



Conseil économique et social

Distr. générale
27 janvier 2010
Français
Original : anglais

Commission de la population et du développement

Quarante-troisième session

12-16 avril 2010

Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

Suite donnée aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement

Suivi des programmes de population, centré sur la santé, la morbidité, la mortalité et le développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport sur le suivi des programmes de population, centré sur la santé, la morbidité, la mortalité et le développement, a été établi comme suite au programme de travail pluriannuel thématique et hiérarchisé adopté par la Commission de la population et du développement et approuvé par le Conseil économique et social dans sa décision 2009/239. Dans sa décision 2008/101, la Commission a décidé que le thème spécial de sa quarante-troisième session serait le suivant : « Santé, morbidité, mortalité et développement ».

Offrant une vue d'ensemble des programmes lancés par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) afin d'améliorer la santé maternelle et de faire baisser la morbidité et la mortalité, le présent rapport met l'accent sur les activités liées à la prise en charge des mères et des nouveau-nés, et menées pour investir dans la planification familiale et l'obstétrique, accroître la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation, prévenir et traiter les fistules obstétricales, faire abandonner la pratique des mutilations et des ablations génitales féminines, lutter contre la violence sexiste, s'attaquer aux problèmes des grossesses d'adolescentes et du mariage d'enfants, prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, encourager l'usage du préservatif afin d'éviter les grossesses non désirées et l'infection par le VIH et assurer des soins de santé procréative dans les situations d'urgence.

* E/CN.9/2010/1.



On y souligne qu'une mauvaise santé procréative a une incidence sur la mortalité et constitue une part importante du fardeau que représentent les problèmes de santé au niveau mondial, surtout parmi les femmes et les enfants. Les moyens les plus économiques de faire baisser la mortalité maternelle sont la planification familiale, la présence d'intervenants qualifiés pendant les accouchements et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Santé maternelle et planification familiale	5
III. La fistule obstétricale	9
IV. Mutilations et ablations génitales féminines	11
V. Violence sexiste	14
VI. Grossesses précoces et mariages d'enfants	18
VII. Prévention du VIH/sida	20
VIII. La santé procréative en situations d'urgence	22
IX. Conclusion	23

I. Introduction

1. Le présent rapport sur le suivi des programmes de population, centré sur la santé, la morbidité, la mortalité et le développement, a été établi par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) comme suite au programme de travail pluriannuel thématique et hiérarchisé adopté par la Commission de la population et du développement et approuvé par le Conseil économique et social dans sa décision 2009/239. La Commission a adopté le thème spécial de sa quarante-troisième session dans sa décision 2008/101.

2. Une mauvaise santé procréative a une incidence sur la mortalité et constitue une part importante du fardeau que représentent les problèmes de santé au niveau mondial, surtout parmi les femmes et les enfants. La pauvreté et la discrimination à l'encontre des femmes exacerbent les problèmes de santé procréative. De même, la violence qui s'exerce à l'encontre des femmes et des filles nuit à leur hygiène sexuelle et à leur santé procréative et peut entraîner d'autres problèmes de santé chroniques et mettre en péril leur santé mentale.

3. Les actions menées sur le plan de l'hygiène sexuelle et de la santé procréative sont un bon investissement, et leurs bénéfices sont très vastes : au-delà de bénéfices médicaux évidents, elles contribuent à la réalisation d'objectifs de développement de plus grande envergure, notamment en matière de niveau d'instruction, d'équité sociale, de croissance économique et de productivité. Les services de planification familiale permettent aux femmes d'accéder à un niveau d'instruction plus élevé et d'avoir à la fois une famille et un travail. Les soins prénatals, obstétricaux et néonataux permettent d'accroître le nombre d'années de bonne santé en faisant reculer le handicap et les décès prématurés chez les femmes et leurs nouveau-nés. Les programmes de prévention et de traitement du VIH/sida font baisser la morbidité et la mortalité liées à la pandémie du sida ainsi qu'à d'autres maladies sexuellement transmissibles¹.

4. Dans de nombreux pays en développement, les systèmes de santé n'ont pas la robustesse nécessaire pour répondre aux besoins des femmes et des groupes marginalisés en leur assurant des services d'hygiène sexuelle et de santé procréative adaptés, faciles d'accès et d'un coût abordable. De fait, il apparaît de plus en plus clairement que les lacunes des systèmes de santé expliquent en grande partie le retard pris dans l'amélioration de la santé de la population et dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ayant trait à la santé. Le sous-investissement considérable dans les systèmes nationaux de santé compromet la capacité des pays d'assurer des services de santé de qualité et faciles d'accès, surtout à l'intention des personnes pauvres et marginalisées. Ce phénomène a été amplifié par une articulation souvent insuffisante entre l'aide des donateurs et les priorités des pays, par un financement déséquilibré des différents services et par l'éclatement et l'imprévisibilité des initiatives prises. Tous ces facteurs ont contribué à nuire à l'appropriation des programmes par les pays et à la pérennité des actions menées.

¹ Institut Guttmacher et Fonds des Nations Unies pour la population (2009) : *Adding it Up. The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health.*

5. Le Fonds a fait du renforcement des capacités nationales la pierre de touche de l'assistance qu'il apporte aux initiatives pilotées par les pays, et il voit dans le dialogue mené sur les politiques un moyen important d'assurer une meilleure articulation entre les conclusions de la Conférence internationale sur la population et le développement, les objectifs du Millénaire s'y rapportant, les cadres nationaux de développement (y compris les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté) et les cadres sectoriels de planification pertinents. L'accent est mis sur la prise en compte de tous les volets de la santé procréative dans les processus de planification sanitaire de niveaux national et infranational, y compris dans l'évaluation du coût des feuilles de route relatives à la santé maternelle et des stratégies de santé procréative. Le Fonds cherche à renforcer les capacités de son personnel et de ses homologues au niveau des pays afin que l'hygiène sexuelle, la santé procréative et les quatrième, cinquième et sixième objectifs du Millénaire soient pris en compte dans les politiques, plans et budgets adoptés au niveau national, pour que ces questions bénéficient de plus d'attention et de ressources à tous les niveaux du système. Il s'emploie actuellement à remédier aux lacunes des systèmes de passation des marchés, à commencer par l'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation pour remédier à l'insuffisance des capacités et de la coordination tout en tirant parti de vastes synergies, notamment dans le domaine du VIH/sida.

6. De plus, le Fonds assure la diffusion des pratiques optimales afin de favoriser le renforcement des systèmes de santé et la mise en place de financements novateurs, l'objectif étant de faciliter l'accès aux services liés à l'hygiène sexuelle, à la santé procréative et aux droits s'y rapportant et de réduire les frais supportés par les usagers. Afin que les activités de planification, de budgétisation et de suivi puissent s'appuyer sur des données de qualité, le Fonds œuvre, dans un certain nombre de pays, à renforcer les systèmes d'information sanitaire en organisant, notamment, la collecte de données et la réalisation d'enquêtes au niveau des établissements de santé.

7. Pour mener à bien sa mission, le Fonds coopère avec de nombreux partenaires, tant au sein qu'à l'extérieur du système des Nations Unies, y compris, entre autres, des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des organisations de la société civile, des organisations d'inspiration religieuse et des dignitaires religieux. Pour mieux répondre aux besoins locaux, il consacre des ressources croissantes aux initiatives pilotées par les pays et axées sur les pays, dans l'optique d'obtenir de meilleurs résultats tout en renforçant la responsabilité mutuelle, l'harmonisation et la mise en concordance.

8. Le présent rapport offre une vue d'ensemble des programmes lancés par le Fonds pour améliorer la prise en charge des mères et des nouveau-nés, investir dans la planification familiale et l'obstétrique, accroître la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation, prévenir et traiter la fistule obstétricale, faire abandonner la pratique des mutilations et des ablations génitales féminines, lutter contre la violence sexiste, s'attaquer aux problèmes des grossesses d'adolescentes et du mariage d'enfants, prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, encourager l'usage du préservatif afin d'éviter les grossesses non désirées et l'infection par le VIH et assurer des soins de santé procréative dans les situations d'urgence.

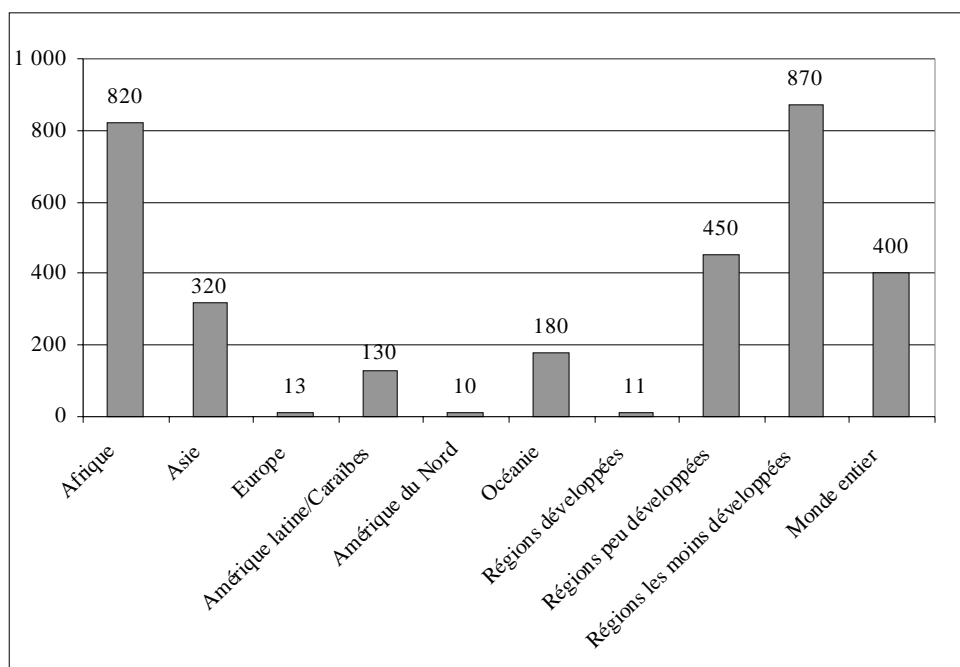
II. Santé maternelle et planification familiale

9. Plus de 500 000 femmes meurent en couches chaque année, et 99 % de ces décès interviennent dans des pays en développement². C'est l'Afrique qui enregistre le taux de mortalité maternelle le plus élevé, avec 820 décès pour 100 000 naissances vivantes, suivie par l'Asie (320), l'Océanie (180) et la zone Amérique latine-Caraïbes (130). Ces chiffres sont à comparer à un taux égal à 13 pour l'Europe et à 10 pour l'Amérique du Nord (voir fig. 1). En 2005, 14 pays affichaient un taux de mortalité maternelle au moins égal à 1 000. À l'exception d'un seul, à savoir l'Afghanistan, tous étaient des pays d'Afrique subsaharienne³.

10. Les taux de mortalité maternelle reflètent les disparités considérables qui existent entre, d'un côté, les pays développés et, de l'autre, les pays peu développés et les pays les moins avancés. Le cinquième objectif du Millénaire prévoit, entre autres, de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. Il faudrait, pour cela, que le taux mondial de mortalité maternelle diminue en moyenne de 5,5 % par an entre 1990 et 2015. Or, de 1990 à 2005, il n'a diminué que de 0,4 % par an⁴ : à ce rythme, l'objectif fixé sera loin d'être atteint en 2015.

Figure 1

Estimations du taux de mortalité maternelle, par région de la Division de la population de l'ONU (2005)



Source : Organisation mondiale de la Santé (2007) : *Mortalité maternelle en 2005. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale.*

² Organisation mondiale de la Santé (2009) : *Les femmes et la santé.*

³ Organisation mondiale de la Santé (2007) : *Mortalité maternelle en 2005. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale, annexe 3.*

11. La plupart des décès de mères et de nouveau-nés peuvent être évités si les femmes ont accès à des services de planification familiale et sont correctement prises en charge pendant leur grossesse et leur accouchement. Les moyens les plus économiques de faire baisser la mortalité maternelle sont la planification familiale, la présence d'intervenants qualifiés pendant les accouchements, la fourniture de soins obstétricaux d'urgence et, plus généralement, l'émancipation des femmes et la suppression des inégalités liées au sexe qui les empêchent de prendre elles-mêmes leurs décisions et de bénéficier du soutien de leur partenaire.

12. Assurer à la fois des services de planification familiale et des services de santé maternelle et néonatale permettrait, selon les estimations, de faire baisser de 70 % le nombre de décès maternels, alors que ces décès ne baisseraient que de 57 % si les pays en développement investissaient seulement dans la santé maternelle et néonatale. Si l'on répondait aux besoins de la population en matière de contraception, la réduction du nombre de grossesses non désirées se traduirait par un recul considérable de l'avortement et des complications médicales qui y sont associées, et l'on estime que le nombre de femmes ayant besoin de soins médicaux en raison de complications liées à des avortements non médicalisés chuterait de 73 %. On estime aussi qu'assurer à la fois les services de planification familiale et les services de santé maternelle et néonatale requis permettrait de réduire de plus de 60 % le nombre d'années de vie en bonne santé (années de vie corrigées du facteur incapacité) qui sont perdues en raison des handicaps et des décès prématurés qui frappent les femmes et les nouveau-nés. Les femmes seraient plus nombreuses à survivre aux hémorragies et aux infections et moins nombreuses à souffrir de fistules, de stérilité et d'autres problèmes de santé liés à la grossesse ou à l'accouchement, et les nouveau-nés auraient davantage de chances de survivre à la privation d'oxygène, à l'insuffisance pondérale et aux infections¹.

13. La mission du Fonds consiste avant tout à faire en sorte que chaque grossesse soit désirée et que chaque accouchement se déroule sans risques. Le Fonds inclut la santé maternelle dans l'ensemble des actions qu'il mène sur le plan de l'hygiène sexuelle et de la santé procréative et aide les pays à concevoir des outils d'évaluation des besoins, afin de s'assurer que les programmes sanitaires soient guidés par les objectifs du Millénaire, axés sur la qualité des résultats et conçus pour favoriser l'accès universel à la santé procréative. Il a pour cela créé un fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle qui fournit un appui supplémentaire à certains pays prioritaires aux fins d'améliorer l'état de santé des femmes et des nouveau-nés. Ce fonds lui a par exemple permis d'aider le Malawi et l'Éthiopie à lancer une campagne nationale pour accélérer la baisse de la mortalité maternelle. En partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Université Columbia et les ministères de la santé, les besoins d'Haïti et de l'Éthiopie en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence ont été évalués, et l'on a entrepris de renforcer les services de maternité au niveau des districts. Cette coopération a pour objectif la constitution d'un réseau d'institutions régionales et d'une liste d'experts, afin d'étayer les capacités nationales et régionales en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

14. Pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés, il est indispensable d'assurer les soins obstétricaux d'urgence requis et de dispenser des soins de qualité au moment de l'accouchement. Ainsi, le Fonds a aidé le Ministère ivoirien de la santé à

⁴ Ibid., annexe 14.

mettre en place un système d'analyse des décès maternels et périnataux qui permet aux établissements de santé d'enregistrer et d'analyser les décès maternels et de s'attaquer à leurs causes, afin d'améliorer la prise en charge et de prévenir de nouveaux décès. L'étape suivante consistera à instaurer une analyse systématique des causes de décès maternel dans le cadre de la panoplie complète des soins obstétricaux d'urgence, et d'enregistrer les décès maternels.

15. Il est essentiel de lever les obstacles financiers à l'accès universel à la santé procréative afin d'assurer à celles qui en sont le plus privées, c'est-à-dire les femmes les plus pauvres, un meilleur accès aux soins obstétricaux. Madagascar a bénéficié de l'assistance technique du Fonds et de ressources supplémentaires pour lancer sa politique de gratuité des césariennes, et les soins obstétricaux sont désormais couverts par le système national d'assurance santé au Ghana.

16. Faute de personnel de santé qualifié et, surtout, d'un effectif solide de sages-femmes, il est impossible de se rapprocher plus rapidement du cinquième objectif du Millénaire. Pour contribuer à résoudre ce problème, le Fonds a lancé en 2008 un programme intitulé : « Investir dans les sages-femmes », en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes. Ce programme, mis en œuvre dans 15 pays situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, porte sur les trois piliers de la maternité sans risques : la planification familiale, la présence d'intervenants qualifiés pendant tous les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence. Il s'agit de créer une masse critique de conseillers expérimentés en obstétrique œuvrant au niveau national et collaborant avec tous les acteurs nationaux pour développer l'activité des sages-femmes.

17. Depuis le lancement du programme, les pays ont analysé et évalué les besoins quant aux normes de formation des sages-femmes, au cadre législatif et réglementaire permettant à celles-ci d'effectuer des interventions vitales et au statut à accorder aux associations professionnelles de sages-femmes. Ainsi, le Bénin a publié des directives nationales sur les services de maternité assurés au niveau périphérique. Le Ministère djiboutien de la santé a adopté une loi faisant du certificat de sage-femme l'équivalent d'un diplôme universitaire de premier cycle. Le Cambodge s'est doté d'un Conseil des sages-femmes et s'apprête à élaborer un cadre axé sur l'enseignement, les services et la réglementation. En Côte d'Ivoire, le programme vient appuyer un projet de renforcement des compétences obstétricales des sages-femmes récemment diplômées avant leur entrée dans la vie professionnelle. L'Éthiopie a procédé à une évaluation des établissements formant les sages-femmes et leur a procuré des fournitures et du matériel de formation. Le Ghana a quant à lui passé en revue toutes les écoles de sages-femmes et étudie actuellement la possibilité d'élaborer un code de déontologie à l'usage de ces dernières. Au Guyana enfin, un recensement permettra d'évaluer le nombre actuel de sages-femmes diplômées, et les autorités aident le Conseil général des soins infirmiers à améliorer la réglementation applicable en la matière.

18. La planification familiale a un rôle crucial à jouer aux fins de la réalisation du cinquième objectif du Millénaire. Elle représente l'une des stratégies les plus économiques pour faire chuter la mortalité maternelle et assurer la continuité de la prise en charge des mères dans le cadre de la santé procréative et du droit à la santé. Malgré l'importance critique qu'elle revêt, son financement n'a toutefois

pratiquement pas progressé depuis 2001⁵, et elle est généralement laissée de côté dans la planification, la budgétisation et la mise en œuvre des programmes de santé maternelle.

19. En 2008, le FNUAP a continué de promouvoir le droit de chacun de décider du nombre et de l'espace des naissances de ses enfants. Il collabore avec les gouvernements, la société civile et ses partenaires du système des Nations Unies pour prévoir les besoins, fournir des moyens de contraception et des produits de santé maternelle et en coordonner la distribution, et renforcer les capacités logistiques des pays. Au Bénin, par exemple, le Fonds s'emploie à repositionner la planification familiale au sein du système de santé. Madagascar offre gratuitement des méthodes de planification familiale à long terme et des services de planification familiale dans tous les établissements de santé, et sa politique en la matière vise à intégrer la planification familiale dans les services dispensés par tous les centres de dépistage volontaire du VIH/sida et de conseil, à élargir la gamme des moyens de contraception et à améliorer le système de suivi. Haïti a entrepris de revoir les protocoles de planification familiale et d'accroître l'approvisionnement en moyens de contraception, en privilégiant les zones où la demande est la plus forte.

20. Les articles comme les moyens de contraception et les médicaments destinés aux soins obstétricaux d'urgence permettent d'améliorer la santé maternelle en évitant les grossesses non désirées, en favorisant la santé procréative et en prévenant la propagation du VIH. Le Fonds est l'organisme chef de file des Nations Unies en la matière et collabore avec les secteurs privé et public pour faire en sorte que les produits de santé procréative soient faciles d'accès et d'un coût abordable. Grâce au financement constant assuré par le Programme mondial pour la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation, le Fonds a pu amplifier son appui aux gouvernements pour les aider à intégrer cet objectif dans leurs politiques, programmes, budgets et plans de santé. En 2008, 80 pays avaient inscrit à leur budget une ligne consacrée aux moyens de contraception et aux autres produits de santé procréative.

21. En 2008, afin de répondre à des besoins urgents en produits de santé procréative et d'éviter les « ruptures de stock », le Fonds a fourni une assistance technique axée sur les systèmes logistiques et informatiques et a procuré à quelque 60 pays environ 20 millions de dollars de tels produits (préservatifs masculins et féminins, autres moyens de contraception et médicaments destinés aux mères). Le Fonds a eu recours à un « Tableau de bord » pour suivre les progrès réalisés au niveau mondial dans la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation, et il a attribué aux pays des scores correspondant à leurs progrès dans des domaines clefs.

22. La coordination internationale mise en œuvre pour atteindre le cinquième objectif du Millénaire a gagné en force et en vitesse. Le partenariat entre l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds, l'UNICEF et la Banque mondiale (H4) contribue à l'action menée au niveau mondial pour accélérer les progrès en matière de survie des mères et des nouveau-nés. Les quatre partenaires ont publié une déclaration commune sur la santé maternelle et néonatale en 2008, puis élaboré un plan de soutien conjoint aux pays à des fins de mise en œuvre accélérée du continuum de soins maternels et néonataux, et ont entrepris d'intensifier

⁵ Fond des Nations Unies pour la population : *Financial Resource Flows for Population Activities in 2007* (2009) et *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2007* (2008).

les activités menées sur le plan national en commençant par 25 pays prioritaires, l'objectif étant d'assurer, au cours des cinq prochaines années, un appui accru à l'ensemble des 60 pays où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé.

23. Dans le cadre du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, du Partenariat international pour la santé et d'autres initiatives du même ordre, le Fonds et ses partenaires œuvrent en faveur de la prise en charge universelle des gestes essentiels de la santé procréative, tout en préconisant l'harmonisation du soutien aux activités pilotées par les pays. Le Fonds joue un rôle actif au sein du Groupe de travail de haut niveau sur les financements innovants pour les systèmes de santé, qui a analysé les besoins en ressources financières nécessaires à l'intensification des efforts qui permettrait d'atteindre les objectifs du Millénaire ayant trait à la santé (notamment le cinquième), et les difficultés qui se posent en la matière.

III. La fistule obstétricale

24. Lésion due à l'accouchement entraînant des conséquences dévastatrices pour les femmes, qu'elle laisse incontinentes, humiliées et souvent condamnées à l'isolement, la fistule obstétricale illustre à quel point les mères sont exposées à des niveaux inacceptables de mortalité et de handicap. Elle touche, pour une part disproportionnée, les femmes et filles vivant dans les zones rurales des pays les moins avancés, mais il est possible de la prévenir dans presque tous les cas, pour peu que les mères soient correctement prises en charge. Pour mettre fin à ce fléau, il faut s'attaquer à des injustices d'ordre social et économique, parmi lesquelles l'inégalité entre les sexes, qui empêchent les femmes d'exercer leurs droits dans le domaine de la procréation.

25. Un accouchement long ou l'arrêt de la progression du travail sont à l'origine de l'immense majorité des cas de fistule obstétricale survenant de par le monde. Au niveau mondial, un arrêt de la progression du travail intervient dans près de 5 % des accouchements. En l'absence d'indicateurs démographiques fiables, on estime généralement qu'entre 2 et 3,5 millions de femmes sont victimes de fistules obstétricales⁶. L'OMS estime qu'environ 73 000 nouveaux cas se produisent chaque année⁷, mais ce chiffre est peut-être inférieur à la réalité, puisqu'il se fonde sur les données fournies par les établissements de santé et que la plupart des femmes n'arrivent sans doute jamais jusqu'à un hôpital.

26. Afin d'obtenir davantage de données sur la question, un certain nombre de pays⁸ ont intégré dans leurs enquêtes démographiques et sanitaires des modules consacrés à la fistule obstétricale. Ces modules varient d'un pays à l'autre, mais il est demandé aux personnes interrogées ce qu'elles savent de la fistule obstétricale et si elles ont fait l'expérience de ses symptômes⁹. La figure 2 ci-après présente les

⁶ L. L. Wall, « Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem », *The Lancet*, vol. 368, n° 9542 (30 septembre 2006), p. 1201 à 1209.

⁷ C. AbouZahr, « Global burden of maternal death and disability », *British Medical Bulletin*, vol. 67, n° 1 (décembre 2003).

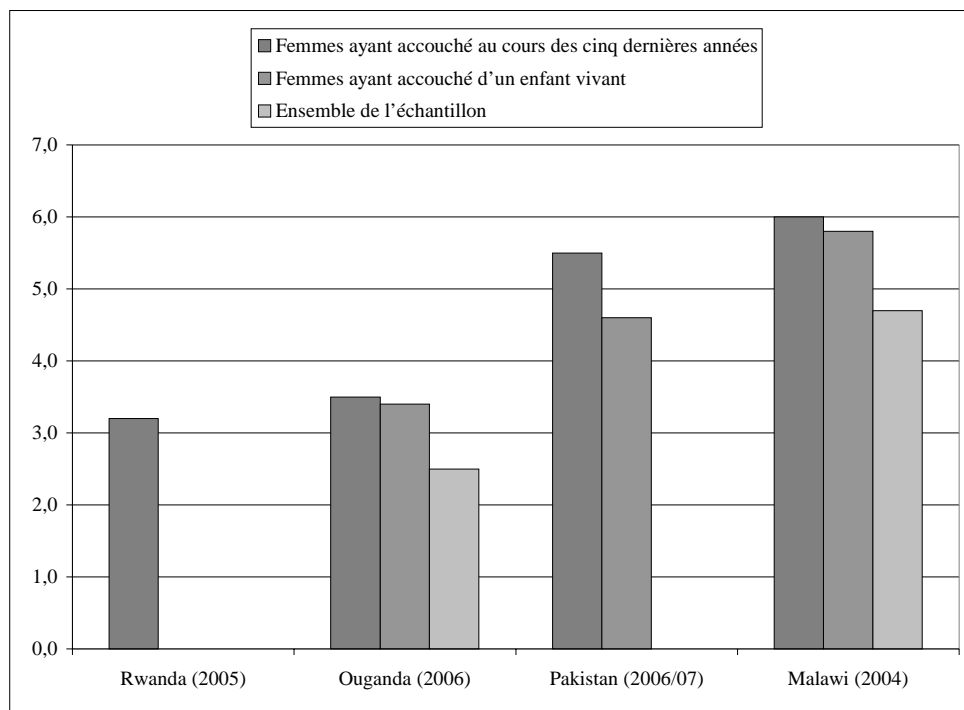
⁸ L'Éthiopie, le Malawi, le Mali, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, le Pakistan, la République démocratique du Congo et le Rwanda.

⁹ Agence centrale de la statistique d'Addis-Abeba et ORC Macro (Maryland, États-Unis d'Amérique) : *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*; Salif Samaké et al., *Mali: Enquête démographique et de santé (EDSM-IV) 2006*.

estimations qui ont été faites de la prévalence au cours de la vie des symptômes de la fistule chez toutes les femmes ayant déclaré avoir fait l'expérience des symptômes décrits dans l'enquête.

Figure 2

Estimations de la prévalence au cours de la vie des symptômes de la fistule parmi des échantillons ciblés de femmes dans les pays disposant des données d'enquêtes démographiques et sanitaires les plus récentes



Source : Données réunies par le Service de la population et du développement du FNUAP. Enquêtes nationales démographiques et sanitaires 2005-2006. Étude analytique menée dans le cadre du projet DHS (enquêtes démographiques et sanitaires) de l'Agency for International Development (USAID) (2008). Incontinence Data from Demographic and Health Surveys: Comparative analysis of a proxy measurement of vaginal fistula and recommendations for future population-based data collection.

27. S'agissant des pays pour lesquels des données sont disponibles, le Pakistan et le Malawi ont enregistré, parmi les femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours des cinq années précédentes, une prévalence de la fistule de l'ordre de 5 à 6 %. Les taux se situent entre 3 et 4 % au Rwanda et en Ouganda, et la prévalence en Éthiopie est de 1 % pour les femmes ayant déjà accouché d'un enfant vivant. La prévalence de la fistule au cours de la vie serait beaucoup moins élevée (inférieure à 1 %) au Mali, au Niger, en République démocratique du Congo et au Nigeria. En raison du caractère délicat de la question et de la difficulté qu'il y a à se remémorer des événements pouvant remonter à un passé lointain, il est probable que ces chiffres soient sous-représentatifs de la prévalence véritable de la fistule.

28. En 2003, le Fonds et ses partenaires ont lancé au niveau mondial une Campagne pour éliminer les fistules, qui englobe des actions visant à prévenir la fistule, à traiter les femmes qui en souffrent et à les aider ensuite à reprendre une vie pleinement normale et productive. L'objectif, d'ici 2015, est de rendre la fistule aussi rare dans les pays en développement qu'elle l'est dans les pays développés. Des activités sont menées dans plus de 45 pays, en Afrique, en Asie et dans les États arabes, et un partenariat international, le Groupe de travail sur la fistule, a été mis en place pour assurer la coordination mondiale de ces actions. La Campagne vise à susciter une mobilisation politique et un large soutien en faveur de la réalisation des objectifs internationaux liés à la santé maternelle et néonatale, en mettant en évidence les conséquences que l'inaction entraîne sur le plan humain.

29. Les résultats obtenus jusqu'à présent sont encourageants : 38 pays au moins ont fait un bilan de leur situation en matière de prévention et de traitement de la fistule, plus de 25 ont intégré la fistule à leurs politiques et plans nationaux et 8 au moins ont élaboré des politiques nationales destinées à éliminer ce mal. Plus de 12 000 femmes ont reçu un traitement, avec l'appui du Fonds, des milliers d'agents sanitaires ont reçu une formation aux soins liés aux fistules et, fin 2008, 31 pays avaient intégré la question de la fistule dans leurs programmes nationaux.

30. Dans le cadre des activités menées au niveau national pour améliorer l'accès aux soins pour les femmes souffrant de fistules, de nombreux pays s'emploient à réduire le coût des services de prévention et de traitement. Au Ghana, le coût du traitement sera désormais intégralement pris en charge dans le cadre du système national d'assurance santé. En Guinée-Bissau, un appui a été assuré à des programmes d'assurance santé locaux. En Mauritanie, le Fonds a contribué à des fonds spéciaux d'urgence obstétricale dans des districts présentant des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles. Au Pakistan, un certain nombre de centres régionaux traitent désormais gratuitement les fistules et des campagnes de sensibilisation ont été lancées dans l'ensemble du pays afin de permettre aux femmes vivant dans des zones reculées de recevoir plus facilement un traitement.

31. En 2008, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a attribué un prix d'excellence en matière de coopération Sud-Sud à la Campagne pour éliminer les fistules. On peut citer, pour illustrer les actions menées en la matière, l'atelier régional de renforcement des capacités de lutte contre les fistules organisé au Bangladesh en 2008, qui a réuni des chirurgiens, des anesthésistes et des infirmières du Timor-Leste, du Népal et du Pakistan. Des interventions chirurgicales complexes ont été réalisées sur des patientes souffrant de fistules, ce qui a permis un dialogue technique. La Campagne poursuivra le travail entamé avec ces expériences et ces travaux pour favoriser la coopération Sud-Sud.

IV. Mutilations et ablations génitales féminines

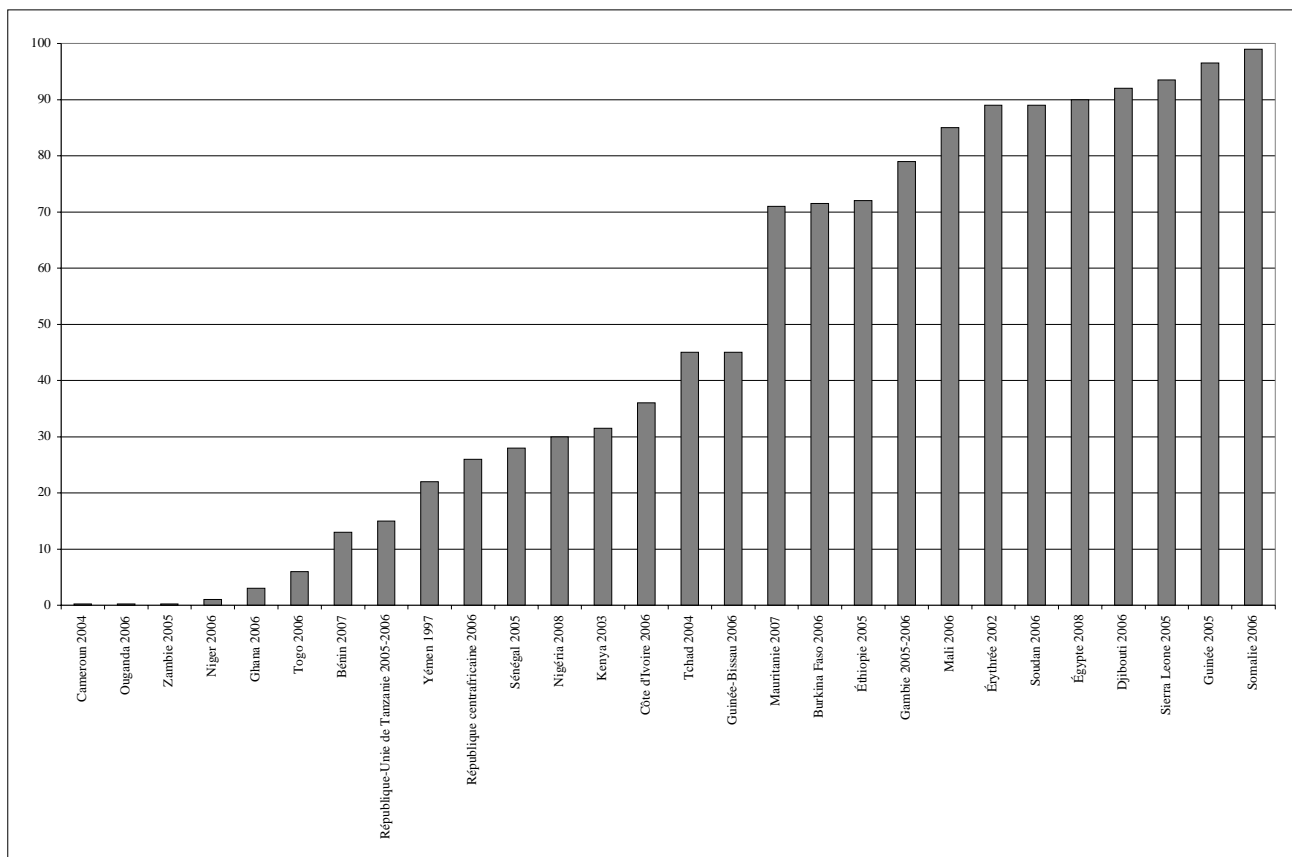
32. Selon des estimations de l'OMS à l'échelle mondiale, 100 à 140 millions de femmes et de filles ont subi une mutilation ou une ablation génitale. En Afrique, environ 3 millions de filles et de femmes en seraient victimes chaque année¹⁰.

33. Les données relatives aux mutilations et aux ablations génitales féminines recueillies dans le cadre de l'enquête démographique et sanitaire et de l'enquête en

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics>.

grappes à indicateurs multiples portent sur 26 pays. Les taux de mutilations et d'ablations génitales féminines varient considérablement d'un pays à l'autre, allant de 1 % seulement au Cameroun à 98 % en Somalie, mais aussi d'une région à l'autre : ils oscillent entre 74 % et 98 % dans les pays d'Afrique du Nord-Est (Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Somalie et Soudan), alors qu'ils sont nettement inférieurs – entre 15 % et 32 % – en Afrique de l'Est (Kenya et Tanzanie). Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, le phénomène des mutilations et des ablations génitales féminines s'estompe au fil du temps, même s'il demeure fréquent (voir fig. 3).

Figure 3
Mutilations et ablations génitales chez les femmes âgées de 15 à 49 ans – 2002-2008



Source : Données recueillies par le Service de la population et du développement du FNUAP. Les données pour l'Érythrée (1995), le Kenya (1998) et le Nigéria (2000) proviennent des enquêtes démographiques et sanitaires menées en 2008 et du système ChildInfo de l'UNICEF (2009).

34. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont lancé un programme commun et créé un fonds d'affectation spéciale pour la lutte contre les mutilations et les ablations génitales féminines à l'appui de l'élaboration et de la mise en œuvre de mesures et de programmes, ainsi que des efforts déployés par les partenaires nationaux, les acteurs du développement et les organisations de la société civile, en vue de hâter la

disparition de cette pratique. L'objectif du programme commun est de contribuer à réduire cette pratique de 40 % parmi les filles âgées de 0 à 15 ans dans 17 pays d'Afrique, et de l'avoir fait disparaître dans au moins un pays d'ici à cinq ans (2008-2012). Dix-sept pays d'Afrique¹¹ mettent actuellement en œuvre le programme, dans le cadre duquel un appui technique est également fourni à d'autres pays, notamment la Colombie et l'Indonésie.

35. Les données disponibles concernent 10 pays visés par le programme. Le phénomène des mutilations et ablations génitales chez les femmes et les filles décroît dans les pays suivants : Burkina Faso, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Mali et République-Unie de Tanzanie.

36. En 2009, suite à la parution de la déclaration interinstitutions intitulée « Éliminer les mutilations sexuelles féminines », cosignée par 10 organismes des Nations Unies, le Groupe de travail des donateurs sur l'excision/mutilation génitale féminine a publié une plate-forme d'action en anglais, en français, en arabe et en portugais, en vue d'encourager un nombre croissant de gouvernements, d'institutions intergouvernementales et de fondations à adhérer à l'approche commune prônée dans le programme commun du FNUAP et de l'UNICEF.

37. La mise en œuvre du programme commun est l'occasion d'une collaboration étroite avec d'autres organismes des Nations Unies lorsque l'on constate des lacunes dans certains domaines. La tendance récente à la médicalisation des mutilations et ablations génitales féminines est également prise en compte, du fait que certains médecins et autres prestataires de soins de santé qualifiés procèdent à ce type d'opérations en milieu hospitalier. Un projet interrégional a été lancé en Afrique subsaharienne et dans les pays arabes, en collaboration avec l'OMS, afin d'encourager les membres des professions médicales à renoncer publiquement à la pratique des mutilations et ablations génitales féminines.

38. Le programme commun a permis de donner à 34 929 personnes dans 190 communautés, y compris 1 125 jeunes en Égypte et 2 400 personnes et chefs d'organisations de jeunes au Kenya, davantage de moyens pour encourager l'abandon des mutilations et ablations génitales féminines. En 2009, plus de 500 villages sénégalais ont officiellement prononcé l'abandon de cette pratique, portant ainsi à plus de 4 000 le nombre de communautés engagées dans le mouvement en faveur de l'abandon, sur les 5 000 qui pratiquent des mutilations et ablations génitales féminines dans le pays. Le programme commun a permis d'appuyer la formation de chefs religieux quant au lien entre religion et mutilations et ablations génitales féminines, et d'y associer des responsables de haut niveau à Djibouti et au Soudan. Dans plusieurs pays, le programme a facilité le dialogue au niveau local. Au Kenya, des oulémas originaires de communautés qui ne pratiquent pas la mutilation ou l'ablation génitale ont constitué un groupe de pression pour nouer un dialogue avec leurs homologues de communautés où l'on justifie la persistance de cette pratique par des arguments d'ordre religieux, afin de distinguer de l'islam les mutilations et les ablations génitales féminines et d'inciter les oulémas du pays tout entier à prendre position contre cette pratique.

39. En Éthiopie, plus de 2 000 filles non excisées ont été recensées dans l'Afar, une réussite sans précédent dans l'histoire de cette région du pays. En Gambie,

¹¹ Burkina Faso, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Somalie et Soudan.

24 communautés réparties dans deux districts concernés par les programmes de renforcement des pouvoirs d'action locaux depuis deux ans environ ont officiellement prononcé l'abandon des mutilations et ablations génitales féminines, ainsi que des mariages forcés et des mariages d'enfants, donnant ainsi lieu à la première déclaration publique intercommunautaire de l'histoire gambienne. Au Soudan, la Première Dame a décerné des récompenses à plus de 200 femmes, connues sous le nom de « Mères de Saleema », qui se sont publiquement engagées à ne pas exciser leurs filles. Le programme commun, en encourageant la constitution de partenariats à tous les niveaux, a permis d'appuyer la création et le renforcement de réseaux de parlementaires, de médias, de conteurs, d'animateurs, d'avocates, d'associations médicales, de chauffeurs de transports publics, de grand-mères et de sages-femmes.

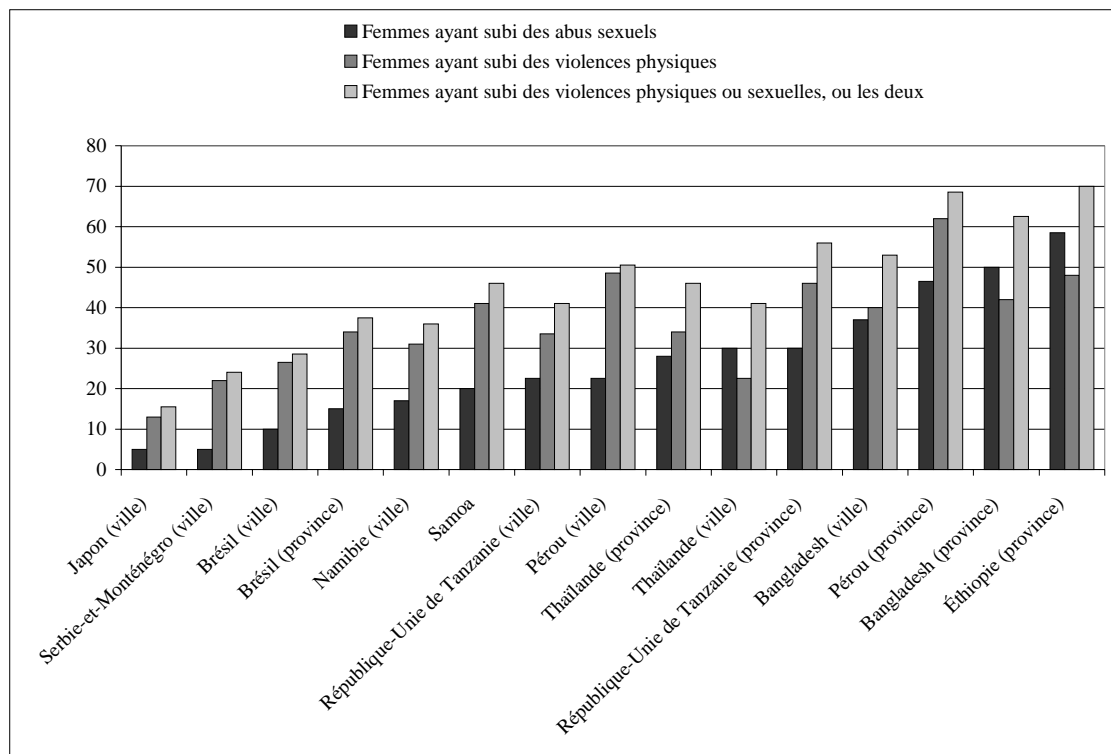
40. S'agissant de l'action politique, le Parlement égyptien, appuyé par le programme commun, a érigé les mutilations et les ablations génitales féminines en infraction pénale et amendé la loi relative à l'enfance en sorte d'exiger la création de comités décentralisés de protection de l'enfant à l'échelle des gouvernorats et des districts. À l'échelle du pays, 28 comités de protection de l'enfant ont été créés et chargés d'élaborer des mesures de protection de l'enfant, ainsi que de suivre la mise en œuvre des mesures existantes. Au Kenya comme au Soudan, la révision de la loi nationale relative à l'enfance a permis d'y ériger les mutilations et les ablations génitales féminines en infraction pénale.

V. Violence sexiste

41. Pourvu qu'elles en aient la possibilité, les femmes peuvent améliorer considérablement leur santé et leurs conditions de vie, ainsi que celles de leur famille. Pourtant, dans de nombreux pays, les femmes et les filles ne peuvent donner toute la mesure de leurs capacités en raison des discriminations et de la violence dont elles sont victimes, ainsi que d'une mauvaise santé procréative.

42. La violence sexiste est un phénomène répandu qui ignore les frontières et affecte gravement la santé publique. Elle peut revêtir des formes variées : brutalités, harcèlement et abus sexuels, abus de pouvoir de la part d'enseignants, d'employeurs ou d'agents de police, traite, prostitution et travail forcés, pratiques traditionnelles telles que les mariages forcés et les mariages d'enfants ou encore violences liées à la pratique de la dot. On observe chez les victimes des taux plus élevés de grossesses non souhaitées, d'avortement, de grossesses à l'issue malheureuse, de maladies sexuellement transmissibles – notamment le VIH – et de troubles mentaux comme la dépression, l'anxiété, ainsi que de troubles du sommeil et de l'alimentation. La violence sexiste peut provoquer des blessures graves, des handicaps et même la mort². Les violences que subissent les femmes sont le plus souvent le fait de leurs partenaires masculins : dès lors, il est très difficile d'en prendre la mesure, car nombreuses sont les victimes qui craignent de se manifester. La figure 4 montre que les brutalités et les abus sexuels subis à tous les âges de la vie et commis par des partenaires varient considérablement en fonction du cadre de vie.

Figure 4
Prévalence des violences et des abus sexuels au fil de la vie, commis par les partenaires, parmi les femmes ayant eu une relation (2005)



Source : Données recueillies par le Service de la population et du développement du FNUAP. Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique, premiers résultats, OMS (2005).

Note : « ville » fait référence à la capitale ou à une grande ville et « province » fait référence à une région, comprenant généralement des populations urbaines et rurales. Un seul milieu rural a été concerné au Japon, en Namibie et en Serbie-et-Monténégro. À Samoa, le pays entier a été sondé.

43. Le FNUAP, chef de file des organismes des Nations Unies dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de santé procréative, occupe une position privilégiée pour combattre la violence sexiste, compte tenu des liens intrinsèques qui existent entre santé procréative et santé en matière de sexualité, d'une part, et violence sexiste, de l'autre. Lutter contre la violence sexiste en faisant appel aux services de santé en matière de sexualité et de santé procréative soutenus par le FNUAP, notamment les programmes relatifs au VIH/sida, constitue le fondement de la stratégie adoptée par le Fonds. Cette approche englobe différents secteurs et se décline en plusieurs volets; elle comprend notamment des mesures d'appui destinées à renforcer le rôle que joue le secteur de la santé dans la lutte contre la violence sexiste, tant du point de vue de l'offre que de la demande d'intervention, mesures qui concernent les violences commises à domicile et les violences sexuelles infligées aux enfants et aux adolescents, la violence sexiste dans les situations de conflit et d'après conflit, en privilégiant les personnes les plus vulnérables et marginalisées. En Haïti, par exemple, le FNUAP a noué puis étendu un partenariat avec le Ministère à la condition féminine et aux droits des femmes et avec des

acteurs clefs de la société civile en vue de promouvoir le respect des droits procréatifs, particulièrement ceux des femmes marginalisées et des adolescentes, des travailleuses du sexe, des femmes vivant avec le VIH et des femmes handicapées. Au Libéria, le FNUAP a travaillé avec les autorités judiciaires afin d'améliorer la prise en compte de la violence sexiste dans le système pénal en instituant un tribunal spécial chargé de traiter les affaires de viol, et en renforçant les capacités des praticiens du droit. Au Burundi, il a appuyé les efforts de sensibilisation aux liens qui existent entre violences sexuelles et VIH, en s'intéressant particulièrement aux jeunes, aux groupes confessionnels et aux militaires démobilisés.

44. La violence sexiste étant liée à des questions globales de santé en matière de sexualité et de santé procréative, le renforcement des mécanismes de responsabilisation à l'échelle nationale suppose que l'on agisse en premier lieu dans les domaines politique et juridique. Dans de nombreux pays, le FNUAP a été un partenaire essentiel pour la rédaction de lois nationales, leur application et la sensibilisation du public aux efforts menés à cet égard. À l'échelle nationale, il défend et le développement et le suivi des principaux dispositifs et cadres financiers, et leur apporte son assistance technique s'agissant notamment des stratégies pour la réduction de la pauvreté et d'autres plans visant à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, des stratégies sectorielles et des plans nationaux de lutte contre le VIH/sida. En 2006, par exemple, l'Assemblée nationale du Venezuela a adopté une nouvelle loi relative aux violences faites aux femmes dans laquelle la « violence obstétrique » et la « violence gynécologique » étaient reconnues comme formes de violence à l'encontre des femmes, et le FNUAP a appuyé cette démarche. De même, il a contribué à l'animation de campagnes nationales relatives aux violences faites aux femmes organisées ces dernières années en Lettonie, au Maroc, au Timor-Leste et en Turquie, notamment. Au Burundi, une campagne sur les violences sexuelles a été lancée. Au Bélarus, une campagne des Nations Unies portant le slogan « La violence domestique ne doit pas faire partie de ta vie » a commencé. Au Zimbabwe, une campagne multimédias a été engagée en vue de mobiliser les appuis en faveur du projet de loi sur la violence domestique.

45. Le FNUAP participe activement à UNiTE, la campagne menée par le Secrétaire général pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes, et il copréside actuellement le Groupe de travail interinstitutions chargé du suivi de l'étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes menée en 2006 par le Secrétaire général. Il soutient le Coordonnateur de l'Équipe spéciale et consacre des moyens aux efforts conjoints de programmation dans 10 pays pilotes¹². Il entretient également un partenariat avec le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), le chef de file dans ce domaine. Le FNUAP est membre du fonds d'affectation spéciale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, que gère UNIFEM. Au niveau national, le FNUAP préside les Groupes thématiques des Nations Unies sur l'égalité des sexes et dirige ou codirige les organes de coordination de la lutte contre la violence sexiste, particulièrement dans le contexte de l'assistance humanitaire. Dans le cadre de l'initiative « Unis dans l'action », le FNUAP et ses organismes apparentés luttent contre la violence sexiste au Viet Nam, en privilégiant notamment la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de

¹² Pour plus d'informations sur les travaux du Groupe de travail sur la violence à l'égard des femmes créé par le Réseau interinstitutions pour les femmes et l'égalité des sexes, voir www.un.org/womenwatch/ianwge/taskforces.htm.

la loi sur l'égalité des sexes et de la loi sur la prévention et la répression de la violence domestique.

46. Afin de garantir l'existence de données fiables et comparables sur les violences faites aux femmes et aux filles, le FNUAP soutient un certain nombre d'actions essentielles, notamment l'élaboration d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sur les violences sexistes, et aide les pays à collecter et à traiter les données; il appuie également la création de modules d'évaluation démographique et sanitaire en matière de violences domestiques, la réalisation de recherches factuelles sur des questions socioculturelles, la collecte de données recueillies par les agences publiques ou privées qui sont en contact avec les victimes de violences, l'élaboration, à l'intention des décideurs, de modèles et de projections concernant les coûts de l'inaction, et la réalisation de recherches dans des domaines encore peu explorés tels que les violences infligées aux femmes enceintes.

47. Pour agir davantage sur la demande d'intervention et veiller à ce que les services disponibles soient utilisés par ceux qui en ont le plus besoin, le FNUAP soutient les campagnes nationales de lutte contre les violences dirigées contre les femmes, la formation des journalistes et la prise en compte de la problématique hommes-femmes et des droits de l'homme dans les cursus de formation des écoles de police. De même, il s'efforce de renforcer le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre les violences sexistes en sensibilisant au fait que les violations des droits en matière de procréation commises dans le secteur sanitaire constituent une forme de violence sexiste, en élaborant des stratégies sanitaires et des mécanismes de défense des droits de l'homme destinés à accorder réparation aux victimes, en renforçant les capacités et en appuyant l'instauration de mécanismes d'information dans les services de santé et d'autres services sociaux, ainsi que la prise en compte des violences sexistes dans les cursus de formation des professionnels de la santé. Au Honduras, par exemple, le FNUAP a soutenu la mise en place d'un programme de formation des policiers aux violences dont les femmes sont victimes, mesure qui, en 2004, a été considérée comme le deuxième plus grand succès du Président et de son gouvernement.

48. Le FNUAP s'efforce de mobiliser les populations locales en faveur d'une culture de la « tolérance zéro » s'agissant des violences faites aux femmes et aux filles, en travaillant notamment avec les anciens et les faiseurs d'opinion, et de donner une existence juridique aux normes et aux programmes de formation afin de renforcer la protection et le respect des droits fondamentaux des femmes, en accordant une attention particulière aux autorités judiciaires et policières, tout en cherchant à établir les liens qui unissent les services judiciaires et policiers au secteur de la santé. Le Fonds soutient l'établissement de partenariats et de programmes conjoints visant à renforcer les possibilités et l'autonomie économiques offertes aux femmes, en aidant notamment celles qui échappent à des situations de violence, en leur ouvrant par exemple l'accès au microcrédit ou à la formation professionnelle. En Mauritanie, des sages-femmes alarmées par la violence sexuelle qui règne dans leurs communautés se sont mobilisées contre les viols; les imams se sont ensuite joints à elles. Cette mobilisation, soutenue par le FNUAP, a permis de collecter les premières statistiques nationales sur la question, et de créer le premier centre destiné aux rescapées de la violence.

49. La promotion de l'égalité des sexes et l'élimination de la violence faite aux femmes et aux filles exigent un effort concerté visant à impliquer activement les

garçons et les partenaires en tant qu'acteurs du changement. Le FNUAP inclut dans ses programmes de santé sexuelle et procréative – y compris ceux qui ont trait à la prévention du VIH – des interventions et des messages sur l'égalité des sexes et la tolérance zéro à l'égard des violences faites aux femmes, qui sont spécialement axés sur les hommes et les garçons.

50. Le FNUAP continue de renforcer ses partenariats avec des groupes confessionnels et de travailler avec des chefs religieux et des réseaux interconfessionnels afin de contribuer à l'élimination de la violence faite aux femmes. Il offre aux chefs religieux et aux réseaux interconfessionnels des possibilités de renforcement des capacités s'agissant des stratégies et concepts relatifs à la violence sexiste, afin de les aider à promouvoir auprès de leurs fidèles la lutte contre la violence à l'égard des femmes et à participer à des programmes de prestation de services.

VI. Grossesses précoces et mariages d'enfants

51. Dans les pays en développement, environ 14 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont accouché en 2008. Les taux moyens de conception chez les adolescentes sont élevés dans de nombreux pays, particulièrement parmi les populations pauvres. Dans cette classe d'âge, les taux élevés de fertilité sont liés à une mortalité maternelle importante qu'expliquent les complications survenant pendant la grossesse ou l'accouchement, ainsi que les mauvaises conditions dans lesquelles sont pratiqués les avortements. Dans le monde en développement, 14 % des avortements dangereux concernent des femmes âgées de 15 à 19 ans³. Le cinquième objectif du Millénaire pour le développement comprend un indicateur qui mesure le nombre annuel de naissances chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. Les filles âgées de moins de 17 ans, particulièrement celles qui ont moins de 15 ans, courent un risque plus élevé de mortalité maternelle.

52. Dans de nombreux pays, le taux élevé de maternité précoce est avant tout la conséquence de la pratique du mariage d'enfants.¹³ À l'échelle mondiale, plus de 51 millions d'adolescentes sont mariées; si la tendance se poursuit, 100 millions le seront à leur tour avant leur dix-huitième anniversaire, cela dans les 10 prochaines années¹⁴, et ce en dépit du fait que le mariage précoce est une violation de la Convention relative aux droits de l'enfant et contraire à la loi dans grand nombre de pays.

53. Outre le fait qu'il constitue une violation de leurs droits, le mariage précoce soumet les adolescentes à de graves risques sanitaires. Les filles mariées sont généralement plus exposées aux relations sexuelles non protégées (souvent de force ou sous la contrainte) et sont vivement encouragées à devenir enceintes. Le plus souvent, leurs maris sont plus âgés et ont eu d'autres expériences sexuelles, ce qui fait peser sur elles un risque d'infection par le VIH. Elles deviennent les primipares les plus jeunes, connaissent peu de choses, n'ont accès qu'à peu de services de santé et de soutien et accouchent généralement sans l'aide d'une personne compétente.

¹³ *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy*, FNUAP, 2007.

¹⁴ *État de la population mondiale. La promesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement*, FNUAP, 2005.

54. Les travaux du FNUAP sur la grossesse précoce et les mariages d'enfants comportent plusieurs facettes : ils incluent des programmes destinés aux filles marginalisées, visant à augmenter l'âge du mariage, à préserver la scolarisation des filles, à leur inculquer des compétences pratiques et à leur donner accès aux contraceptifs et à d'autres services de santé sexuelle et procréative, notamment pour prévenir la contamination par le VIH.

55. La lutte active contre le mariage d'enfants est un élément clef de l'action que mène le FNUAP pour défendre les droits des jeunes, particulièrement les adolescentes marginalisées. Il se mobilise notamment pour sensibiliser le public à cette question et œuvre auprès des gouvernements afin qu'ils fassent adopter des lois contre cette pratique. Il agit également en étroite collaboration avec les chefs locaux et religieux afin de cerner les méthodes permettant de décourager et, à terme, d'éliminer la pratique du mariage d'enfants, en encourageant la scolarisation des jeunes femmes et en leur inculquant un esprit d'initiative, par exemple. En 2009, les États Membres ont adopté la résolution 64/145 relative aux filles, dans laquelle l'accent est mis sur les mariages d'enfants et par laquelle les États étaient appelés à prendre les mesures voulues pour s'attaquer aux causes profondes des mariages d'enfants et des mariages forcés, pour faire mieux connaître les effets négatifs de ces pratiques et pour renforcer les législations et les politiques visant à protéger les droits des enfants, en particulier des filles.

56. Les bureaux de pays du FNUAP soutiennent des programmes innovants relatifs aux grossesses d'adolescentes et au mariage d'enfants. Dans la région d'Amhara, en Éthiopie, où les taux de mariage d'enfants sont parmi les plus élevés du monde, le programme Berhane Hewan, soutenu par le FNUAP, suit un modèle de transfert monétaire assorti de conditions afin d'inciter les familles à autoriser leurs filles à y participer plutôt que de les marier. Les filles qui participent au programme, mariées ou non, apprennent à lire et à écrire, acquièrent des compétences pratiques et reçoivent une formation en matière de santé procréative.

57. Au Guatemala, le programme « Nouvelles possibilités », financé par le FNUAP, est destiné aux filles marginalisées exposées au risque de grossesse et de mariage précoces, et vise à leur inculquer un esprit d'initiative et d'entreprise ainsi que des compétences pratiques, et à leur donner des informations sur l'égalité des sexes et la santé procréative. Ces modèles prouvent que la prévention du mariage d'enfants (et les risques de mortalité maternelle et de handicap qui y sont liés) exige que l'on offre aux filles les possibilités, les informations et les compétences nécessaires pour qu'elles puissent envisager des solutions alternatives à la grossesse et à la maternité précoces, voire à la mort en couches ou au handicap.

58. À l'échelle mondiale, le FNUAP a mis sur pied un partenariat unique avec l'UNICEF, l'OIT, l'UNESCO, UNIFEM et l'OMS pour remédier aux problèmes complexes auxquels se heurtent les adolescentes, notamment en ce qui concerne leur éducation, leur santé, leurs moyens d'existence, et d'autres questions liées à leur développement. En 2007, les organismes susmentionnés ont créé l'Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies pour les adolescentes, coprésidée par le FNUAP et l'UNICEF. L'Équipe spéciale appuie les efforts de collaboration menés à l'échelle nationale – avec les ministères, les organisations non gouvernementales et les réseaux de femmes et de filles – afin de repérer les adolescentes marginalisées exposées au risque de violations multiples de leurs droits, et d'exécuter des programmes conçus pour mettre fin à leur marginalisation et leur permettre de faire

valoir tous leurs droits et leur accès aux services sociaux, en particulier en matière d'éducation, de soins de santé, d'emploi et de développement humain.

VII. Prévention du VIH/sida

59. Le VIH est actuellement la première cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer; en Afrique subsaharienne, le taux de décès maternels dus à ce virus est en augmentation et dépasse tous les autres³. La forte prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer est la principale cause d'infections infantiles : plus de 90 % des infections contractées par les nouveau-nés et les enfants en bas âge sont transmises par la mère au cours de la grossesse, autour de la naissance ou pendant l'allaitement. Avec 370 000 enfants supplémentaires infectés chaque année¹⁵, soit 17 % de toutes les nouvelles infections¹⁶, le VIH touche 2 millions d'enfants de moins de 15 ans (contre 1,6 million en 2001¹⁶) et en tue 31 toutes les heures¹⁵. Les enfants nés de mères atteintes du VIH à un stade avancé risquent davantage de mourir, qu'ils soient ou non porteurs du virus.

Prévenir la transmission mère-enfant

60. En tant que coparrain d'ONUSIDA, le FNUAP a lancé plusieurs initiatives visant à freiner la propagation du VIH et œuvre avec ses partenaires à étendre les programmes de prévention du virus. Il a notamment défini une stratégie globale de prévention de la transmission mère-enfant qui comprend des mesures de prévention du VIH ainsi qu'un ensemble de soins adaptés destinés aux mères et à leurs enfants. Cette stratégie comporte quatre volets : a) la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer; b) la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH; c) la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la période périnatale; et d) le traitement, les soins et le soutien des femmes vivant avec le VIH, de leurs enfants et de leur famille.

61. L'Équipe spéciale interinstitutions pour la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, dont le FNUAP est l'un des principaux partenaires, aide les pays à exécuter des programmes complets de prévention de la transmission mère-enfant. Tout dernièrement, elle a défini des stratégies conjointes exposées dans le Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (2007), et concrétisé le cadre d'orientation 2009 d'ONUSIDA dans le domaine prioritaire de la prévention de la transmission mère-enfant.

62. Bien qu'il y ait toujours pénurie de programmes connexes, plusieurs bureaux locaux du FNUAP ont mené des activités visant à étendre la prévention de la transmission mère-enfant à l'échelle globale. Au Burundi par exemple, le FNUAP est intervenu auprès du Gouvernement et de la société civile pour promouvoir la prévention du VIH et la prestation de services de santé procréative, notamment les soins prénatals, l'assistance de personnel qualifié pendant les accouchements et les services de planification familiale à l'intention des couples et des femmes porteuses du VIH qui souhaitent éviter les grossesses. Au Tadjikistan, il a soutenu la formation, dans des centres régionaux de santé procréative, de formateurs à la

¹⁵ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008* (données de 2007).

¹⁶ *Rapport annuel de l'ONUSIDA 2008 : Sur la voie de l'accès universel* (données de 2007).

prévention de la transmission mère-enfant dans les soins périnataux. En Thaïlande, il a encouragé les hommes à participer à la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes.

63. En Colombie, le FNUAP soutient la mise en place d'une stratégie globale de santé procréative qui met davantage l'accent sur le dépistage volontaire et le traitement du VIH. Au Kenya, il continue, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, à soutenir les efforts déployés par le Ministère de la santé en vue d'intensifier le programme de prévention de la transmission mère-enfant, et il a formé plusieurs conseillers en planification familiale afin de renforcer ce service. Au Népal, il a aidé le Gouvernement à mettre en place un programme national visant à intégrer la prévention de la transmission mère-enfant dans les services de santé sexuelle et procréative. Au Turkménistan, il a formé du personnel chargé d'apprendre aux gynécologues-obstétriciens et au personnel des centres de dépistage et de traitement du VIH/sida à conseiller les femmes enceintes.

Programme global visant à favoriser l'usage du préservatif

64. Dans le cadre de sa stratégie de lutte contre le VIH, le FNUAP continue de mener l'Initiative mondiale de distribution de préservatifs, pour favoriser l'utilisation des préservatifs masculins et féminins afin de prévenir les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH, et les grossesses non désirées. Cette initiative se poursuit actuellement dans 55 pays et, pour la troisième année consécutive, le nombre total de préservatifs féminins distribués a considérablement augmenté, atteignant un record de 33 millions en 2008. À titre d'exemple, malgré une situation difficile sur le plan économique et politique, le Zimbabwe a distribué cette même année le plus grand nombre de préservatifs féminins par habitant, soit 5,2 millions contre 2,2 millions en 2006. D'autres pays ont également doublé, voire triplé leur distribution. Des partenariats établis avec plusieurs organismes publics et privés, la société civile et des publicitaires ont permis de fournir un maximum de préservatifs masculins et féminins. Des efforts ont été déployés en vue d'atteindre les populations des régions reculées et rurales grâce à des programmes de distribution ciblant expressément les personnes vulnérables et marginalisées, et notamment les groupes les plus à risque.

65. Le FNUAP s'emploie à renforcer les capacités humaines et institutionnelles des utilisateurs, des fournisseurs de services et des institutions pour faire changer les comportements vis-à-vis du préservatif, déstigmatiser et encourager son utilisation, et élaborer des stratégies de promotion et de communication créatives. Dans la moitié environ des pays participant à l'Initiative mondiale de distribution de préservatifs, des formateurs ont été chargés d'apprendre aux populations à utiliser correctement les préservatifs masculins et féminins. En République centrafricaine, le personnel médical a suivi une formation sur la planification familiale, y compris sur l'utilisation du préservatif féminin. Le Kenya a établi au sein de son Ministère de la santé un laboratoire national de contrôle de la qualité des préservatifs doté d'un personnel qualifié. Au Malawi, on a montré aux propriétaires de salons de coiffure comment utiliser et jeter les préservatifs féminins. Le Swaziland a lancé à l'échelle nationale une campagne multimédia visant à promouvoir le préservatif chez les 15-24 ans. Au Zimbabwe, les responsables des questions relatives au VIH dans les établissements d'enseignement tertiaire ont été formés à encourager l'utilisation du préservatif féminin et les rapports sexuels protégés.

66. Vingt pays ont adopté des stratégies nationales de promotion du préservatif et s'emploient à établir un plan opérationnel budgétisé à cinq ans, qui fixe notamment la répartition des tâches entre les différents partenaires. En Afrique de l'Ouest, le FNUAP a signé un mémorandum d'accord avec le Conseil de population qui lui permet de bénéficier de l'expérience de ce dernier dans la mise en œuvre de programmes de santé procréative.

VIII. La santé procréative en situations d'urgence

67. Les conflits et les catastrophes naturelles graves ou chroniques exacerbent la pauvreté, réduisent l'accès des populations touchées aux informations et aux services sociaux de base, portent atteinte à leurs droits fondamentaux et à leur sécurité, et les rendent plus vulnérables à la violence et à l'exploitation sexistes. Les bouleversements économiques et les crises politiques prolongées influent également sur la capacité de répondre aux besoins fondamentaux de l'être humain, notamment en matière de santé procréative.

68. Depuis une décennie, le FNUAP fait face aux situations de crise et de relèvement en suivant les principes directeurs suivants : a) le droit à la santé procréative est universel et s'applique aux femmes, aux hommes et aux adolescents où qu'ils se trouvent, y compris pendant les crises humanitaires et les périodes de relèvement; b) l'exactitude des données démographiques et sanitaires est l'élément fondamental qui garantit l'efficacité des secours humanitaires, de la reconstruction nationale, de la préparation aux situations d'urgence et de la prévention des conflits; et c) on ne saurait garantir l'efficacité des secours humanitaires et de la reconstruction sans tenir compte des problèmes des femmes.

69. Le FNUAP s'efforce avant tout de soutenir le renforcement des capacités et de faire intégrer le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population dans les programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence, de secours humanitaires, et de transition et relèvement. Cette stratégie tient compte de la réforme de l'action humanitaire de l'ONU et de ses incidences sur les opérations menées par le FNUAP, et reflète le rôle majeur joué par ce dernier dans la promotion de la santé et des droits procréatifs et de l'égalité des sexes dans les situations d'urgence humanitaire. Elle traduit également la fonction spécifique occupée par le FNUAP dans ce domaine.

70. Le FNUAP s'est également activement et efficacement employé à sensibiliser le Comité permanent interorganisations, le Groupe de travail interinstitutions, le Groupe des Nations Unies pour le développement, le Comité exécutif pour les affaires humanitaires et d'autres organes aux questions examinées à la Conférence internationale sur la population et le développement, faisant ainsi mieux connaître et comprendre la nécessité de répondre aux besoins particuliers et à la vulnérabilité des femmes et des filles réfugiées ou qui se trouvent dans des situations d'urgence ou dans des périodes de transition suivant une crise. Le succès de ces efforts se reflète notamment dans le fait que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement fait désormais partie intégrante de plans de financement de l'assistance humanitaire tels que le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires, la procédure d'appel global, les appels éclairs et le Fonds d'urgence pour les crises humanitaires.

71. Le FNUAP collabore également avec ses partenaires à la révision du Manuel opérationnel interinstitutions sur la santé procréative dans les situations de crise, qui est destiné à fournir aux coordonnateurs, aux médecins et au personnel sanitaire sur le terrain les dernières informations disponibles en matière de conception, mise en œuvre et coordination des composantes pratiques de programmes de santé procréative. En collaboration avec l'Alliance internationale Save the Children, il a mis au point une trousse de santé sexuelle et procréative destinée aux adolescents vivant dans des situations de crise humanitaire, qui est distribuée avec le manuel opérationnel.

72. Le FNUAP a grandement contribué à promouvoir la santé et à réduire la morbidité et la mortalité avant, pendant et après les crises, notamment en œuvrant en faveur de la santé procréative et en combattant la morbidité et la mortalité liées à la procréation chez les femmes, les hommes et les enfants. En mettant en œuvre l'Ensemble minimal de services initiaux aussitôt qu'une situation d'urgence survient, il entend : a) prévenir l'excès de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales; b) prévenir la violence sexuelle et gérer ses conséquences; c) réduire la transmission du VIH; d) planifier la prestation de services de santé procréative complets dès les premiers jours et les premières semaines de l'urgence; et e) coordonner l'intervention des différents acteurs concernés. Pour garantir l'efficacité de l'Ensemble minimal de services initiaux, le FNUAP fournit des trousseaux de santé procréative qui contiennent des médicaments, des fournitures et du matériel médicaux, et peuvent être expédiées partout dans le monde en 72 heures pour répondre aux besoins des populations en situation d'urgence.

73. En 2008, le FNUAP a fourni un appui direct et intensif sur le terrain à une soixantaine de bureaux locaux qui, après une catastrophe, ont eu besoin d'assistance pour intégrer des services liés à la santé sexuelle et procréative, au VIH et à la violence sexuelle dans leurs interventions d'urgence et de relèvement. Il a aussi organisé la formation et le renforcement des capacités de ses fonctionnaires et de leurs homologues dans plus de 100 pays. En 2009, il a notamment envoyé des fournitures de santé procréative d'urgence à l'intention des victimes du conflit au Yémen et des populations touchées par les inondations au Burkina Faso, en Gambie, en Mauritanie et au Sénégal. À Haïti, pays vulnérable aux catastrophes naturelles cycliques, le FNUAP a, juste avant la saison des ouragans, formé des coordonnateurs en santé procréative et élaboré un plan d'action visant à intégrer la santé sexuelle et procréative dans les plans nationaux de préparation aux urgences.

IX. Conclusion

74. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a reconnu que le développement durable passait nécessairement par l'accès à des informations et des services de santé procréative, y compris la planification familiale. La communauté internationale a souscrit au principe selon lequel la santé procréative est une composante essentielle de la réduction de la pauvreté, sans laquelle on ne saurait réduire les taux de fécondité et de mortalité et freiner la propagation du VIH/sida. Les informations et services en la matière, et notamment la planification familiale, les soins prénatals et postnatals, les services d'obstétrique et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH, sont tout particulièrement importants lorsqu'il s'agit de faire baisser la morbidité et la mortalité des mères et des nouveau-nés.

75. Si l'on veut offrir aux femmes, aux hommes et aux adolescents des services adéquats, acceptables et peu onéreux qui répondent à leurs besoins, il est indispensable de renforcer les systèmes de santé. Les politiques et programmes mis en œuvre doivent permettre aux femmes et aux catégories socioéconomiques défavorisées d'accéder aux informations et aux services de santé, et devraient reposer sur une approche fondée sur les droits de l'homme visant à garantir le droit de jouir du meilleur état de santé possible¹⁷. De fait, pour réaliser les quatrième, cinquième et sixième objectifs du Millénaire pour le développement, il faut renforcer le système de santé afin d'élargir aux populations les plus démunies et les plus à risque l'accès à un ensemble minimal de services de santé sexuelle et procréative.

76. Le FNUAP mène plusieurs activités aux niveaux mondial, régional et national pour réduire la morbidité et la mortalité. Grâce à un ensemble d'interventions dans le domaine de la santé sexuelle et procréative, il promeut la santé maternelle, la planification familiale et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH. Son programme d'investissement dans les sages-femmes a pour but de garantir des maternités sans risques en enseignant aux sages-femmes les gestes d'urgence nécessaires pour sauver des vies et prévenir la morbidité et les décès maternels et néonataux. Dans le cadre de son programme de sécurité d'approvisionnement en produits de santé procréative, le Fonds coopère avec les secteurs public et privé pour permettre aux plus démunis d'accéder à des produits de santé peu onéreux et éviter les ruptures de stocks de produits et de médicaments essentiels. Dans le cadre de sa Campagne pour éliminer les fistules, il intervient pour prévenir et soigner les fistules chez les femmes. Conjointement avec l'UNICEF, il a lancé un programme et un fonds d'affectation spéciale visant à mettre fin aux pratiques néfastes que sont les mutilations et les ablations génitales féminines. Le FNUAP combat la violence sexiste grâce à des programmes consacrés à la santé sexuelle et procréative, notamment au VIH/sida, et s'efforce de renforcer le rôle du secteur sanitaire dans la lutte contre la violence sexiste.

77. Le FNUAP s'efforce de réduire le nombre de grossesses d'adolescentes et de mariage d'enfants en promouvant des programmes qui permettent aux filles de rester scolarisées et d'acquérir une autonomie fonctionnelle et en proposant des services de santé sexuelle et procréative. Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de favorisation de l'usage du préservatif qu'il a mis en œuvre visent à prévenir le VIH et les grossesses non désirées. En outre, il apporte son aide dans les zones de conflit en fournissant notamment des trousseaux de santé procréative à utiliser dans les situations d'urgence.

78. Par ailleurs, le FNUAP appuie le recueil, la diffusion et l'analyse de données fiables et actuelles sur la santé et la population, qui sont d'autant plus essentielles à l'élaboration des politiques et à la planification et au financement des programmes compte tenu des crises financières et économiques mondiales.

79. De cette façon, le FNUAP contribue à faire baisser la morbidité et la mortalité, surtout lorsqu'elles sont liées à la santé maternelle, néonatale et procréative. Ses interventions dans ce domaine contribuent à réduire la perte d'années de vie en

¹⁷ Voir le rapport sur la morbidité et la mortalité maternelle évitables que le FNUAP a adressé au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme pour inclusion dans l'étude thématique sur la question demandée par le Conseil des droits de l'homme dans sa résolution 11/8.

bonne santé due à l'invalidité et au décès prématuré, concourent à la réalisation d'objectifs de développement plus larges, notamment l'augmentation des niveaux d'éducation, de productivité économique et de justice sociale, et aident les familles à sortir de la pauvreté.

80. Pour garantir une utilisation aussi efficace et effective que possible des rares ressources disponibles, la nouvelle conjoncture en matière d'aide exige le renforcement de la collaboration et des partenariats entre les donateurs et les pays en développement et le respect du principe de responsabilité mutuelle. Le plan stratégique et les programmes établis par le FNUAP suivent les principes qui sous-tendent les réformes de l'ONU, y compris les recommandations issues de l'examen triennal complet de 2007 et le nouveau cadre d'aide prévu par la Déclaration de Paris de 2005. La refonte du rôle du FNUAP, qui n'est plus un prestataire d'assistance technique aux projets mais un organisme d'appui aux politiques et de renforcement des institutions et un courtier en compétences, traduit l'importance grandissante désormais accordée au renforcement des capacités et à la durabilité de l'aide, et permet d'exporter les initiatives nationales qui ont fait leurs preuves en vue de la réalisation des objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement et des objectifs du Millénaire pour le développement.
