



Conseil économique et social

Distr. générale
3 juin 2009
Français
Original : anglais

Session de fond de 2009

Genève, 6-31 juillet 2009

Point 2 b) de l'ordre du jour provisoire*

**Examen ministériel annuel : mise en œuvre des objectifs
convenus et des engagements pris sur le plan international
en matière de santé publique**

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

Le Secrétaire général a reçu la déclaration ci-après, dont le texte est distribué en application des paragraphes 30 et 31 de la résolution 1996/31 du Conseil économique et social.

* E/2009/100.



Déclaration*

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) se félicite que l'examen ministériel annuel de 2009 soit placé sous le thème « Mise en œuvre des objectifs et engagements adoptés au niveau international en matière de santé publique mondiale ». La présente déclaration met l'accent sur l'importance que revêt la protection de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation (y compris en ce qui concerne le VIH) pour la réalisation des objectifs de développement et de la santé publique mondiale.

Le nombre de femmes décédées des suites d'une grossesse est estimé à 576 000 pour l'année 1990. Pour 2005, le chiffre est légèrement inférieur : il s'établit à 536 000. Sur le total de ces décès, 99 % se produisent dans les régions en développement, et 86 % en Afrique subsaharienne et en Asie méridionale. Selon les estimations, 35 % des femmes des pays en développement ne rencontrent jamais d'agent sanitaire avant d'accoucher. En Afrique subsaharienne la femme a 1 chance sur 22 de mourir de complications survenues durant la grossesse ou à l'accouchement qui auraient pu être traitées ou évitées; dans les pays développés, ce chiffre est de 1 sur 7 300. Toutefois, la véritable ampleur de la mortalité maternelle est méconnue du fait que les données sont insuffisantes pour certains pays, dont des pays qui figurent parmi les plus touchés, que des moyennes nationales sont utilisées et que l'information manque en ce qui concerne les avortements illégaux et non médicalisés, dont le nombre serait de 19 millions par an pour les pays en développement. En d'autres termes, le nombre réel de décès maternels pourrait être supérieur à 872 000, selon les estimations l'organisme britannique International Development Select Committee. Qui plus est, la morbidité maternelle a chaque année pour une à deux dizaines de millions de femmes et de filles, des conséquences à long terme sur les plans physique, psychologique, social et économique. Le plus scandaleux est que ces morts pourraient pour beaucoup être évitées. L'IPPF estime que l'absence de réduction du taux mondial de mortalité maternelle représente un problème de santé publique et un déni des droits de l'homme qui s'explique par le refus d'accorder la priorité à la santé sexuelle et procréative dans les cadres mondiaux de développement tels que les objectifs du Millénaire pour le développement. Comme l'a dit en 2003 la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, la santé sexuelle et procréative font partie intégrante du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

Il y a lieu de citer, en relation avec ce qui précède, des carences dans les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TME). Près de 2,1 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans vivaient avec le VIH en 2007 et plus de 90 % des 420 000 enfants nouvellement infectés en 2007 ont été contaminés par leur mère. Bien que les interventions de prévention de la TME aient fait leurs preuves, les progrès sont lents. Les raisons en sont complexes; elles ont trait, notamment, au manque d'engagement politique, à la fragilité des systèmes de santé nationaux et à l'insuffisance des ressources. Moins de 2 % du total des fonds alloués à la lutte contre le VIH pour 2006-2007 ont servi à financer des programmes de prévention systématique de la TME. Or, outre les avantages qu'ils offrent à la mère et à l'enfant, ces programmes peuvent conduire à une amélioration de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile, et à un recours accru aux

* La version originale anglaise du présent document n'a pas été revue par les Services d'édition.

services de santé sexuelle et procréative complémentaires. Augmenter l'accès et le recours à des services intégrés permettra de régler un certain nombre de questions urgentes, en termes, notamment, de :

1. Destinataires : le pourcentage de femmes enceintes qui sont séropositives et reçoivent un traitement antirétroviral pour la prévention de la TME se situe toujours très en deçà des objectifs que les gouvernements nationaux se sont fixés dans la Déclaration d'engagement que l'Assemblée générale des Nations Unies a adoptée à sa session extraordinaire de 2001 sur le VIH/sida et dans le programme du Millénaire pour le développement (2001);
2. Consultations : de nombreuses femmes enceintes sont privées des conseils et des services connexes dont elles auraient besoin dans le domaine de la prévention primaire de l'infection à VIH, de la prévention des grossesses non désirées et de l'alimentation infantile;
3. Tests : la pratique des tests du VIH chez les femmes enceintes se répand lentement. En 2007, seules 18 % des femmes enceintes des pays à moyen ou faible revenu pour lesquels des données sont disponibles ont été testées;
4. Prophylaxie : le nombre de femmes enceintes séropositives qui suivront un traitement visant à prévenir la TME, bien qu'en augmentation, demeure faible. On estime en outre que seuls 4 % des enfants âgés de moins de 2 mois nés de mère séropositive ont été traités au cotrimoxazole en 2007;
5. Traitement : le traitement optimal pour la prévention de la TME passe par une polythérapie. Or, seuls 8 % des 60 pays, ayant présenté des données ventilées, offrent une trithérapie correspondant aux directives révisées de l'OMS pour le traitement des femmes enceintes et la prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons;
6. Suivi : pour plus de la moitié des enfants séropositifs, il n'y a aucun suivi après le diagnostic. Si l'absence de suivi des adultes sous thérapie antirétrovirale est elle aussi préoccupante, la proportion est nettement plus élevée pour les enfants.

Il faut davantage de concertation pour accélérer la mise à l'échelle de programmes complets de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Le « Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH », publié par le Groupe de travail interinstitutions sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, souligne la nécessité de mettre en œuvre une approche globale de la prévention de la TME.

Si les objectifs du Millénaire pour le développement constituent un cadre précieux, ils n'en présentent pas moins d'importantes lacunes dont, au premier chef, l'absence d'approche globale en ce qui concerne la santé sexuelle et procréative, approche que prévoyait le document issu de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994. Les objectifs du Millénaire présentent d'autres carences notables, comme l'absence d'objectifs et de cibles expressément fixés pour les jeunes. Tant le Programme d'action de la CIPD que les objectifs du Millénaire envisagent le développement comme un processus complexe qui requiert des progrès simultanés dans toute une série de domaines, tels que l'éducation, l'égalité des sexes, la santé et la préservation de l'environnement. Comme le Programme d'action de la CIPD, les objectifs du Millénaire s'appuient

sur des cibles et des indicateurs quantifiables. Ce n'est que tardivement que la cible 5b, qui concerne l'accès universel à la médecine procréative – objectif tiré du Programme d'action de la CIPD – a été ajoutée à ce cadre de développement. Le fait que la santé procréative a longtemps été laissée de côté réduit les chances de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en général, et de l'objectif 5 en particulier.

Le taux mondial de mortalité maternelle baisse trop lentement pour que l'objectif 5 puisse être atteint comme prévu d'ici à 2015. Pour que cet objectif puisse être atteint, il aurait fallu que le taux baisse chaque année de 5,5 % entre 1990 et 2015, alors qu'il diminue actuellement de moins de 1 % par an. De fait, lors de la Réunion de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement qui s'est tenue en 2008, il a été noté que c'était par rapport à l'objectif 5 qu'il y avait eu le moins de progrès.

Les 151 associations membres de l'IPPF, qui fournissent des services essentiels dans 176 pays, constatent directement l'impact qu'a, au quotidien, l'accès universel à la médecine procréative sur la vie des indigents et des marginalisés.

Les programmes de planification familiale volontaire et d'accompagnement des familles sont largement reconnus comme des interventions sanitaires qui présentent un excellent rapport coût-efficacité et permettraient de faire des progrès considérables vers la réalisation de l'objectif 5. Au moins 200 millions de femmes espaceraient leurs grossesses ou en réduiraient le nombre si elles avaient accès à des moyens de planification familiale sûres et efficaces. Il est donc essentiel de développer les programmes. Le manque d'accès à des moyens de contraception efficaces est aggravé par le fait que seulement 58 % des femmes des pays en développement accouchent avec l'assistance d'une sage-femme ou d'un médecin. De plus, l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est encore insuffisant, tandis que pour les adolescentes et les jeunes femmes, particulièrement exposées au risque de complications à l'accouchement, le taux de mortalité reste élevé. Entre 15 et 20 ans, le risque de mourir en couches est deux fois plus élevé qu'après 20 ans; avant 15 ans, il est cinq fois plus élevé. En effet, les complications survenues pendant la grossesse ou à l'accouchement représentent, dans les pays en développement, la principale cause de mortalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans. Seulement 33 % des femmes enceintes séropositives suivent un traitement visant à prévenir la TME, et de nombreuses femmes enceintes sont privées des conseils et des services connexes dont elles auraient besoin dans les domaines de la prévention primaire de l'infection à VIH et des grossesses non désirées ainsi que pour l'alimentation infantile, ce qui compromet sensiblement la capacité des pays d'atteindre l'objectif 6.

Les prestations nécessaires à l'amélioration de la santé maternelle – en particulier la planification familiale, les soins obstétricaux d'urgence, le développement des programmes de prévention de la TME et la présence d'une accoucheuse qualifiée – sont bien connues et présentent un bon rapport coût-efficacité. L'accès à des services de planification familiale fait baisser le taux de morbidité et de mortalité maternelles et réduit le nombre de grossesses non désirées (y compris parmi les femmes séropositives) et d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Selon la Banque mondiale, l'investissement dans les services de planification familiale pourrait réduire de 40 % le taux de mortalité maternelle, tandis que la présence d'accoucheuses qualifiées à l'accouchement et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pourraient le faire baisser d'environ 75 %.

Cependant, les fonds qu'apportent les donateurs pour les services de planification familiale ont baissé en flèche. La part des fonds expressément réservés à la planification familiale dans l'ensemble des fonds alloués aux activités relatives à la population est passée de 55 % en 1995 à 5 % en 2006. L'accès insuffisant à ce type de prestations est un obstacle majeur à l'amélioration de la santé maternelle. Si les États Membres investissaient beaucoup plus dans leurs systèmes de santé et mobilisaient les moyens voulus pour assurer l'accès universel aux services de planification familiale volontaire, aux traitements permettant de prévenir la TME, aux services d'accoucheuses qualifiées, aux soins obstétricaux d'urgence et aux services de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH, la santé des femmes et des familles s'améliorerait automatiquement.

Consciente que les inégalités qui existent sur le plan de la santé ne peuvent être éliminées sans que l'accent soit mis sur la santé et les droits sexuels et procréatifs, la Fédération internationale pour la planification familiale estime qu'il faut :

- Adopter une approche globale qui tienne compte de tous les aspects des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et prendre en considération les liens qui existent avec la dynamique démographique et la pauvreté;
- Renforcer, dans les cinq années à venir, les engagements politiques et financiers, de manière à combler le retard accumulé dans la réalisation de l'objectif 5 par rapport aux autres objectifs du Millénaire relatifs à la santé;
- Intégrer les cibles 5a et 5b dans tous les nouveaux mécanismes de financement des programmes relatifs à la santé publique mondiale, en particulier ceux qui touchent à l'objectif 5;
- Mettre tout particulièrement l'accent sur la cible 5b à la Réunion de haut niveau sur les objectifs du Millénaire qui se tiendra l'année prochaine;
- Veiller à ce que les engagements financiers et politiques qui ont été pris dans le domaine de la santé sexuelle et procréative fassent l'objet d'un suivi et soient respectés;
- Assurer un engagement financier accru en faveur du développement des programmes de prévention de la TME;
- Tenir compte du fait que la date butoir pour la réalisation du Programme d'action de la CIPD et des objectifs du Millénaire pour le développement a été fixée à 2015 et qu'il faudra sans tarder faire preuve d'une plus grande volonté politique et mobiliser davantage de ressources, y compris pour des produits de santé procréative, pour que ce délai puisse être tenu;
- Établir d'ici à 2015, un cadre de développement fondé sur les droits de l'homme, novateur et cohérent, qui tienne compte des aspects les plus importants des objectifs du Millénaire pour le développement et du Programme d'action de la CIPD, y compris la santé procréative et l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative, de façon à garantir un développement social et économique durable;

- Accorder une place prioritaire à l'application et au suivi de la cible 5b, qui concerne l'accès universel à la médecine procréative, notamment les services de planification familiale, les soins prénatals et postnatals, les soins obstétricaux d'urgence et l'intervention d'accoucheuses qualifiées;
- Développer les programmes de prévention de la TME, qui sont mieux exploités, aiderait à renforcer les liens entre le VIH et les services de santé sexuelle et procréative;
- Mettre au point un programme de services complet comprenant la prévention primaire de la transmission du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives, des conseils et un encadrement pour une alimentation infantile plus sûre, l'administration de traitements antirétroviraux et de cotrimoxazole aux mères et à leurs enfants, et un diagnostic et un traitement antirétroviral plus précoces chez l'enfant;
- Reconnaître que des services complets de santé sexuelle et procréative doivent être fournis en situation d'urgence et faire reculer la violence sexuelle et sexiste;
- Allouer en priorité des ressources aux activités qui permettront de répondre à la fois aux besoins des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et procréative et, plus généralement, à leurs besoins propres sur tout l'éventail des objectifs du Millénaire pour le développement, en leur donnant accès notamment à une éducation sexuelle complète, à des services pour les jeunes et à des produits d'hygiène sexuelle et procréative;
- Investir dans des soins de santé primaire complets et reconnaître l'importance des programmes destinés aux personnes défavorisées ou marginalisées;
- Garantir aux femmes qui souhaitent avorter l'accès à des services et soins complets et sûrs de façon à réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelles et, s'il y a lieu, éliminer les obstacles juridiques, financiers ou autres;
- Recueillir et fournir des données ventilées par sexe et des indicateurs appropriés pour qu'il soit possible de suivre les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement;
- Mobiliser suffisamment de ressources financières pour permettre la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : les pays riches doivent tenir l'engagement qu'ils ont pris de consacrer, avant 2015, 0,7 % de leur produit national brut à l'aide publique au développement, sachant que le coût de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement représente environ 0,5 % de leur PNB.