

DECISIONS

WHA57(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des douze Etats Membres suivants : Autriche, Belize, Canada, Djibouti, Gambie, Inde, Italie, Kenya, Mali, Myanmar, Ouzbékistan et Papouasie-Nouvelle-Guinée.

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(2) Composition de la Commission des Désignations

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a élu une Commission des Désignations comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Bahreïn, Brunéi Darussalam, Burkina Faso, Chine (République populaire de), Erythrée, Estonie, Fédération de Russie, France, Guyana, Israël, Mexique, Micronésie (Etats fédérés de), Monaco, Mozambique, Nicaragua, Ouganda, Pérou, République démocratique du Congo, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sri Lanka, Swaziland, Thaïlande, Tunisie, Uruguay, et le Dr Khandaker Mosharraf Hossain, Bangladesh (Président de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(3) Election du président et des vice-présidents de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu :

Président : M. Muhammad Nasir Khan (Pakistan)

Vice-Présidents : Dr M. E. Tshabalala-Msimang (Afrique du Sud), Mme A. David-Antoine (Grenade), M. S. Bogoev (Bulgarie), Dr R. Maria de Araujo (Timor-Leste), Dr Chua Soi Lek (Malaisie).

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(4) Election du bureau des commissions principales

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu présidents des commissions principales :

Commission A : Dr Ponmek Dalalay (République démocratique populaire lao)

Commission B : Dr Jigmi Singay (Bhoutan)

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

Les commissions principales ont ultérieurement élu vice-présidents et rapporteurs :

Commission A : Vice-Présidents, Dr D. Slater (Saint-Vincent-et-les-Grenadines) et
Mme A. Van Bolhuis (Pays-Bas)

Rapporteur, Professeur M. Mizanur Rahman (Bangladesh)

Commission B : Vice-Présidents, Professeur N. M. Nali (République centrafricaine) et
Dr S. Al Kharabseh (Jordanie)

Rapporteur, Mme Z. Jakab (Hongrie)

(Premières séances des Commissions A et B, 18 et 20 mai 2004)

WHA57(5) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu les délégués des dix-sept pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Botswana, Chili, Chine (République populaire de), Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Irlande, Jamahiriya arabe libyenne, Kazakhstan, Libéria, Niger, Nigéria, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Tchad, Trinité-et-Tobago et Yémen.

(Première séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(6) Adoption de l'ordre du jour

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent treizième session, après avoir supprimé un point et trois points subsidiaires et ajouté un point supplémentaire.

(Deuxième séance plénière, 17 mai 2004)

WHA57(7) Vérification des pouvoirs

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des Etats Membres suivants : Afghanistan, Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Angola, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Bélarus, Belgique, Belize, Bénin, Bhoutan, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Cuba, Danemark, Djibouti, Egypte, El Salvador, Emirats arabes unis, Equateur, Erythrée, Espagne, Estonie, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Grèce, Grenade, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Guyana, Haïti, Honduras, Hongrie, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Libéria,¹ Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Micronésie (Etats fédérés de), Monaco, Mongolie, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Palaos, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Serbie-et-Monténégro, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Swaziland, Tchad, Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Tuvalu, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Yémen, Zambie et Zimbabwe.

(Quatrième et septième séances plénières, 19 et 21 mai 2004)

WHA57(8) Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée,² a élu les Etats suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Australie, Bahreïn, Bolivie, Brésil, Jamaïque, Kenya, Lesotho, Jamahiriya arabe libyenne, Luxembourg, Roumanie, Thaïlande et Tonga.

(Septième séance plénière, 21 mai 2004)

¹ Pouvoirs acceptés à titre provisoire.

² Document A57/38.

WHA57(9) Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de demander au Directeur général de reporter la présentation du rapport final sur le résultat des travaux de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, créée en application de la résolution WHA56.27, à la cent dix-septième session du Conseil exécutif (janvier 2006), la Commission ayant besoin de ce délai supplémentaire pour achever ses travaux.

(Septième séance plénière, 21 mai 2004)

WHA57(10) Allocations de crédits aux Régions

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, après examen du rapport sur les crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire,¹ et eu égard aux recommandations formulées dans le paragraphe 21, a décidé de demander au Directeur général d'établir, en consultation avec les Etats Membres et les Régions, des principes directeurs fondés sur des critères objectifs, qui seront appliqués pour l'allocation des fonds de toute provenance, en tenant compte de l'équité, de l'efficacité et des résultats obtenus, ainsi que de l'appui à fournir aux pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés, et de soumettre ces principes pour examen au Conseil exécutif à sa cent quinzième session.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

WHA57(11) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr J. Larivière, délégué du Canada, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et le Dr A. A. Yoosuf, délégué des Maldives, membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour une période de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2007.

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a également nommé le Dr L. Waqatakirewa, délégué de Fidji, membre du Comité pour le reste du mandat de M. L. Rokovada, c'est-à-dire jusqu'en mai 2005.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

¹ Document A57/24.

WHA57(12) Politique applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de renvoyer l'examen de la nouvelle politique applicable aux organisations non gouvernementales¹ afin de donner au Directeur général le temps de consulter toutes les parties intéressées en vue de dégager un consensus sur le libellé de la résolution à soumettre à une session ultérieure de l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

WHA57(13) Choix du pays où se tiendra la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, vu les dispositions de l'article 14 de la Constitution, a décidé que la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé se tiendrait en Suisse.

(Huitième séance plénière, 22 mai 2004)

WHA57(14) Rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième et cent treizième sessions

La Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Conseil exécutif sur ses cent douzième² et cent treizième³ sessions, a pris note des rapports, a félicité le Conseil du travail qu'il avait accompli et a exprimé sa satisfaction du dévouement avec lequel il s'était acquitté des tâches qui lui avaient été confiées.

(Neuvième séance plénière, 22 mai 2004)

¹ Voir document A57/32.

² Document EB112/2003/REC/1.

³ Documents EB113/2004/REC/1 et EB113/2004/REC/2.

ANNEXES

ANNEXE 1

Accord entre l'Office international des Epizooties (OIE) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹

[A57/28, annexe – 8 avril 2004]

L'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée « l'OMS ») et l'Office international des Epizooties (ci-après dénommé « l'OIE »), souhaitant coordonner les efforts qu'ils font pour promouvoir et améliorer la santé publique vétérinaire, la sécurité alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments, et collaborer étroitement à cette fin,

Sont convenus de ce qui suit :

Article 1

- 1.1 L'OMS et l'OIE décident de coopérer étroitement pour les questions d'intérêt commun relevant de leurs domaines de compétence respectifs tels qu'ils sont définis par les actes constitutifs de l'une et l'autre Parties et par les décisions de leurs organes directeurs.

Article 2

- 2.1 L'OMS communique à l'OIE, afin que celui-ci les distribue à ses Membres, les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé et les recommandations faites lors de consultations, d'ateliers et d'autres réunions officielles de l'OMS sur des questions pertinentes.
- 2.2 L'OIE communique à l'OMS, afin que celle-ci les distribue à ses Etats Membres, les recommandations et résolutions de son Comité international ainsi que les recommandations faites lors de consultations, d'ateliers et d'autres réunions officielles de l'OIE sur des questions pertinentes.
- 2.3 Les résolutions et recommandations portées à la connaissance des organes respectifs des deux organisations (ci-après dénommées « les Parties ») forment la base de l'action internationale coordonnée entre les deux Parties.

Article 3

- 3.1 Des représentants de l'OMS sont invités à assister aux sessions du Comité international et aux conférences régionales de l'OIE et à participer, sans droit de vote, aux délibérations de ces organes sur des questions inscrites à l'ordre du jour auxquelles l'OMS s'intéresse.

¹ Voir résolution WHA57.7.

- 3.2 Des représentants de l'OIE sont invités à assister aux sessions du Conseil exécutif, de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux de l'OMS et à participer, sans droit de vote, aux délibérations de ces organes sur des questions inscrites à l'ordre du jour auxquelles l'OIE s'intéresse.
- 3.3 Des arrangements appropriés sont pris par voie d'accord entre le Directeur général de l'OMS et le Directeur général de l'OIE pour assurer la participation de l'OMS et de l'OIE à d'autres réunions de caractère non confidentiel convoquées sous les auspices de l'une des organisations, au cours desquelles seront examinées des questions auxquelles l'autre organisation s'intéresse ; cela concerne tout particulièrement les réunions qui débouchent sur l'établissement de normes et critères.
- 3.4 Les deux Parties décident de ne pas tenir de réunions ou de conférences portant sur des questions d'intérêt commun sans consulter l'autre Partie au préalable.

Article 4

L'OMS et l'OIE collaborent dans les domaines présentant un intérêt commun en particulier par les moyens suivants :

- 4.1 L'échange réciproque de rapports, de publications et d'autres informations, en particulier l'échange en temps voulu d'informations sur les flambées de zoonoses et de maladies d'origine alimentaire. Les deux Parties prendront des arrangements spéciaux pour coordonner la riposte aux flambées de zoonoses et/ou de maladies d'origine alimentaire notoirement ou potentiellement importantes en santé publique au niveau international.
- 4.2 L'organisation, aux niveaux régional et mondial, de réunions et de conférences sur les zoonoses, les maladies d'origine alimentaire et les questions connexes telles que les pratiques en matière d'alimentation des animaux et la résistance aux antimicrobiens en rapport avec l'usage prudent des antimicrobiens dans l'élevage, ainsi que sur leurs politiques et programmes d'endiguement/de lutte.
- 4.3 L'élaboration, la défense et le soutien technique conjoints de programmes nationaux, régionaux ou mondiaux visant à maîtriser ou éliminer les principales zoonoses et maladies d'origine alimentaire ou portant sur des questions d'intérêt commun qui se font jour ou qui resurgissent.
- 4.4 La promotion et le renforcement, en particulier dans les pays en développement, de l'éducation en matière de santé publique vétérinaire, de la mise en oeuvre de la santé publique vétérinaire et d'une coopération efficace entre le secteur de la santé publique et le secteur de la santé animale/vétérinaire.
- 4.5 La promotion et la coordination au niveau international de la recherche sur les zoonoses, la santé publique vétérinaire et la sécurité sanitaire des aliments.
- 4.6 La promotion et le renforcement de la collaboration entre les réseaux de centres de référence et de laboratoires de l'OIE et de centres collaborateurs et de laboratoires de référence de l'OMS afin qu'ils soutiennent ensemble les Etats Membres de l'OMS et les Membres de l'OIE pour les questions présentant un intérêt commun.

Article 5

- 5.1 Lors de l'établissement de leurs programmes de travail respectifs, l'OMS et l'OIE s'échangent leurs projets de programmes afin que l'autre Partie puisse faire des observations.
- 5.2 Chaque Partie tient compte des recommandations de l'autre Partie lorsqu'elle établit le programme définitif qui sera soumis à son organe directeur.
- 5.3 L'OMS et l'OIE tiennent une fois par an une réunion de coordination entre hauts responsables du Siège et/ou représentants régionaux.
- 5.4 Les deux Parties doivent prendre les dispositions administratives nécessaires pour appliquer ces politiques, par exemple l'échange d'experts, l'organisation conjointe de réunions scientifiques et techniques, la formation conjointe du personnel de santé et du personnel vétérinaire.

Article 6

- 6.1 Le présent Accord entrera en vigueur à la date de sa signature par le Directeur général de l'OMS et le Directeur général de l'OIE, sous réserve de l'approbation du Comité international de l'OIE et de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- 6.2 Le présent Accord peut être modifié par consentement mutuel expressément écrit. Il peut être aussi révoqué par l'une ou l'autre Partie par l'envoi par celle-ci d'un préavis de six mois par écrit à l'autre Partie.

Article 7

- 7.1 Le présent Accord annule et remplace l'Accord entre l'OMS et l'OIE adopté par l'OMS le 4 août 1960 et par l'OIE le 8 août 1960.

Adopté par l'OMS le 18 décembre 2002 et par l'OIE le 26 mai 2003

Dr D. L. Heymann
Directeur exécutif
Maladies transmissibles

Dr B. Vallat
Directeur général

ANNEXE 2

Stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique¹

[A57/13, annexe – 15 avril 2004]

INTRODUCTION

1. La santé génésique et sexuelle² est fondamentale pour les individus, les couples et les familles, et pour le développement socio-économique des communautés et des nations. Préoccupée par la lenteur des progrès accomplis en matière de santé génésique et sexuelle au cours des dix dernières années, et consciente que les objectifs de développement internationaux ne seraient pas atteints sans l'engagement renouvelé de la communauté internationale, la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA55.19, dans laquelle elle invite le Directeur général à élaborer une stratégie permettant d'accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique. Elle y rappelle et reconnaît également les programmes et plans d'action dont sont convenus les gouvernements à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), à la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes (Beijing, 1995) et aux conférences organisées pour examen de suivi de l'une et de l'autre au bout de cinq ans.³

2. Pour donner suite à la résolution WHA55.19 et après avoir consulté les Etats Membres et les partenaires, l'OMS a conçu une stratégie qui se fonde sur les mesures prises par les Etats Membres en application de la résolution WHA48.10 (Santé en matière de reproduction humaine : rôle de l'OMS dans la stratégie mondiale), dans laquelle il leur était instamment demandé de développer et de renforcer encore leurs programmes de santé en matière de reproduction.

3. La stratégie présentée ici s'adresse d'une manière générale aux responsables des instances gouvernementales, des organismes internationaux, des associations professionnelles, des organisations non gouvernementales et d'autres institutions. La première partie met en évidence le large fossé qui sépare les objectifs mondiaux de la situation concrète dans le monde et recense les principaux obstacles au progrès, en insistant tout particulièrement sur les inégalités liées au sexe et à la pauvreté

¹ Voir résolution WHA57.12.

² La définition de la santé génésique proposée par l'OMS et approuvée à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) englobe la santé sexuelle (voir encadré). En français les expressions « santé génésique », « santé de la reproduction » et « santé en matière de reproduction » sont interchangeables.

³ Vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'examen et à l'évaluation d'ensemble de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (New York, 1999) et vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux femmes en l'an 2000 : égalité entre les sexes, développement et paix pour le XXI^e siècle (New York, 2000).

et sur les risques auxquels sont exposés les adolescents. La deuxième partie expose la stratégie, qui s'inspire de principes fondés sur les droits de l'homme reconnus au niveau international. Elle dégage les éléments fondamentaux des services de santé génésique et sexuelle et propose des approches novatrices que les pays et l'OMS pourraient appliquer. Elle se conclut par la réaffirmation de l'engagement pris par l'OMS de collaborer avec ses partenaires afin d'encourager et d'aider les Etats Membres à atteindre les objectifs de développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire ainsi que les autres objectifs et cibles convenus sur le plan international qui ont trait à la santé génésique et sexuelle.

I. OBJECTIFS MONDIAUX, REALITES MONDIALES

4. Les objectifs du Millénaire pour le développement, qui découlent de la Déclaration du Millénaire adoptée en l'an 2000 par 189 Etats Membres de l'Organisation des Nations Unies, sont les nouveaux repères internationaux pour mesurer les progrès accomplis sur la voie du développement durable et de l'élimination de la pauvreté. Sur les huit objectifs, trois sont directement liés à la santé génésique et sexuelle – améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité infantile, et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies – et quatre sont en relation étroite avec la santé, et donc avec la santé génésique – réduire l'extrême pauvreté et la faim, assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, et assurer un environnement durable. Les cibles concrètes consistent notamment à :

- réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ;
- réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de cinq ans ;
- d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.

5. D'autres jalons ont été fixés en 1999 à la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'examen et à l'évaluation de l'application du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Par exemple, d'ici à 2015, la proportion des accouchements se déroulant avec l'assistance de personnel soignant qualifié devrait atteindre 90 % dans l'ensemble du monde et au moins 60 % dans les pays où le taux de mortalité maternelle est élevé.¹

6. La définition de la santé génésique adoptée en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement (voir l'encadré ci-après) fait ressortir les principales caractéristiques qui distinguent la santé génésique et sexuelle d'autres aspects de la santé. Elle s'étend avant et après la période où l'être humain est en âge de procréer et elle est étroitement liée aux facteurs socioculturels, aux rôles dévolus aux deux sexes, au respect et à la protection des droits de l'homme en ce qui concerne plus particulièrement – mais pas seulement – la sexualité et les relations entre personnes.

¹ Document de l'Organisation des Nations Unies A/S-21/5/Add.1, paragraphe 64.

Droits et santé en matière de reproduction tels qu'ils sont définis dans le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement¹

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. » (Paragraphe 7.2)

« Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme ... » (Paragraphe 7.3)

¹ Document des Nations Unies A/CONF.171/13 : Rapport de la CIPD.

7. L'adoption de ces définitions exhaustives à la Conférence internationale sur la population et le développement a inauguré une nouvelle ère, et les réalisations de ces dix dernières années sont nombreuses et importantes. A quelques exceptions près, le concept de droits et de santé en matière de reproduction a été largement accepté et les organismes internationaux d'action sanitaire et d'aide au développement, les gouvernements, les organisations non gouvernementales et d'autres acteurs encore ont commencé à l'utiliser. Presque tous les pays ont défini de nouvelles politiques et de nouveaux programmes de santé génésique qui, dans certains d'entre eux, ont notablement changé la manière dont étaient assurés les services de santé maternelle et infantile ou les services de planification familiale.

8. Suite à cette évolution conceptuelle et à l'engagement en faveur de la santé génésique et sexuelle, de nouveaux partenariats se sont créés aux niveaux national, régional et mondial. De nouvelles données ont en outre été recueillies sur des questions jusque-là peu étudiées, comme la charge de morbidité due aux problèmes de santé génésique et sexuelle et les liens de ceux-ci avec la pauvreté et la violence à l'encontre des femmes. Le nombre de meilleures pratiques fondées sur des bases factuelles a beaucoup augmenté, le champ d'investigation de la recherche clinique et comportementale s'est étendu, ainsi que la gamme d'étalons, de normes et de lignes directrices reconnus au niveau international.

9. L'expérience montre que, même dans les pays à faible revenu, il est possible, grâce à des approches novatrices propres à chaque pays, de réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelles, par exemple. La tâche consiste maintenant à concevoir des stratégies nationales innovantes pour mettre les services de santé à la portée de ceux qui en ont le plus besoin, tels que les adolescents et les pauvres, afin d'atteindre les objectifs internationaux. Actuellement, les taux de mortalité et de morbidité maternelles, de mortalité périnatale, la fréquence des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles, dont l'infection à VIH, des grossesses non désirées, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et des pratiques sexuelles à risque demeurent élevés dans de nombreux pays, comme l'illustrent les chiffres ci-après.

Situation dans le monde

Grossesse, accouchement et santé du nouveau-né

10. Sur les 210 millions de femmes enceintes recensées chaque année, quelque 8 millions souffrent de complications parfois mortelles et beaucoup ont des séquelles, voire une incapacité, permanentes. On estime qu'en 2000, 529 000 femmes sont mortes pendant la grossesse ou l'accouchement de causes en grande partie évitables. A l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle n'a guère évolué ces dix dernières années.

11. Les écarts entre les régions sont énormes : 99 % des décès maternels se produisent dans les pays en développement. Le risque, à la naissance, de mourir d'une affection maternelle est de 1 sur 16 en Afrique subsaharienne, de 1 sur 58 en Asie du Sud-Est et de 1 sur 4000 dans les pays industrialisés.

12. La plupart des décès maternels résultent de complications à l'accouchement (par exemple une dystocie grave, en particulier chez les primigestes très jeunes, une hémorragie et des troubles tensionnels), au début du post-partum (accident septique et hémorragie) ou après un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Les facteurs le plus souvent à l'origine de ces décès sont l'absence de personnel de santé qualifié¹ pendant l'accouchement, de services capables de dispenser des soins obstétricaux d'urgence et de prendre en charge les complications des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et l'inefficacité du système d'orientation-recours.

13. Plus de 50 % des femmes qui vivent dans les régions les plus pauvres du monde, et plus de 80 % dans certains pays, mettent leur enfant au monde sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée. En Afrique subsaharienne, ce chiffre est resté le même au cours des dix dernières années. Alors que les soins prénatals existent et sont largement dispensés dans les pays industrialisés, près de la moitié des femmes enceintes dans le sud de l'Asie et un tiers en Asie occidentale et en Afrique subsaharienne ne bénéficiaient d'aucune prestation prénatale à la fin des années 90, proportion qui, par contraste, était inférieure à un cinquième en Asie orientale ainsi qu'en Amérique latine et aux Caraïbes.

14. Sur les 10,8 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans enregistrés dans le monde, 3 millions ont lieu pendant les 7 premiers jours de la période néonatale. On estime en outre à 2,7 millions le nombre d'enfants mort-nés. Un grand nombre de ces décès sont dus au mauvais état de santé de la mère et à l'insuffisance des soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Dans les pays en développement, le taux de mortalité néonatale (pendant les 28 jours qui suivent la

¹ Par « personnel de santé qualifié » ou « accoucheuse qualifiée », on entend un ou des professionnels de santé tels qu'une sage-femme, un médecin ou une infirmière qui ont les qualifications et les compétences nécessaires pour prendre en charge un accouchement normal et la période qui suit immédiatement la naissance, qui savent reconnaître les complications et, au besoin, dispenser des soins d'urgence et/ou adresser le cas à un niveau supérieur de soins de santé.

naissance) n'a pas changé depuis le début des années 80 et reste d'environ 30 décès pour 1000 naissances vivantes. Par ailleurs, le décès de la mère peut gravement compromettre la survie de l'enfant.

Planification familiale

15. Le recours à la contraception est devenu beaucoup plus fréquent dans nombre de pays en développement et est presque aussi répandu dans certains d'entre eux que dans les pays développés. Des enquêtes indiquent pourtant que, dans les pays en développement et les pays en transition, plus de 120 millions de couples ne disposent d'aucune méthode de contraception sûre et efficace alors qu'ils souhaitent éviter ou espacer les grossesses.

16. Entre 9 % et 39 % des femmes mariées (ou vivant en couple) sont privées des services de planification familiale dont elles ont besoin. D'après les données, les besoins des adolescents et des adultes sexuellement actifs non mariés ne sont pas satisfaits non plus. On compte chaque année environ 80 millions de grossesses non désirées, dont certaines sont dues à un échec de la contraception, aucune méthode n'étant efficace à 100 %.

Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

17. Sur les quelque 45 millions de grossesses non désirées interrompues chaque année, on estime à 19 millions le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité;¹ 40 % de tous ces avortements sont réalisés chez des femmes jeunes, qui ont entre 15 et 24 ans. D'après les estimations, 68 000 femmes en meurent chaque année, ce qui représente 13 % de tous les décès liés à la grossesse. L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est en outre à l'origine d'une très importante morbidité. Des études indiquent par exemple qu'au moins une femme sur cinq qui subissent ce type d'avortement contracte une infection de l'appareil reproducteur. Il s'agit parfois d'infections graves, qui entraînent la stérilité.

Infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, et infections de l'appareil reproducteur

18. D'après les estimations, il se produit chaque année 340 millions de nouveaux cas d'infection bactérienne sexuellement transmissible, dont la plupart sont accessibles au traitement. Beaucoup de ces infections ne sont pas soignées parce qu'elles sont difficiles à diagnostiquer et qu'il n'y a pas de services compétents et abordables. On recense de plus tous les ans des millions de cas d'infections virales, pour la plupart incurables, notamment 5 millions de nouveaux cas d'infection à VIH, dont 600 000 chez des nourrissons après transmission du virus par la mère à son enfant.

19. L'infection à papillomavirus humain sexuellement transmissible est étroitement liée au cancer du col de l'utérus, diagnostiqué chaque année chez plus de 490 000 femmes, dont 240 000 succombent. Les trois quarts des cancers du col se produisent dans les pays en développement où les programmes de dépistage et de traitement sont très insuffisants, voire inexistantes.

¹ Un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité se définit comme un acte effectué en vue d'interrompre une grossesse non désirée par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires ou dans des conditions qui ne répondent pas aux normes médicales minimales, ou les deux (voir The prevention and management of unsafe abortion, Report of a technical working group, document WHO/MSM/92.5, 1992).

20. Chaque année, plus de 100 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans contractent des infections sexuellement transmissibles en majorité curables. Elles facilitent l'acquisition et la transmission du VIH. Près de la moitié des nouveaux cas d'infection à VIH concernent des jeunes. Malgré les tendances favorables observées récemment chez les jeunes (en particulier chez les femmes) dans certains pays d'Afrique, il y a en Afrique subsaharienne près de deux fois plus de jeunes femmes porteuses du virus que d'hommes infectés. En 2001, on estimait que dans cette région, entre 6 % et 11 % des jeunes femmes vivaient avec le VIH/SIDA, contre 3 % à 6 % des hommes jeunes. Dans d'autres régions en développement, le VIH/SIDA est également plus répandu chez les femmes que chez les hommes. On sait en outre que les infections de l'appareil reproducteur telles que la vaginose bactérienne et la candidose génitale, qui ne se transmettent pas par voie sexuelle, sont courantes, bien qu'on manque d'informations sur leur prévalence et leurs conséquences.

21. Les infections sexuellement transmissibles sont aussi une cause importante de stérilité : 60 à 80 millions de couples dans le monde sont stériles et doivent renoncer à avoir des enfants, la plupart du temps à cause d'une obstruction tubaire résultant d'une infection sexuellement transmissible non soignée ou mal soignée.

22. Pris ensemble, les problèmes de santé génésique et sexuelle (mortalité et morbidité maternelles et périnatales, cancers, infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA) représentent près de 20 % de la charge mondiale de morbidité chez les femmes et quelque 14 % chez les hommes. Mais ces statistiques ne rendent pas compte de toute la charge de morbidité. La violence à l'encontre des femmes et les affections gynécologiques comme les problèmes menstruels graves, l'incontinence urinaire et fécale due à des fistules obstétricales, le prolapsus utérin, la fausse couche et les dysfonctionnements sexuels, qui toutes ont d'importantes conséquences sociales, psychologiques et physiques, sont très sous-estimées dans les chiffres actuels de la charge mondiale de morbidité. L'OMS estime que les rapports sexuels à risque occupent la deuxième place dans le classement des plus grands facteurs de risque pour la santé dans le monde.

Obstacles au progrès

Inégalité des sexes

23. L'inégalité des sexes en matière de santé est souvent frappante. Il arrive que les familles dépensent moins pour l'alimentation, la santé, la scolarisation et la formation professionnelle des filles que pour celles des garçons. La discrimination sexuelle et le statut social inférieur des filles et des femmes influent souvent sur leur état de santé physique et mentale, les exposent à des violences physiques ou psychologiques et les empêchent de bien maîtriser leur vie, en particulier leur sexualité et tout ce qui concerne la reproduction.

24. Sous ses multiples formes, la violence que subissent les femmes a des répercussions sur leur santé génésique et sexuelle. Les violences infligées notamment par un partenaire intime, phénomène qui s'observe partout dans le monde, comprennent les sévices physiques, sexuels et psychologiques. Des études montrent qu'entre 4 % et 20 % des femmes sont victimes de violences pendant leur grossesse, avec pour conséquences, pour elles-mêmes et pour leur enfant, une fausse couche, un travail prématuré et un faible poids de naissance. Il ressort des données dont on dispose que, dans certains pays, près d'une femme sur quatre subit des violences sexuelles de la part de son partenaire intime. Le viol et les agressions sexuelles par des personnes connues ou étrangères sont également fréquents. La traite des femmes et des enfants ainsi que la prostitution forcée sont aussi des problèmes, dans certaines régions. Les problèmes de santé génésique et sexuelle qui en découlent pour les femmes sont nombreux, à savoir grossesse non désirée, avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de

sécurité, douleurs chroniques, infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, et troubles gynécologiques.

Risques auxquels sont exposés les adolescents

25. Dans la plupart des pays, les tabous et les pratiques sexuelles admises (notamment le mariage d'enfants, les mutilations sexuelles féminines et l'initiation sexuelle précoce) bloquent l'accès à l'information, aux services de santé génésique et à d'autres formes d'aide dont les jeunes ont besoin pour être en bonne santé. Or les comportements sexuels à l'adolescence (entre 10 et 19 ans) ont des conséquences immédiates et à plus longue échéance. Dans certaines régions du monde, l'activité sexuelle commence à l'adolescence et comporte souvent des risques, aussi bien dans le cadre du mariage que hors mariage. Les adolescents sont rarement armés ou suffisamment soutenus pour refuser un rapport sexuel, faire accepter des rapports à moindre risque ou prendre eux-mêmes les précautions nécessaires contre une grossesse non désirée ou une infection sexuellement transmissible. Chez les très jeunes filles, la grossesse présente un risque important de mortalité et de morbidité maternelles. Il est indispensable de répondre aux besoins et de protéger les droits des adolescents, au nombre de 1,2 milliard aujourd'hui, pour préserver leur santé et celle des générations futures.

Inégalités liées à la pauvreté et accès aux services de santé

26. Presque partout dans le monde, la pauvreté va de pair avec un accès difficile aux services de santé, en particulier aux services de santé maternelle. C'est dans les pays les plus pauvres que les problèmes de santé génésique et sexuelle sont les plus importants, car les services de santé y sont généralement dispersés ou matériellement inaccessibles, manquent de personnel, de ressources et de matériel et coûtent trop cher pour la majorité des personnes démunies. Trop souvent, les améliorations apportées aux services de santé publics profitent avant tout aux classes aisées, et il est possible en théorie d'atteindre certains des objectifs sanitaires internationaux en laissant de côté le quintile de la population qui a les plus faibles revenus et les groupes vulnérables.

27. Depuis les années 80, nombre de pays ont engagé des réformes dans le secteur de la santé qui influent sur l'existence et l'accessibilité des services de santé, y compris les services de santé génésique et sexuelle. Les systèmes de financement tels que les régimes d'assurance par prépaiement et les subventions basées sur la situation de fortune ont rarement assuré aux pauvres l'accès équitable souhaité. Il faut donc veiller tout particulièrement à ce que les groupes défavorisés aient accès à la prévention, au traitement et aux services vitaux tels que les soins obstétricaux d'urgence.

Autres problèmes

28. L'aide au développement a diminué d'une manière générale ces dernières années, tandis que de nouveaux mécanismes de financement extérieur ont vu le jour dans le secteur de la santé, tels que les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté, les approches sectorielles et l'aide budgétaire directe. Par ailleurs, d'importantes nouvelles sources de financement de l'action sanitaire, comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, concentrent les ressources sur des maladies et des interventions données. Il importe de veiller à ce que ces nouveaux mécanismes contribuent à développer durablement les systèmes de santé, y compris les services de santé génésique et sexuelle.

29. L'insuffisance des ressources humaines est, dans beaucoup de pays, un obstacle majeur à l'expansion des services intégraux de santé génésique et sexuelle et à une meilleure qualité des soins. Les problèmes sont notamment une grave pénurie de personnel, le manque de qualification, le roulement rapide et le départ des agents qualifiés, l'utilisation et l'affectation peu rationnelles du

personnel en place. La mauvaise performance et le roulement fréquent des professionnels de la santé viennent essentiellement de ce que les salaires sont bas ou ne sont pas toujours versés et de ce que la formation, l'encadrement et les conditions de travail sont médiocres. Une planification stratégique permettant de former et de fidéliser un personnel de santé compétent, par exemple des accoucheuses qualifiées, est indispensable pour améliorer les soins de santé génésique et sexuelle.

30. Outre les difficultés d'accès aux services de santé en général que connaissent les pauvres et les personnes défavorisées en raison de l'éloignement, du manque de transports, du coût des services et de conditions discriminatoires, la santé génésique présente des difficultés particulières dues à des facteurs socioculturels comme les tabous qui entourent la procréation et la sexualité, le peu de pouvoir qu'ont les femmes dans ce domaine, le peu d'importance accordé à leur santé et l'attitude négative ou moralisatrice des membres de la famille et des prestataires de soins de santé. Un examen global des croyances, des attitudes et des valeurs par les communautés et les prestataires locaux est un bon point de départ pour surmonter ces obstacles fondamentaux.

31. Ces deux dernières décennies, la santé génésique a fait des progrès grâce à la mise au point de technologies pouvant sauver des vies et à l'adoption de pratiques cliniques et programmatiques efficaces. Cependant, malgré l'existence de bases de données électroniques et d'outils interactifs, de nombreux systèmes de santé et prestataires de services accèdent difficilement ou n'ont pas accès du tout aux nouvelles informations. Bien souvent, les projets pilotes qui ont fait leurs preuves dans de nombreux pays, y compris ceux qui font appel à de nouvelles technologies et aux meilleures pratiques, ne sont pas appliqués à grande échelle. Faute d'une planification stratégique fondée sur des données qualitatives et quantitatives adéquates, les raisons pour lesquelles les services sont de qualité médiocre et difficilement accessibles ou peu utilisés ne sont pas entièrement élucidées.

32. Dans certains pays, la législation, la politique et la réglementation peuvent bloquer l'accès aux services (en interdisant par exemple la contraception aux personnes non mariées), restreindre inutilement le rôle du personnel de santé (en interdisant par exemple aux sages-femmes d'effectuer des actes salvateurs tels que le retrait du placenta), empêcher d'assurer certains services (comme l'octroi sans ordonnance d'une contraception d'urgence) ou limiter l'importation de certains médicaments et technologies essentiels. La levée de telles barrières faciliterait grandement l'accès aux services.

II. LA STRATEGIE POUR ACCELERER LES PROGRES

33. La stratégie est destinée d'une manière générale à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs internationaux de santé génésique pour, à terme, assurer à tous le meilleur état de santé génésique et sexuelle possible.

Principe directeur : les droits de l'homme

34. La stratégie de l'OMS pour accélérer les progrès s'appuie sur les instruments internationaux et les déclarations reflétant un consensus mondial qui ont trait aux droits de l'homme et qui reconnaissent notamment le droit de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre ; le droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations et des moyens nécessaires pour ce faire ; le droit des femmes d'avoir prise sur leur sexualité et de prendre des décisions libres et responsables en matière de santé génésique et sexuelle, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence ; le même droit pour les hommes et pour les femmes de choisir leur époux ou leur épouse et de ne se marier que s'ils y consentent librement et pleinement ; le droit d'accéder à l'information sanitaire pertinente ; et le droit de tout un

chacun de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications. Pour que ces droits soient respectés, les politiques, programmes et interventions doivent promouvoir l'égalité des sexes, donner la priorité aux populations ou groupes de population pauvres et mal desservis, en particulier les adolescents, et aider tout spécialement les pays les plus touchés par les problèmes de santé génésique et sexuelle.

Éléments fondamentaux de la santé génésique et sexuelle

35. La santé génésique et sexuelle se compose de cinq éléments fondamentaux : améliorer les soins prénatals, les soins périnatals, les soins du post-partum et les soins au nouveau-né ; assurer des services de planification familiale de grande qualité, y compris contre la stérilité ; éliminer le problème de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ; combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col utérin et d'autres affections gynécologiques ; et promouvoir la santé sexuelle. Les différents éléments de la santé génésique et sexuelle étant étroitement liés entre eux, il est probable que les interventions entreprises dans un domaine auront des retombées positives sur les autres. Il est indispensable que les pays renforcent les services existants et s'en servent comme point d'accès pour appliquer de nouvelles interventions en veillant à ce que la synergie soit maximale.

36. Dans la plupart des pays, le principal point d'accès aux soins est l'ensemble des services assurés pendant la période prénatale, à l'accouchement et pendant le post-partum, prestations qui sont au centre des soins de santé primaires. Pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles, ainsi que la mortalité périnatale, il faut que chaque accouchement soit pratiqué par un personnel qualifié et que des soins obstétricaux d'urgence complets soient prodigués en cas de complications. Ces services exigent des systèmes d'orientation-recours efficaces afin d'assurer la communication et le transport entre les différents lieux où sont fournies les prestations. Les services de santé maternelle offrent une occasion précieuse de dispenser aux femmes des services de planification familiale. Ils sont également un excellent moyen de proposer aux femmes des services de prévention, de conseil, de dépistage et de traitement de l'infection à VIH, ainsi que de prévenir la transmission du VIH pendant la grossesse et l'accouchement ou à travers l'allaitement. Ce sont même les seuls services à pouvoir dispenser efficacement ces interventions. Ces différents points sont abordés de manière plus détaillée dans la stratégie OMS pour une grossesse à moindre risque.

37. En tant que cause évitable de mortalité et de morbidité maternelles, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité doit être pris en compte dans le cadre de l'objectif du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et d'autres objectifs et cibles de développement internationaux. Plusieurs mesures d'urgence doivent être prises, y compris pour renforcer les services de planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées et, dans la mesure autorisée par la loi, pour rendre les services disponibles et accessibles. Toujours dans la mesure autorisée par la loi, pour qu'une interruption de grossesse puisse être réalisée dans de bonnes conditions de sécurité, il convient de former les dispensateurs de services aux techniques modernes et de leur fournir les médicaments et fournitures nécessaires, techniques et matériels qui devraient être mis à disposition pour les soins gynécologiques et obstétricaux ; il faudrait également apporter un soutien social et d'autres formes d'aide aux femmes en cas de grossesse non désirée et, dans la mesure autorisée par la loi, proposer des services d'interruption de grossesse au niveau des soins de santé primaires. Pour les femmes qui souffrent de complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, un traitement rapide et humain dans le cadre des soins consécutifs à un avortement doit pouvoir être proposé.

38. La forte augmentation du recours à la contraception dans les pays en développement depuis 20 à 30 ans témoigne du succès des programmes de planification familiale dans la plupart des pays. Ces programmes sont un élément essentiel des services visant à réduire la morbidité et la mortalité

maternelles et périnatales, car ils permettent aux femmes de reporter leurs grossesses, de les espacer ou d'en limiter le nombre. Ces services étant directement liés à l'issue des relations sexuelles, ils sont particulièrement bien placés pour promouvoir la santé sexuelle et les efforts visant à prévenir les infections sexuellement transmissibles et la transmission du VIH.

39. Les infections sexuellement transmissibles sont parfois diagnostiquées et soignées par les pharmaciens, les vendeurs de médicaments ou les guérisseurs traditionnels, souvent mal. Différentes tentatives ont été faites pour atteindre les femmes en intégrant le traitement des infections sexuellement transmissibles dans les services de santé maternelle et infantile et/ou de planification familiale existants, mais avec un succès mitigé. Néanmoins, l'expérience montre que l'intégration de la prévention des infections sexuellement transmissibles dans les services de planification familiale, surtout par le conseil et les entretiens au sujet de la sexualité et des relations avec le partenaire, s'est traduite par une plus grande utilisation des services et une amélioration de la qualité des soins. Ces projets pourraient être développés et améliorés afin d'élargir la couverture et de toucher également les hommes, les jeunes et d'autres groupes qui n'étaient pas précédemment visés par la planification familiale. En outre, le traitement présomptif chez les groupes à haut risque et les programmes complets, à base communautaire, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pourraient largement contribuer à la réduction des taux de transmission du VIH.

40. Les avantages supplémentaires que pourrait apporter un renforcement des services de santé génésique sont nombreux : une attention accrue portée à la violence à l'égard des femmes, problème actuellement traité dans divers contextes nationaux, par exemple en proposant une contraception d'urgence, une interruption de grossesse (dans la mesure autorisée par la loi) si elle est demandée, le traitement des infections sexuellement transmissibles et la prophylaxie postexposition de l'infection à VIH à la suite d'un viol, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, la prévention de la stérilité primaire et secondaire et le traitement des affections gynécologiques. Des services de santé génésique et sexuelle bien conçus et dispensés de manière efficace, notamment en s'appuyant sur la participation de la communauté, peuvent également contribuer à améliorer les relations entre clients et dispensateurs, élargir la participation des hommes, et aider les femmes à faire des choix en matière de reproduction.

41. Tous les services de santé génésique et sexuelle ont un rôle essentiel à jouer en fournissant des informations et en dispensant des conseils en vue de promouvoir la santé sexuelle. Des informations appropriées peuvent également contribuer à une meilleure communication entre partenaires et à une prise de décision plus saine en matière de sexualité, qui peut passer par l'abstinence ou l'utilisation de préservatifs.

Mesures à prendre

42. L'OMS propose les principaux domaines d'action suivants aux pays et entend soutenir les Etats Membres pour qu'ils développent et renforcent leurs moyens afin d'améliorer la santé génésique et sexuelle. Chaque pays devra recenser les problèmes, définir les priorités et élaborer des stratégies en vue de mener une action accélérée suivant un processus de consultation auquel prennent part tous les intéressés. Les cinq principales mesures sont les suivantes : renforcer les capacités des systèmes de santé, améliorer l'information pour définir les priorités, mobiliser la volonté politique, créer des cadres législatifs et réglementaires propices et développer la surveillance, l'évaluation et la responsabilité.

Renforcer les capacités des systèmes de santé

43. L'une des conditions préalables à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la survie de la mère et de l'enfant et au VIH/SIDA ainsi que des

objectifs plus généraux en matière de santé génésique et sexuelle est l'existence d'un système de soins de santé essentiels qui fonctionne correctement aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Dans certains pays, la capacité des services de santé de base devra être sensiblement renforcée pour leur permettre d'assurer toute la gamme des prestations de santé génésique et sexuelle essentielles. La planification dans ce domaine au niveau national devra porter sur des mécanismes de financement durables, les ressources humaines, la qualité de la prestation de services et l'utilisation des services.

44. **Mécanismes de financement durables.** L'importance capitale des besoins en matière de santé génésique et sexuelle doit être prise en compte lors de l'élaboration de stratégies et de plans nationaux du secteur de la santé. Les réformes du secteur de la santé et les initiatives connexes telles que les approches sectorielles du financement par des donateurs ont été encouragées comme moyen de renforcer les systèmes de santé. La tâche consiste à faire en sorte que ces initiatives et les autres mécanismes de financement favorisent la qualité et l'exhaustivité des services de santé génésique et sexuelle et l'accès universel.

45. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) placer la santé génésique et sexuelle au centre des processus nationaux d'élaboration de stratégies et de planification, y compris les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté et les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays ;
- 2) faire en sorte que la santé génésique et sexuelle soit convenablement prise en compte dans les plans nationaux du secteur de la santé, y compris dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », les propositions au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et autres initiatives pertinentes ;
- 3) privilégier la santé génésique et sexuelle dans les ensembles de services essentiels prévus par les réformes du secteur de la santé et les approches sectorielles ; et
- 4) lorsque de nouveaux mécanismes de financement sont mis en place, tels que le partage des coûts, prévoir des moyens qui facilitent l'accès des adolescents, des pauvres et autres groupes défavorisés aux services, suivre les effets de ces politiques et les adapter à la situation locale.

46. **Ressources humaines.** Il est indispensable, pour améliorer la santé et les soins de santé en général, de savoir former, recruter, affecter et fidéliser un personnel de santé qualifié. De nombreuses interventions essentielles en matière de santé génésique et sexuelle peuvent être menées par des professionnels de niveau intermédiaire et du personnel paramédical. Le problème est de déterminer quels doivent être les effectifs d'agents de santé, leurs compétences et quelle formation ils doivent suivre pour assurer au mieux les services jugés prioritaires. Les agents de santé devront bénéficier de conditions leur permettant de réaliser pleinement leur potentiel et les incitant à travailler avec tous les groupes de population, y compris les plus pauvres.

47. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) déterminer, à tous les niveaux, les besoins essentiels en nombre et la répartition des agents de santé ainsi que les compétences nécessaires pour effectuer les interventions jugées prioritaires en matière de santé génésique et sexuelle ;
- 2) évaluer et améliorer le milieu de travail, les conditions d'emploi et l'encadrement ;

- 3) élaborer une stratégie destinée à motiver et à fidéliser le personnel qualifié ; et
- 4) promouvoir des politiques qui permettent aux agents de santé d'utiliser pleinement leurs compétences.

48. **Qualité de la prestation de services.** Les méthodes de pointe appliquées dans les hôpitaux universitaires et les projets particuliers ne sont pas toujours adoptés ou reproduits dans l'ensemble du système, ce qui fait que la performance générale reste médiocre et que des inégalités persistent en matière de qualité et d'accès. Dans le cadre de la décentralisation de la planification et des responsabilités associée aux réformes du secteur de la santé, il convient de veiller particulièrement à faciliter l'adoption de bonnes pratiques à l'échelle du système. Des systèmes logistiques permettant un approvisionnement ininterrompu en produits essentiels doivent être mis sur pied.

49. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) effectuer une planification stratégique, en y associant les professionnels de la santé et les administrateurs, évaluer la qualité des soins et déterminer quel serait le meilleur moyen d'améliorer la qualité compte tenu des ressources disponibles ;
- 2) concevoir et mettre à l'épreuve des stratégies visant à élargir les interventions d'efficacité avérée ;
- 3) élaborer et adopter des normes de pratiques cliniques dans les secteurs public et privé et en contrôler l'application ;
- 4) recruter des partenaires parmi les organisations non gouvernementales et dans les secteurs privé et commercial afin d'accroître la disponibilité et l'utilisation des services de santé génésique ; et
- 5) promouvoir la mise en commun des expériences à l'intérieur des pays et entre eux.

50. **Utilisation des services.** Même lorsque les services de santé existent, il y a de nombreuses raisons – sociales, économiques et culturelles – qui font que les gens ne les utilisent pas toujours, en particulier en ce qui concerne la santé génésique et sexuelle. Pour repérer et surmonter les obstacles, il faut travailler avec les femmes, les jeunes et d'autres groupes communautaires afin de mieux comprendre leurs besoins, analyser les problèmes et trouver des solutions acceptables.

51. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) entreprendre des travaux de recherche sociale et opérationnelle afin de recenser les obstacles à l'utilisation des services, de mettre au point et de tester des mesures pour les surmonter ; et
- 2) utiliser des méthodes fondées sur la participation pour travailler avec les communautés, les institutions du secteur public et du secteur privé et les organisations non gouvernementales afin de surmonter ces obstacles et de promouvoir une utilisation appropriée des services disponibles.

Améliorer l'information pour définir les priorités

52. Il faut analyser les données épidémiologiques et les données relatives aux sciences sociales pour mieux connaître le type, la gravité et la répartition des problèmes de santé génésique et sexuelle et l'exposition aux risques dans la population, interpréter la dynamique qui est à l'origine de ces problèmes de santé et mettre en lumière les liens entre ceux-ci et la pauvreté, la vulnérabilité sociale ou l'appartenance sexuelle. Une collecte et une analyse améliorées des données, y compris des informations sur les coûts et la rentabilité, sont indispensables pour choisir entre des priorités d'action concurrentes et axer les interventions du système de santé sur les domaines les plus susceptibles d'apporter un réel progrès dans la limite des ressources disponibles.

53. Le processus de définition des priorités sur la base de données de qualité doit toutefois impliquer les multiples parties prenantes, qui vont des pouvoirs publics aux organismes bilatéraux et multilatéraux en passant par les associations professionnelles, les groupements de femmes et autres secteurs de la société civile. Rassembler ces partenaires, qui ont des points de vue différents, aidera à dégager un large consensus, favorisera la collaboration et accroîtra les chances de réussite des interventions. Les différentes parties prenantes doivent soigneusement peser le rapport coût/efficacité, d'une part, et l'équité, d'autre part, et prendre en considération la nécessité d'investir davantage pour pouvoir atteindre les groupes les plus pauvres ou autres groupes sous-desservis.

54. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) développer les capacités de collecte et d'analyse des données sur l'état de santé et ses déterminants ainsi que sur le fonctionnement des services de santé au niveau local, au niveau des districts et au niveau national ; et
- 2) fixer les priorités sur la base de données, après consultation des différentes parties prenantes, et en veillant toujours à assurer un accès équitable, notamment pour les groupes pauvres et autres groupes sous-desservis.

Mobiliser la volonté politique

55. Le fait de créer un environnement dynamique par un soutien résolu aux niveaux local, national et international des initiatives de santé génésique et sexuelle reposant sur les droits aidera à vaincre l'inertie, à galvaniser les investissements, à assurer une qualité élevée et à instaurer des mécanismes qui permettent de rendre compte des performances. Cela exige la participation non seulement des ministères de la santé, mais également des ministères des finances, de l'éducation et sans doute d'autres secteurs et de leurs homologues aux niveaux local et des districts. L'engagement politique et l'action de sensibilisation doivent être suffisamment solides pour soutenir des politiques et des programmes valables, en particulier en faveur des groupes sous-desservis.

56. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

- 1) mobiliser un appui solide en faveur des investissements dans la santé génésique et sexuelle en faisant valoir les avantages pour la santé publique et sur le plan des droits de l'homme ;
- 2) mobiliser les principales parties prenantes (par exemple des professionnels de la santé, des juristes, des associations de défense des droits de l'homme, des associations de femmes, des ministères, des dirigeants et partis politiques, des chefs religieux et communautaires) afin de

soutenir un programme d'action national en matière de santé génésique et sexuelle et utiliser de façon concertée les médias ; et

3) réunir des arguments solides, fondés sur des données factuelles, en faveur de l'investissement stratégique dans la santé génésique et sexuelle et les droits des adolescents, et inscrire ces questions en bonne place dans le programme d'action national ; diffuser des informations sur la nature, les causes et les conséquences des problèmes de santé génésique des adolescents et leurs besoins, notamment leur vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les grossesses non désirées, l'avortement à risque, le mariage ou les grossesses précoces, et la violence ou la coercition sexuelle, aussi bien dans le mariage que hors mariage.

Créer des cadres législatifs et réglementaires propices

57. La levée de restrictions inutiles dans les politiques et les réglementations, afin de créer un cadre favorable à la santé génésique et sexuelle, devrait contribuer sensiblement à améliorer l'accès aux services.

58. Des réglementations sont nécessaires pour que les produits (médicaments, matériel et fournitures) soient mis à disposition de manière régulière et équitable et soient conformes à des normes de qualité internationales. En outre, un environnement réglementaire efficace s'impose pour assurer la responsabilité des secteurs public et privé dans la fourniture de soins de qualité à l'ensemble de la population.

59. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

1) passer en revue les lois et les politiques et, si nécessaire, les modifier afin qu'elles favorisent un accès universel et équitable aux services ainsi qu'à l'éducation et à l'information en matière de santé génésique et sexuelle ;

2) veiller à ce qu'il existe des réglementations et des normes garantissant que les produits nécessaires, conformes à des normes internationales de qualité, sont disponibles de manière régulière et équitable ; et

3) fixer des normes de performance et mettre au point des mécanismes de surveillance et de responsabilité s'agissant de la fourniture des services ainsi que de la collaboration et de l'action complémentaire entre les secteurs public, privé et non gouvernemental.

Développer la surveillance, l'évaluation et la responsabilité

60. La surveillance et l'évaluation sont essentielles pour déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et pourquoi. Elles peuvent également révéler une évolution des besoins ou des effets inattendus, positifs ou négatifs.

61. Les **mesures** nécessaires dans ce domaine sont les suivantes :

1) établir, ou les renforcer s'ils existent déjà, des mécanismes de surveillance et d'évaluation fondés sur un plan clair définissant les résultats à obtenir, comment et dans quels délais, et un ensemble d'indicateurs précis reposant sur des données de base solides ;

2) suivre les réformes engagées dans le secteur de la santé, les approches sectorielles et la mise en oeuvre d'autres mécanismes de financement, tels que les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté, le partage des coûts ou le soutien budgétaire direct, afin de veiller à ce qu'ils profitent aux pauvres et aux autres groupes socialement ou économiquement marginalisés et contribuent à renforcer les services de santé génésique et sexuelle à tous les niveaux ; et

3) mettre au point des mécanismes (comités locaux ou réunions communautaires, par exemple) pour accroître la responsabilité au niveau des établissements et des districts.

Engagement de l'OMS en faveur de la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé génésique

62. Dans tous les domaines d'action susmentionnés, l'OMS continuera d'apporter une assistance technique aux pays et développera celle-ci :

- en soutenant la recherche orientée sur l'action et le renforcement des capacités de recherche ;
- en rationalisant et ciblant soigneusement des normes fondées sur des données factuelles ;
- en menant une action de sensibilisation mondiale aux questions de santé génésique et sexuelle.

63. Toutes ces activités prendront systématiquement en compte la question de l'équité, y compris l'équité entre les sexes, qui sera promue, de même que la dimension droits de l'homme en matière de santé génésique et sexuelle.

64. Au niveau mondial, l'OMS :

1) redoublera d'efforts pour mettre en oeuvre l'initiative Pour une grossesse à moindre risque en tant qu'élément prioritaire de la stratégie pour la santé génésique et sexuelle, en particulier dans les pays où la mortalité maternelle est la plus élevée ;

2) continuera à renforcer ses partenariats avec d'autres organisations du système des Nations Unies (en particulier l'UNICEF, le FNUAP et l'ONUSIDA), la Banque mondiale, les associations de professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et d'autres partenaires afin d'assurer une collaboration et une action coordonnée entre tous les partenaires. Le nouveau partenariat pour une maternité sans risque et la santé du nouveau-né, qui sera basé à l'OMS, jouera un rôle essentiel à cet égard ;

3) s'attachera à promouvoir et à renforcer les services de santé génésique et sexuelle comme base de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, en particulier à travers la planification familiale ; les soins prénatals et les soins lors de l'accouchement et du post-partum ; la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ; la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque ; et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'OMS veillera également à ce que la santé génésique et sexuelle soit prise en compte en renforçant la collaboration avec d'autres programmes clés de santé publique, y compris la vaccination, la nutrition, la prévention et le traitement du paludisme et de la tuberculose, notamment chez la femme enceinte ; et

4) garantira la transparence grâce à un processus de compte rendu des progrès accomplis en matière de santé génésique et sexuelle dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
