au paragraphe 7.7, entre autres :

"Les programmes de santé en matière de reproduction ..., et doivent faire participer celles-ci [les femmes et les adolescentes] à l'encadrement, la planification, la prise de décisions, la gestion, l'application, l'organisation et l'évaluation des services à leur intention. Les gouvernements et d'autres organisations devront prendre des mesures énergiques pour inclure les femmes à tous les échelons de leur système de soins de santé."

De ce point de vue, il serait utile de voir si le niveau de participation effective des femmes à la conception et à la mise en oeuvre des programmes de santé de la reproduction a changé après la Conférence.

40. Les informations communiquées indiquent que le niveau de participation varie considérablement d'un pays à l'autre. Quarante et un pays en tout ont déclaré que des femmes occupaient des postes de responsabilité dans le système de soins de santé. Les renseignements donnés ne permettent pas de quantifier le nombre de postes occupés par des femmes, ni de délimiter les tendances. Néanmoins, des exemples du rôle et du poids des femmes dans les décisions ont été donnés. El Salvador, par exemple, a indiqué que les femmes qui occupent des postes de décision dans le système de soins de santé et à l'Assemblée nationale interviennent au sujet des questions liées à la santé et au bien-être des femmes. Le Gouvernement togolais a déclaré avoir modifié récemment l'organisation de la Division de la santé de la famille de son ministère de la santé où, maintenant, les femmes occupent 17, et non plus 8, postes de décision, entre autres ceux de chef du Département de l'information, de l'éducation et de la communication, de celui de la maternité sans risque et de la nutrition infantile et de celui du dépôt national de moyens contraceptifs, et le poste de directeur de SR/PF du district de Lomé.

41. Les renseignements que les réponses ont permis de recueillir montrent que le secteur de la santé est très vulnérable à la crise économique et sociale. Il emploie du personnel majoritairement féminin et, de ce fait, les difficultés économiques menacent en premier lieu la place des femmes dans le secteur des soins de santé en général et dans celui de la santé de la reproduction en particulier.

42. Les réponses reçues semblent indiquer que la conception et la mise en oeuvre des programmes tiennent de plus en plus compte des disparités entre les sexes. Nombre de programmes de santé génésique se préoccupent déjà des questions d'inégalité entre hommes et femmes. C'est ainsi que le Gouvernement mexicain a créé à la Direction générale de la santé de la reproduction un service spécial chargé de donner des conseils sur la prise en compte de ces inégalités dans le programme. Dans de nombreux pays, la formation aux différences de préoccupations des hommes et des femmes fait maintenant classiquement partie de nombreux projets. Des consultantes participent aussi à la formulation, à l'application, au suivi et à l'évaluation des projets. Au Costa Rica, plus de la moitié des projets relatifs à la santé de la reproduction mis en oeuvre ou préparés le sont avec la participation active de consultantes ainsi que de femmes occupant des postes de décision.

43. Le nombre rapidement croissant des organisations non gouvernementales qui s'occupent de soins en matière de santé de la reproduction est l'un des signes les plus visibles de la participation des femmes à la planification, à la formulation et à la mise en oeuvre des programmes dans ce secteur de la santé. Souvent, ces organisations non gouvernementales sont dirigées par des femmes et leur personnel est majoritairement, voire totalement, féminin. Depuis la Conférence, les gouvernements sont de plus en plus enclins à collaborer avec des organisations non gouvernementales nationales ou locales ainsi que d'autres organismes locaux ou à base communautaire. Vu le rôle croissant de ces organismes dans l'exécution des projets, la part des femmes dans les décisions devrait continuer de progresser dans les années à venir.

C. Rôle des hommes

44. Sur les 78 pays qui ont répondu au questionnaire, nombreux sont ceux, semble-t-il, qui comprennent que les hommes doivent participer à toutes les composantes des programmes en matière de santé de la reproduction. Parmi les pays qui ont répondu, 36 (soit 46 %) ont dit avoir entrepris des activités spécialement conçues pour faire intervenir les hommes dans les programmes de santé génésique (voir tableau 3).

Tableau 3

Programmes spéciaux pour accroître la participation des hommes à la santé
 de la reproduction, par région ou groupe de pays

Région ou groupe de pays	Nombre de pays qui ont répondu	Pays ayant des programmes spéciaux
Afrique subsaharienne	33	20
Afrique du Nord et Asie de l'Ouest	8	2
Asie et Océanie	17	9
Amérique latine et Caraïbes	17	4
Pays dont l'économie est en transition	3	1
Total	78	36

Source : Enquête du FNUAP, 1995.

45. Dans certains pays, des interventions novatrices ont, de ce fait, été entreprises pour s'adresser aux hommes et les faire participer à la solution des problèmes liés à la santé génésique et sexuelle, à la planification familiale et à leurs responsabilités dans ces domaines. La Côte d'Ivoire, par exemple, forme des infirmiers pour que les hommes soient moins gênés de s'adresser aux services de soins de santé. En outre, le programme en matière de santé de la reproduction est renforcé par un projet d'IEC de production de graphiques destinés aux pères de famille. Des programmes analogues sont mis en oeuvre dans d'autres pays. Aux Philippines, on forme parmi les hommes mariés des conseillers, qui ont ensuite pour mission de conseiller aux autres de pratiquer ou de faciliter l'application des méthodes de planification familiale. Cette solution a été trouvée après que l'on s'est aperçu que de nombreuses femmes refusaient ces méthodes parce qu'elles-mêmes n'en voulaient pas mais parce que leurs maris les empêchaient de les suivre. Un certain nombre d'autres pays ont procédé de même. Les Philippines ont trouvé une autre solution novatrice en créant le premier centre de santé génésique masculine, qui répond aux besoins particuliers des hommes en matière de santé de la reproduction. En Sierra Leone, une organisation non gouvernementale gère un dispensaire analogue réservé aux hommes.

46. Dans d'autres pays, des pièces de théâtre ont été écrites à l'intention précisément des hommes, pour les inciter à parler entre eux des méthodes de planification familiale et de leurs responsabilités à ce sujet. Le Ghana, par exemple, a organisé une série de séminaires et de représentations théâtrales pour les collectivités, à l'intention d'audiences masculines et aussi féminines, qui servent à transmettre un enseignement et des conseils au sujet des questions liées à la population et à la santé de la reproduction.

47. Le Népal a trouvé une autre solution pour s'adresser aux hommes. Pour les inciter à intervenir davantage dans la santé de la reproduction et la planification familiale, des distributeurs de préservatifs ont été installés dans presque tous les centres de soins du pays; tout le monde peut ainsi se procurer librement et facilement des préservatifs. Au Pérou, le gouvernement a officiellement approuvé la vasectomie comme méthode de planification familiale.

/...

Le Gouvernement indonésien a reconnu qu'il était nécessaire de développer le programme actuel de fourniture de conseils pour y englober les programmes existants de formation et améliorer ceux-ci, et mettre au point du matériel pédagogique qui insiste sur la participation des hommes à la planification familiale.

V. RÔLE DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

48. Le Programme d'action de la Conférence sur la population et le développement (par. 7.9) prévoit que les gouvernements et le secteur non gouvernemental doivent collaborer largement et efficacement à la fourniture d'information et de services en matière de santé de la reproduction. Les gouvernements devront encourager la société à jouer un rôle beaucoup plus actif dans les services de santé en matière de reproduction et, à cette fin, décentraliser l'administration des programmes de santé publique et former des associations en coopération avec les organisations non gouvernementales locales et les prestataires de soins de santé privés. L'enquête a cherché à déterminer si, un an après la Conférence du Caire et en raison de celle-ci, les organisations non gouvernementales intervenaient davantage dans l'élaboration, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux en matière de santé de la reproduction.

49. Les renseignements reçus de 78 pays montrent clairement que la participation des organisations non gouvernementales diffère beaucoup d'un pays à l'autre. Il semble que ces organisations aient tendance à intervenir davantage, même dans les pays où elles n'existaient quasiment pas avant la Conférence. Dans plusieurs pays, des organisations non gouvernementales internationales travaillent également dans le secteur de la santé de la reproduction, complétant ou remplaçant ainsi les services fournis par les centres publics et/ou les organisations non gouvernementales nationales.

50. Dans nombre de pays qui ont répondu au questionnaire, les organisations non gouvernementales ont assuré et continuent de fournir de nombreux services en matière de santé de la reproduction et d'exercer largement des activités d'information et d'éducation, ce qui développe à la fois la demande et l'offre de ces services. L'Association togolaise de bien-être de la famille exploite un dispensaire modèle qui a fait la démonstration de l'approche intégrée aux services de santé génésique et de planification familiale, en fournissant des services et en assurant une formation et des recherches; elle a l'intention de créer d'autres dispensaires de ce type dans quatre autres régions du Togo. Aux Maldives, le premier dispensaire de planification de la famille du pays a été créé par une organisation non gouvernementale nationale en janvier 1995.

51. Il ressort des informations reçues que les organisations non gouvernementales sont devenues de véritables partenaires gouvernementaux par le rôle qu'elles jouent dans les mécanismes de suivi, par exemple les comités ou les conseils nationaux créés dans plusieurs pays pour coordonner l'application nationale du Programme d'action de la Conférence. Dans le même temps, ces organisations ont développé leurs activités de coopération et de création de réseaux pour étendre leur influence sur la formulation et l'exécution des projets. On peut citer l'exemple de l'Éthiopie, où 11 organisations non

gouvernementales ont créé un consortium d'organisations non gouvernementales dans le domaine de la planification familiale.

52. Les organisations non gouvernementales jouent traditionnellement un rôle important en fournissant des informations et des services à des milieux sociaux pour lesquels il n'y a pas de programme public officiel, par exemple les pauvres, les adolescents, les travailleurs du sexe, les couples non mariés et les hommes, ou en accordant une importance particulière aux questions délicates ou controversées, par exemple les pratiques traditionnelles nocives dont sont victimes les femmes, la violence contre les femmes et l'avortement. Le secteur non gouvernemental a souvent été à l'avant-garde d'approches novatrices aux questions liées à la santé des femmes, à la procréation et à la planification familiale.

53. À une époque où de moins en moins de fonds publics sont disponibles pour des investissements sociaux, y compris dans le domaine de la santé, le rôle du secteur non gouvernemental et du secteur privé prend plus d'importance. Néanmoins, certains pays ont indiqué qu'en pressant davantage les organisations non gouvernementales de participer pleinement à la mise en oeuvre des programmes relatifs à la santé de la reproduction, on leur avait imposé des tâches trop lourdes. Certains pays ont aussi fait savoir que l'aggravation des conditions économiques avait nui aux services fournis par les organisations non gouvernementales. Dans d'autres pays, des difficultés financières avaient empêché ces organisations de toucher de larges segments de la société, notamment en zone rurale. En outre, les difficultés financières avaient conduit certaines à s'occuper davantage des catégories à revenus moyens, et non plus tant des économiquement faibles.

54. Les réponses reçues laissent penser que la Conférence a exercé une influence sur le travail des organisations non gouvernementales. En mettant l'accent sur une approche globale à la santé de la reproduction, elle a conduit les organisations non gouvernementales qui favorisaient une planification familiale classique à étendre leurs activités pour proposer dans leurs dispensaires d'autres services de santé génésique et à enseigner à leur personnel les incidences de cette notion nouvelle de santé de la reproduction.

VI. PROGRAMMATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION : DIFFICULTÉS ET OBSTACLES

55. Bien qu'un certain nombre d'initiatives spectaculaires ait été déclenché, les réponses au questionnaire montrent que de nombreux pays continuent de rencontrer des obstacles ou des difficultés de taille qu'ils doivent surmonter avant de pouvoir appliquer pleinement les recommandations du Programme d'action de la Conférence dans le domaine de la santé de la reproduction. En général, on peut classer ces obstacles dans trois catégories : a) obstacles socioculturels, b) obstacles liés à l'infrastructure et à l'accès, c) obstacles économiques et financiers.

Tableau 4

Principales difficultés de mise en oeuvre des programmes en matière de santé de la reproduction, par région ou groupe de pays

Région ou groupe de pays	Nombre de pays qui ont répondu	Obstacles		
		Socioculturels	Concernant l'infrastructure ou l'accès	Économiques et financiers
Afrique subsaharienne ^a	33	29	26	21
Afrique du Nord et Asie de l'Ouest	8	4	4	3
Asie et Océanie ^b	17	13	17	8
Amérique latine et Caraïbes	17	12	10	6
Pays dont l'économie est en transition ^c	3	2	0	1
Total	78	60	57	39
Total exprimé en pourcentage du nombre total de pays qui ont répondu	100	77	73	50

Source : Enquête du FNUAP, 1995.

^a Y compris Afrique de l'Est, du Centre, du Sud et de l'Ouest.

^b Y compris Asie de l'Est, du Sud-Est et Asie centrale du Sud.

^c Y compris certains pays d'Europe de l'Est et du Nord.

56. Comme le montre le tableau 4, les obstacles socioculturels, par exemple le manque d'intérêt du public ainsi que des professionnels de la santé et des planificateurs, ainsi que les valeurs culturelles et traditionnelles, ont été le plus fréquemment indiqués comme freinant les programmes en matière de santé de la reproduction. Les causes liées à l'infrastructure, par exemple la mauvaise coordination entre les ministères, la complexité des structures du système de santé et le manque de qualifications et de compétences des professionnels de la santé, ont aussi été cités parmi les obstacles de taille à une bonne mise en oeuvre de ces programmes. Un grand nombre de réponses ont indiqué aussi que le manque de moyens financiers disponibles pour le secteur de la santé posait des difficultés.

A. Causes socioculturelles

57. Le manque d'instruction est souvent responsable du peu d'intérêt pour la santé de la reproduction. L'analphabétisme et la condition inférieure des femmes ont été fréquemment cités parmi les facteurs qui empêchent de sensibiliser le public à la notion de santé de la reproduction. De même, les informations reçues laissent penser que non seulement les institutions et les organismes, mais aussi le public ont du mal à réagir correctement et rapidement aux changements d'approche à la santé, en partie parce que les termes et les concepts nouveaux changent souvent dans ce domaine.

58. Les causes culturelles peuvent gêner profondément l'offre d'information et de services liés à la santé de la reproduction. Dans certaines parties du monde, les convictions natalistes ont gêné ou freiné les actions concertées et décisives par lesquelles les gouvernements ont cherché à proposer plus largement ces informations et ces services depuis la Conférence. L'attitude des hommes et leur opposition à la santé de la reproduction et à la planification familiale restreignent aussi la prestation de services dans ce domaine. Leur opposition, souvent associée à des objections religieuses, a été fréquemment citée comme l'un des motifs qui font hésiter les gouvernements à planifier des interventions. Dans un certain nombre de pays, l'opposition officielle ou la résistance déclarée de la hiérarchie ou des milieux religieux est un obstacle de taille. Cette résistance à la santé de la reproduction semble due à une mauvaise appréhension du sens réel de ce concept ou à l'idée fausse que les milieux religieux se font de différentes dimensions relatives à la population. Enfin, l'absence de femmes médecins, particulièrement en zone rurale, a conduit les femmes à s'abstenir de solliciter des informations et des services en matière de santé de la reproduction dans plusieurs pays en développement.

B. Infrastructure et accès

59. Dans nombre de pays qui ont répondu au questionnaire, les gouvernements rencontrent des obstacles ou des difficultés d'ordre structurel qui les empêchent d'appliquer des programmes de santé génésique. La notion de santé de la reproduction nécessitant une approche globale, il est indispensable que les ministères sectoriels coopèrent et collaborent. L'absence de coordination entre les ministères responsables figure parmi les obstacles les plus fréquemment cités à la création et à la mise en oeuvre d'une politique globale de santé de la reproduction. D'après les réponses, la coordination entre donateurs a été limitée ou faible dans plusieurs pays et, dans nombre d'entre eux, les décisions administratives continuent d'être prises à un niveau très centralisé. Ceci empêche souvent les échelons inférieurs, par exemple ceux des régions ou des districts, ainsi que le secteur non gouvernemental d'y participer.

60. Parfois, la structure du ministère responsable, qui est souvent le ministère de la santé, ne favorise pas une gestion et une coordination satisfaisantes des programmes nationaux en matière de santé de la reproduction. Dans de nombreux ministères de la santé, les systèmes de gestion de la santé sont faibles ou ne fonctionnent pas correctement, et conduisent à une logistique ainsi qu'à une collecte et une analyse des données médiocres. L'organisation du système de santé peut elle-même devenir un obstacle à la mise en oeuvre des programmes relatifs à la santé de la reproduction. Le regroupement des services de santé de la reproduction peut être gêné par l'existence de plusieurs programmes verticaux dans ce domaine (concernant par exemple, la SMI, les soins de santé primaire, la prévention du VIH/sida) dépendant chacun d'unités institutionnelles propres des ministères de la santé.

61. Le faible rayon d'action des installations de soins de santé, particulièrement en zone rurale, la mauvaise qualité des services d'orientation ou l'inadaptation des systèmes de prestation de services ainsi que le manque de ressources humaines gênent aussi beaucoup l'accès aux services de santé de la reproduction et nuisent à la qualité des soins qu'ils fournissent. En outre, le peu de motivation du personnel, son remplacement fréquent ou sa grande mobilité

et le manque de compétences techniques ont été fréquemment cités parmi les obstacles à une approche globale à la santé de la reproduction.

62. Il a été dit dans certains rapports que la discrimination à l'égard des femmes ou des jeunes les empêchait de participer aux soins de santé de la reproduction. Parfois, les dispensateurs de soins de santé n'étaient pas prêts à répondre à leurs besoins en matière de santé (de la reproduction). En outre, la façon dont sont traités les demandeurs de services dans les installations de santé d'un certain nombre de pays prouve le peu de respect accordé aux besoins et aux préoccupations des femmes. Le respect des demandeurs de services dans les centres de soins de santé est considéré comme un facteur important de la qualité des soins et l'irrespect dissuade les gens de recourir aux services existants.

63. En outre, la situation géographique de certains des pays en développement qui ont répondu à l'enquête les gêne pour fournir des services de santé de la reproduction, particulièrement dans les zones reculées. Des États insulaires, par exemple les Philippines, de même que des États dont le territoire géographique est étendu, comme la Namibie, ou des pays montagneux, comme le Népal, ont dit manquer de l'infrastructure qui leur permettrait de desservir tout leur territoire.

C. Obstacles économiques et financiers

64. Les gouvernements ont fréquemment dit que le manque de ressources financières pour fournir des services adéquats de santé de la reproduction les empêchait d'intervenir suffisamment dans le secteur de la santé en général et dans celui de la santé de la reproduction en particulier. Les difficultés économiques empêchaient plusieurs pays d'affecter les ressources nécessaires aux programmes relatifs à la santé de la reproduction. La fourniture et l'offre de services en souffraient : notamment, le personnel, les fournitures et autre matériel nécessaire aux installations de santé manquaient et la population avait difficilement accès aux services de santé, car il n'y en avait pas suffisamment dans tout le pays.

65. Plusieurs pays non seulement manquent de ressources, mais en outre affectent au paiement des salaires une grande part des crédits publics disponibles pour le secteur de la santé. La part du budget de la santé qui doit servir à payer le salaire du personnel peut atteindre 80 %, ce qui ne laisse que 20 % pour les activités liées aux programmes. De nombreux pays en développement continuent de dépendre largement des donateurs et, donc, des changements de politique ou d'ordre de priorité de ceux-ci ainsi que de la situation politique, sociale et économique des pays donateurs.

66. D'autres difficultés économiques, en particulier la pauvreté et la manière dont elle est ressentie dans les ménages, ont freiné l'accès aux services de santé de la reproduction. La pauvreté empêche gravement les gens de bénéficier d'informations et de services en matière de santé de la reproduction. Non seulement elle leur interdit de les obtenir en échange d'argent, mais en outre elle limite leur accès à l'instruction, ce qui aggrave la méconnaissance du concept de santé de la reproduction dans de nombreux pays en développement.

VII. CONCLUSIONS

67. Le présent rapport a fait le bilan de la mise en oeuvre des programmes de population dans le domaine des droits liés à la procréation et de la santé génésique un an après la Conférence internationale sur la population et le développement et l'adoption du Programme d'action de celle-ci. Les renseignements reçus ont montré que dans de nombreux pays en développement ou pays dont l'économie est en transition les pouvoirs publics avaient pris des mesures décisives pour répondre à l'appel lancé dans ce domaine par le Programme d'action. Dans plus des deux tiers des pays qui ont répondu, des initiatives visent actuellement à étendre l'information et les services relatifs à la planification familiale à d'autres éléments concernant la santé de la reproduction.

68. La Conférence a déjà contribué à cristalliser les problèmes et a joué un rôle de catalyseur. La Conférence et le Programme d'action ont eu pour résultat direct de placer au premier plan des sujets auparavant ignorés ou simplement négligés. Par exemple, les besoins et les préoccupations des adolescents semblent bénéficier d'une attention nettement plus grande. Néanmoins, ces besoins continuent d'être considérés comme délicats dans de nombreux pays. Il semble que les organisations non gouvernementales et les organisations de jeunes interviennent pour compenser l'inaction des gouvernements dans les pays où la santé de la reproduction des adolescents reste un sujet controversé.

69. De nombreux pays considèrent aussi maintenant que la bonne mise en oeuvre des programmes en matière de santé de la reproduction dépend du rôle et de la responsabilité des hommes dans les questions liées à la sexualité, à la planification familiale, à l'exercice de la fonction parentale, à la vie de famille et à l'égalité entre hommes et femmes. Comme on l'a déjà dit, de nombreuses initiatives en cours visent à faire participer les hommes aux programmes existants ou à formuler des programmes spécialement conçus pour eux. Il est trop tôt pour évaluer le succès de ces programmes mais l'attention accrue accordée à cette question prouve le prix que de nombreux gouvernements attachent à l'application des recommandations de la Conférence. Le comportement négatif que les hommes conservent à l'égard de la santé de la reproduction et des questions connexes, mentionné dans de nombreuses réponses, ainsi que la difficulté qu'il y a à les surmonter rendent encore plus nécessaires les mesures qui visent à obtenir la participation des hommes dans ce domaine.

70. Un troisième sujet dont on s'occupe de plus en plus est la qualité des soins des programmes de SR/PF. Des pays ont entrepris d'agir pour relever ou mesurer la qualité des soins fournis et accordent une attention accrue à l'état matériel des installations de soins de santé. Dans de nombreux pays, les prestataires de soins de santé apprennent à adapter les services aux destinataires et à en respecter le caractère confidentiel. Les gouvernements sont aussi plus disposés à étendre l'offre de divers moyens contraceptifs pour répondre aux différents besoins des usagers dans ce domaine.

71. Le secteur non gouvernemental joue un rôle important dans l'application des programmes de santé de la reproduction. Les gouvernements semblent reconnaître de plus en plus les possibilités et les compétences que possèdent les organismes à base communautaire pour ce qui est de compléter ou d'épauler leurs propres

efforts au profit des populations mal desservies ou complètement délaissées. En outre, la Conférence elle-même a eu une incidence positive sur le secteur non gouvernemental dont les organisations ont redéfini leur rôle, leurs politiques et leurs programmes. La demande accrue à laquelle doit répondre le secteur non gouvernemental risque d'être excessive pour certaines organisations non gouvernementales. Dans de nombreux pays qui ont répondu au questionnaire, les organisations non gouvernementales nationales n'ont pas encore beaucoup de ressources, de personnel compétent et expérimenté et de connaissances spécialisées, ce qui limite leur participation à l'exécution nationale de programmes en matière de santé de la reproduction. Dans certains pays, les gouvernements ont déjà pris la mesure des limites des organisations non gouvernementales. Il est généralement nécessaire de voir d'un oeil critique si les organisations non gouvernementales nationales peuvent devenir des partenaires du développement dans le domaine de la santé générale et, plus particulièrement, dans celui de la santé de la reproduction.

72. Malgré les signes d'une volonté et d'une détermination de mettre en oeuvre ou de renforcer les programmes en matière de santé de la reproduction, les conditions socio-économiques et culturelles ne sont pas toujours favorables au changement. À l'échelon national, la pauvreté généralisée empêche gravement les gouvernements de mettre pleinement en oeuvre les programmes relatifs à la santé de la reproduction et, au niveau individuel empêche les gens de s'adresser aux services sociaux de base, y compris d'obtenir des soins de santé de la reproduction. De nombreux obstacles doivent encore être surmontés et pour lutter contre ces obstacles, les pays ont besoin d'être aidés par la communauté internationale, par des ressources humaines et financières. Nombre de difficultés ont leur origine dans les difficultés économiques que connaissent la plupart des pays en développement. Il existe aussi des difficultés intérieures. Comme le montrent les rapports d'un certain nombre de pays, les lourdeurs administratives gênent l'application des recommandations du Programme d'action.

73. De même, il faut que les acteurs soient davantage redevables de ce qu'ils font. La mise en oeuvre des programmes de santé de la reproduction suppose une coordination sectorielle au niveau de l'administration centrale. Manifestement, la situation économique difficile, parfois hostile, dans laquelle se trouvent de nombreux pays en développement et pays dont l'économie est en transition, l'amenuisement des ressources affectées par la communauté internationale des donateurs à l'aide publique au développement (APD) et les difficultés internes doivent être pleinement prises en compte si l'on veut mettre en oeuvre les programmes de santé de la reproduction et atteindre l'objectif de la santé de la reproduction pour tous d'ici à l'an 2015.

74. Le suivi des programmes de population en général et la mesure des résultats obtenus dans la mise en oeuvre des programmes de santé de la reproduction en particulier sont difficiles en l'absence d'indicateurs sans ambiguïté. Il est absolument nécessaire d'en concevoir dans les domaines tels que l'égalité entre les sexes, la santé de la reproduction, la participation des femmes, l'implication des hommes et la mobilisation des ressources.

75. Le Programme d'action de la Conférence encourage les gouvernements à s'engager, au niveau politique le plus élevé, à atteindre ses buts et ses objectifs et à diriger la coordination de la mise en oeuvre, du suivi et de

l'évaluation des prolongements (par. 16.7). Des études entreprises précédemment par les Nations Unies ont montré l'importance d'une volonté politique pour le succès d'interventions dans le domaine de la population et du développement⁴. Parce qu'une volonté politique doit être entretenue à tous les niveaux de la société en vue de l'application de programmes dans le domaine de la santé de la reproduction, il faut qu'elle émane non seulement de l'administration centrale, mais aussi des pouvoirs publics aux différents échelons, ainsi que des parlementaires, des dirigeants locaux et sociaux, des associations et des médias. La bonne application des recommandations du Programme d'action de la Conférence dépend de la volonté de toutes les composantes de la société civile.

Notes

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

² Au 1er décembre 1995, les 78 pays suivants avaient répondu : Afrique du Sud, Algérie, Argentine, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Bolivie, Brésil, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Cap-Vert, Chine, Chypre, Comores, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Égypte, El Salvador, Équateur, Éthiopie, Fidji, Gambie, Ghana, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Honduras, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Jamaïque, Jordanie, Kenya, Lituanie, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Mongolie, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Nicaragua, Niger, Ouganda, Pakistan, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pérou, Philippines, République populaire démocratique lao, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Togo, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Uruguay, Viet Nam, Zaïre, Zambie et Zimbabwe.

³ Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995 (A/CONF.177/20), chap. I, résolution 1, annexe II.

⁴ Les rapports nationaux sur la population et le développement soumis au secrétariat de la Conférence internationale sur la population et le développement ont montré que cette volonté s'était considérablement développée au cours des 20 dernières années. Simultanément, la plupart des rapports ont souligné qu'il fallait apporter une réponse politique beaucoup plus résolue aux préoccupations en matière de population, particulièrement pour accroître les dépenses publiques destinées au secteur social (voir rapport du Secrétaire général de la Conférence internationale sur la population et le développement relatif à la synthèse des rapports nationaux concernant la population et le développement (A/49/482), par. 57).
