



ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE
DE LA FRANCOPHONIE

XXXI^e SESSION
Bruxelles, 6 juillet 2005

Réseau des Femmes parlementaires

RAPPORT

par

Mme Henriette MARTINEZ
(France)

Rapporteur

sur

Santé de la procréation

NATALITÉ ET SANTÉ DE LA PROCRÉATION

Le rapport sur la natalité et la santé de la procréation m'a été confié par le Réseau des femmes parlementaires de l'APF en juillet 2003, lors de sa réunion à Niamey (Niger). Après avoir adressé un questionnaire aux correspondantes de toutes les sections, j'avais présenté au Comité directeur du Réseau réuni à Marrakech (Maroc) en mars 2004 une étude préliminaire établie à partir des contributions envoyées par les sections. Cette première synthèse concernait exclusivement la situation au Sud, qui semblait plus préoccupante, en termes de démographie, d'offre d'éducation et de soins de santé.

Ce travail a été complété et exposé il y a un an à Charlottetown (Ile du Prince Edouard), dans un rapport d'étape qui ajoutait aux conclusions dégagées à Marrakech un bilan de la situation au Nord.

Le projet de rapport définitif que je vous présente aujourd'hui a été approuvé par le Comité directeur du Réseau lors de sa dernière réunion à Laragne (Hautes-Alpes) en décembre dernier. Il n'ajoute pas d'élément nouveau à celui présenté à Charlottetown, mais propose des aménagements rédactionnels concernant la situation au Nord et suggère quelques pistes d'action.

Je rappellerai quelques points en introduction, après avoir encore une fois remercié les douze sections du Sud¹ et huit sections du Nord qui m'ont aidée dans ce travail :

■ La santé de la procréation concerne différents stades de la vie, de la puberté à la ménopause, et plusieurs générations puisque la santé de la mère a un impact sur la santé des enfants.

■ A l'heure actuelle, près de la moitié des humains ont moins de 25 ans ; 20% sont des adolescents de 15 à 19 ans ; leur niveau éducatif et sanitaire aura, à l'évidence, des conséquences profondes pour l'avenir. Or, 97% de ces adolescents vivent dans des pays en développement.

■ En 2002, la population féminine dans le monde était estimée à 3 milliards 83 millions, dont la moitié en âge de procréer ; 10% se trouvait en Afrique sub-saharienne, où l'indice synthétique de fécondité s'élevait en moyenne à 5,6.

■ Les questions liées à la santé de la procréation se posent dans un monde en mutation (urbanisation, modification de la forme et de la place des structures familiales, changement des modes de comportement, SIDA...).

Au Sud, l'éventail des situations semble assez large, entre les pays dotés de certains indicateurs positifs - taux d'alphabétisation élevé, bonne information à la santé génésique,

¹ Sections du Sud : Bénin, Cap Vert, Guinée, Liban, Madagascar, Maroc, Niger, Sénégal, Seychelles, Tchad, Togo, Tunisie.

Sections du Nord (France exceptée) : Andorre, Canada, Communauté française de Belgique, Jura, Macédoine, Ontario, Québec, Roumanie.

évolution des mentalités, taux de fécondité réduit, bon état sanitaire général...- et ceux confrontés à des handicaps plus ou moins lourds.

Pour la majorité d'entre eux, la principale difficulté réside dans la création d'une dynamique : les efforts d'éducation et de sensibilisation aux questions de la santé génésique, les programmes gouvernementaux de planification des naissances, l'engagement des femmes pour la défense de leurs intérêts et la gestion de leurs maternités, les mesures de suivi médical des mères et des nourrissons sont souvent contrariés par la persistance des traditions culturelles et religieuses, l'inapplication des textes protégeant les droits de la Femme et de l'Enfant, l'insuffisance des structures sanitaires, le manque de moyens matériels et humains, sans oublier, bien sûr, l'instabilité politique.

Au Nord, la fécondité a été maîtrisée et la question inverse se pose, celle des couples stériles qui recourent à la procréation médicalement assistée (PMA), ainsi qu'à l'adoption (souvent internationale) pour combler leur désir d'enfant. Par ailleurs, l'allongement de l'espérance de vie, ajouté à l'insuffisance du renouvellement démographique fait apparaître de nouveaux problèmes liés au vieillissement de la population. La satisfaction des besoins dans le domaine de la santé génésique est loin d'être atteinte ; les progrès accomplis dans la reconnaissance des droits de la femme et de l'enfant sont contrebalancés par l'aggravation des déviations sexuelles - réseaux organisés de prostitution, pédophilie, pornographie - tandis que l'essoufflement des systèmes de santé et la paupérisation de certaines franges de population risquent de remettre en question l'efficacité de l'accès aux soins. Bref, la vigilance doit être maintenue, et les efforts, poursuivis.

I Santé de la procréation au Sud : créer une dynamique

A Les inégalités devant l'éducation et l'information sur la santé génésique persistent

Les inégalités scolaires, qu'elles soient d'origine régionale, sociale ou liées au genre perdurent, malgré la mise en place de politiques d'éducation.

Les réponses concernant les taux d'alphabétisation² font apparaître des différences sensibles d'un pays à l'autre, variant de 16,5% à 98%; mais, partout, le taux d'alphabétisation des garçons est plus élevé que celui des filles, dans des proportions plus ou moins grandes.

L'absence de scolarité ou l'interruption de la scolarité prive les adolescents qui en sont victimes de l'information concernant la santé génésique, puisque lorsqu'elle est dispensée, celle-ci est intégrée dans les programmes éducatifs ; elle est enseignée en général au niveau du secondaire, dans le cadre de la biologie ou des Sciences de la Vie et de la Terre par les professeurs ou des intervenants extérieurs (médecins, infirmières) et concerne les garçons et les filles sans discrimination.

L'enseignement scolaire est souvent relayé par des campagnes de sensibilisation ou des plans gouvernementaux d'information, parfois à destination de populations-cibles : célibataires, pères de famille, jeunes, chefs de communautés urbaines et rurales, comme en République de Guinée, par exemple.

Les médias, notamment la radio, jouent partout un grand rôle dans la diffusion de ces informations jusque dans les milieux ruraux. Les campagnes de sensibilisation peuvent aussi emprunter, comme à Madagascar, des formes plus originales, telles que les sketches, le théâtre, les chansons populaires, d'autant plus adaptées aux populations qu'elles sont menées à partir des unités de santé de base.

Mais ces campagnes heurtent souvent les croyances et des habitudes culturelles et religieuses, même dans des pays pratiquant traditionnellement la contraception naturelle. En fait, d'une manière générale, les questions concernant la sexualité et la reproduction demeurent souvent des sujets tabous.

Aussi, l'environnement familial n'est pas toujours apte à transmettre les informations s'il existe une demande des familles pour que les enfants soient informés, les parents souhaitent en général que l'information soit donnée par un « tiers », adulte, et spécialiste si possible.

Les lacunes dans la formation à la santé génésique ont des conséquences très lourdes à moyen et long terme.

De plus en plus, l'initiation sexuelle se fait hors du mariage, pour les garçons comme pour les filles. La plupart des réponses indiquent que les rapports avant mariage sont très mal perçus, proscrits par la religion et socialement prohibés, mais de plus en plus fréquents. La première

² Taux d'alphabétisation (PNUD) : pourcentage des personnes âgées de 15 ans et plus qui peuvent, en le comprenant, lire et écrire un texte simple et court sur leur vie quotidienne.

Taux brut de scolarisation (PNUD) : nombre d'élèves inscrits dans un cycle d'enseignement donné (quel que soit leur âge), exprimé en pourcentage de la population d'individus officiellement en âge de fréquenter ce niveau d'enseignement.

expérience a souvent lieu vers 16 ans, voire 13-14 ans au Sénégal ou même 12 ans pour les filles au Niger, en milieu rural.

Selon le dernier rapport du Fonds des Nations Unies pour la population, sur l'état de la population mondiale en 2003, beaucoup de filles en Afrique subsaharienne, ont leurs premiers rapports sexuels avec des hommes beaucoup plus âgés, souvent en échange de cadeaux ou d'argent. Ces conditions réduisent sensiblement la capacité des filles à négocier des rapports sexuels moins dangereux et augmentent le risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles (MST) et le SIDA, ou d'être enceintes.

La première grossesse intervient donc fréquemment avant le mariage. En effet, le recours aux contraceptifs est peu fréquent lors des premières expériences sexuelles ; l'usage des contraceptifs oraux et de préservatifs masculins dans leur double action, contraception et prévention des IST et du SIDA est répandu dans la majorité des pays, mais davantage, semble-t-il, dans la population adulte.

La grossesse précoce est une cause majeure de décès pour les jeunes de 15 à 19 ans, les complications de l'accouchement et des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses en étant le principal facteur. Le taux d'avortement des adolescentes est rarement fourni dans les réponses, faute de données spécifiques à cette tranche d'âge ; les taux indiqués sont globaux ; mais d'autres sources³ indiquent que les adolescentes y ont recours beaucoup plus que les femmes des autres groupes d'âge, car les procédures de l'avortement médical pratiqué avec compétence sont coûteuses et souvent difficilement accessibles.

Les grossesses précoces génèrent également des infirmités lourdes, comme la fistule obstétricale qui entraîne la mise au ban de la société de millions de jeunes mères ; en Afrique, 2 millions de femmes en sont affectées et on dénombre 100 000 cas supplémentaires par an. D'ailleurs, le Fonds des Nations Unies pour la Population, qui a pris la mesure du problème, vient de lancer une campagne internationale d'information et de prévention.

B) L'attachement à des pratiques traditionnelles compromet l'application effective des droits des femmes et des enfants

Tous les pays possèdent un ministère, ou un bureau, chargé des questions relatives aux femmes et à l'enfance, et presque tous ont adopté ou sont en train d'élaborer un Code de la Famille

Dans tous les pays, les femmes se sont constituées en associations militant pour la promotion et la défense de leurs intérêts et ceux de leurs enfants ; ces associations interviennent dans des domaines extrêmement divers ; elles sont gérées ou reçoivent des appuis techniques des ministères de tutelle ; elles sont également subventionnées par les bailleurs de fonds.

La protection de l'Enfance est assurée soit par des textes (Maroc), soit par un Code spécifique déjà adopté (Cap Vert, Guinée, Seychelles, Tunisie), ou en préparation (Madagascar, Togo).

³ cf. rapport du Fonds des Nations Unies pour la population, sur l'état de la population mondiale en 2003

* Presque partout, la pédophilie est théoriquement réprimée et pénalement sanctionnée, mais on a vu que ces mesures d'interdiction n'empêchent pas la pratique des relations sexuelles entre adultes et adolescentes ; d'ailleurs, au Bénin, seul le viol est considéré comme un délit.

*L'âge du mariage tend à s'élever : les jeunes filles se marient au plus tôt à 18 ans et au plus tard à 29 ans; elles se marient en général plus tôt en milieu rural. L'âge moyen du mariage est plus élevé pour les garçons, parfois sensiblement, mais les âges tendent à se rapprocher en milieu urbain.

Néanmoins, il existe toujours des mariages précoces, et ce, pour différentes raisons : pauvreté, désir des parents de garantir que leurs filles n'aient de rapports sexuels que dans le mariage, manque d'éducation et d'emploi pour les filles, sentiment que la véritable vocation des filles se trouve dans les rôles d'épouse et de mère, ou encore régimes de dot.

Le mariage précoce interrompt l'éducation, réduit les chances d'accéder plus tard à l'indépendance par le travail ; il a, en outre, de sérieuses conséquences sur la santé et les droits des adolescentes mariées, puisque les actions de sensibilisation sont moins susceptibles d'atteindre les adolescents non-scolarisés.

*Les mutilations génitales féminines restent malheureusement ancrées dans les traditions culturelles de 5 pays sur 10, même si elles sont illégales et réprimées. Ce qui est pire, c'est que la menace de sanctions pénales développe la pratique des excisions précoces, les nourrissons ne pouvant témoigner des mauvais traitements qui leur sont infligés.

Ainsi, la coupure génitale féminine (CGF) menace la santé de millions de jeunes filles en matière de procréation et de sexualité en Afrique sub-saharienne. Cette procédure est pratiquée le plus souvent par un personnel non médical –accoucheuses traditionnelles, « sages-femmes »-qui utilisent un matériel non stérilisé ; de plus, les traitements post-opératoires ou d'urgence ne sont généralement pas prévus.

*Les taux d'infection par les MST et le VIH chez les adolescents sont rarement connus, les chiffres fournis étant le plus souvent des indications d'ensemble.

Il est toutefois établi que le SIDA est devenu une maladie de jeunes, et c'est de loin en Afrique sub-saharienne qu'il se répand le plus vite dans cette catégorie de population ; on évalue à 8,6 millions le nombre de jeunes infectés, dont 67% de sexe féminin⁴ ; l'environnement social on l'a vu, fait courir aux jeunes filles des risques plus élevés, et véhicule des idées fausses, comme celle assurant que les rapports sexuels avec une vierge guérissent du SIDA.

Les jeunes infectés par le VIH/SIDA, ou dont les proches sont infectés ont une scolarité perturbée ; l'abandon scolaire est fréquent, surtout pour les filles qui doivent s'occuper de leurs parents malades, ou de leurs frères et sœurs, afin d'éviter que la famille ne soit dispersée. L'incapacité de payer les frais de scolarité contraint également les adolescents à quitter l'école, ainsi que l'opprobre et la discrimination infligée par les établissements, les enseignants ou les camarades de classe.

⁴ cf. rapport du Fonds des Nations Unies pour la population, sur l'état de la population mondiale en 2003

2. Le statut de la femme n'est pas unifié.

*La polygamie est encore légale dans plusieurs pays ; parfois, bien qu'interdite, elle reste traditionnelle dans certaines régions.

*Les sévices sexuels et physiques sont encore, plus que les mutilations, très largement répandus puisque 8 réponses sur 11 en font état, tout en précisant là encore qu'ils sont interdits, passibles de sanctions pénales et d'amendes.

*La prostitution est en hausse, avec le chômage et la pauvreté, et concerne de plus en plus souvent des mineurs. Les îles et les destinations touristiques sont, semble-t-il, davantage touchées par ce phénomène.

Les gouvernements ont mis en place un suivi des prostituées, parfois dans le cadre du programme de lutte contre le VIH/SIDA ; mais ce suivi s'adresse principalement aux professionnelles déclarées.

C) Des besoins à satisfaire en matière de planning familial

L'accès à la planification familiale a été reconnu comme un droit fondamental de la personne humaine par la Conférence des Nations Unies à Mexico en 1984.

Les pays du Sud ont mis en place un maillage plus ou moins serré de structures de planning familial et d'unités mobiles, perçues comme accessibles à tous dans l'ensemble en terme de coût, mais moins accessibles géographiquement.

La compétence du personnel des centres et la qualité des services proposés semblent satisfaisants ; mais les soins psychologiques -conseil, écoute.- font parfois défaut et le manque d'effectif est signalé à plusieurs reprises.

On ne dispose que de quelques informations sur les taux de fréquentation ; il est néanmoins précisé que la faible fréquentation n'est pas imputable à un défaut de qualité, mais à la réprobation sociale, la présence d'une jeune fille dans un centre de planning familial étant souvent stigmatisée.

Quant aux religions pratiquées – quelles soient traditionnelles, catholiques, protestantes ou musulmanes- elles sont toutes natalistes, bien que certaines acceptent les méthodes contraceptives.

La sécurité contraceptive, c'est-à-dire l'accès aux moyens contraceptifs, n'est pas assurée, les méthodes d'espacement des naissances sont appliquées de manière inégale en fonction des pays.

Les méthodes contraceptives visant à mettre fin aux maternités ne sont pas bien acceptées, même si elles sont accessibles en terme de coût et de proximité ; la contraception chirurgicale volontaire se heurte à des obstacles culturels. Certains pays, comme le Niger, conservent un comportement nataliste traditionnel, 20% des femmes souhaitant avoir dix enfants.

Dans la majorité des pays, l'avortement est illégal, sauf parfois pour raisons médicales. Mais plusieurs gouvernements ont pris des mesures de limitation des naissances ; au Cap Vert, la création de centres de santé de la reproduction a permis une baisse régulière du taux de fécondité depuis 20 ans.

Aussi, mis à part quelques pays où le taux de fécondité se situe autour de 2 ou 3, les autres n'ont pas encore accompli leur transition démographique. A dire vrai, la relation entre natalité et pauvreté n'est pas toujours établie et en tout cas, souvent refusée, surtout par les populations peu éduquées.

Ainsi, seule, une volonté politique forte et durable semble nécessaire pour inverser la tendance : en Tunisie, des mesures ont été prises dès l'indépendance : interdiction de la polygamie (1956), recul de l'âge légal du mariage des filles à 17 ans (1964), autorisation des contraceptifs (1961), légalisation de l'avortement (1965), mise en place du planning familial en 1966. A contrario, au Niger, une politique nationale de la population intégrant la planification familiale a été mise en place en 1992, mais les résultats restent insatisfaisants parce que les mesures de planification ont été négociées avec la population et les différents partenaires et non imposées par la loi.

D) Les systèmes de soins présentent des lacunes

Le fonctionnement des services de santé est jugé moyen dans la majorité des pays. Il tend à s'améliorer dans l'ensemble, mais reste parfois à la merci des catastrophes naturelles ou de la mobilité des personnels formés ; souvent, d'ailleurs, les effectifs des personnels médicaux et paramédicaux sont jugés trop faibles. En outre, la fréquentation des centres de soins est parfois freinée par des préjugés culturels, surtout en milieu rural ou en brousse, où les filles et les femmes récusent les personnels masculins lors des accouchements.

Les systèmes de soins présentent en général de nombreuses lacunes qui affectent le suivi médical des mères et des nourrissons.

*Le suivi médical des grossesses est pratiqué dans la plupart des pays ; en milieu urbain les femmes sont suivies à partir du 3^{ème} voire du 2^{ème} mois, ont accès aux soins obstétricaux d'urgence, et les accouchements ont lieu fréquemment dans des structures hospitalières. Toutefois, de nombreux accouchements se font encore à domicile et la présence d'un personnel qualifié est encore faible ; selon les chiffres officiels, 35% des accouchements en Afrique occidentale sont effectués par une personne ayant reçu une formation obstétricale⁵.

Sauf exception, le suivi et le traitement des grossesses précoces, rapprochées et nombreuses sont organisés en milieu urbain ou bien seulement pour les femmes fréquentant les centres de santé.

Les taux de mortalité maternelle varient de 0,69 pour 1000 à 6,52 pour 1000. Derrière ces données chiffrées se trouvent des drames humains, puisque la perte de la mère réduit les chances de survie de l'enfant, représente une perte économique pour la famille et crée une charge pour la famille étendue et le groupe en général.

⁵ cf. « la santé en matière de procréation-le dossier international » Marie Stopes International

Les taux de mortalité infantile s'échelonnent de 8 pour 1000 à 126 pour 1000 ; au Niger, les taux très élevés de mortalité infantile et infanto-juvénile sont dus en partie aux maladies endémiques (paludisme) et infantiles ; le faible poids des nouveaux-nés ⁶ est imputable à la malnutrition, qui reste un problème fondamental dans un pays comme le Niger pour les enfants de moins de 5 ans, selon plusieurs enquêtes menées en 1998 et 2000.

Le paludisme et la malnutrition des mères ont également des conséquences sur le poids des nouveaux-nés ; la proportion de nouveaux-nés de faible poids est souvent plus élevée en milieu rural.

*La couverture vaccinale et le suivi pendant la 1^{ère} année sont assurés de manière inégale selon les pays ; de plus, les taux de couverture peuvent varier en fonction des vaccins.

Le traitement des maladies infantiles est partout assuré ; ainsi, en Tunisie, des programmes nationaux de lutte contre les différentes affections ont été lancés à partir des années 1980 et pour consolider les acquis enregistrés et améliorer la qualité des soins prodigués aux enfants, une stratégie de prise en charge intégrée de la santé de l'enfant a été lancée depuis 1999 ; une stratégie similaire est également pratiquée au Togo depuis 2000. En Guinée, des campagnes de vaccination de masse des femmes en âge de procréer ont été lancées dans les préfectures à haut risque, contre le tétanos et la rougeole.

Un traitement préventif de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant est parfois proposé ; il est assorti, dans les pays qui le pratiquent, d'un suivi des enfants nés de mères séro-positives et des mères elles-mêmes.

*S'agissant des séropositifs, tous les pays ont mis en place un système de suivi ; l'accès aux traitements est en principe assuré dès le développement de la maladie, mais de manière imparfaite ; toutefois, les traitements peuvent être gratuits ou peu coûteux : ainsi, au Togo, les personnes séropositives et les malades ont accès à certaines tri-thérapies à prix réduit dans le cadre d'accords signés entre le ministère de la Santé et les laboratoires pharmaceutiques, ou grâce à des ONG. Le taux d'infection par le VIH/SIDA est rarement indiqué dans les réponses au questionnaire, malgré l'existence de statistiques officielles ; l'Afrique sub-saharienne est la région la plus touchée, puisqu'elle abrite 70% des adultes et 80% des enfants infectés dans le monde. La transmission se fait essentiellement par les rapports hétérosexuels, à la différence des pays d'Europe ou d'Asie où elle s'effectue aussi par les rapports homosexuels et par l'échange de seringues.

*La médecine traditionnelle reste très largement pratiquée : au Bénin, elle représente 50% des soins ; à Madagascar, l'existence d'une direction de la médecine traditionnelle au ministère de la Santé témoigne de la considération que les autorités lui accordent. Elle est assez répandue au Maroc et se développe au Niger avec l'apparition des tradi-praticiens. Elle occupe une place significative au Sénégal, et un hôpital pratiquant la médecine traditionnelle a été créé. Au Togo, les tradi-thérapeutes sont organisés en associations reconnues par l'Etat. Cette survivance de la médecine traditionnelle peut être perçue comme une réponse au défaut de médicalisation du pays, comme l'observe dans sa réponse la correspondante tunisienne.

*De fait, la part consacrée à la santé représente de 5 à 13% du budget de l'Etat selon les pays. Parmi les priorités, les plus fréquemment citées sont : la recherche de l'égalité dans l'accès aux soins, et en particulier aux soins de base, l'amélioration du système de soins en terme de

⁶ inférieur à 2,5kgs

formation du personnel et de qualité des soins (notamment pour les soins des mères et des enfants), le développement de la prévention, la lutte contre les grandes endémies (lèpre, paludisme, peste, SIDA, tuberculose), le renforcement des partenariats entre le public et le privé, et avec les partenaires du développement, l'amélioration de la gestion des ressources de santé.

E) Les pistes d'action

Tous ces problèmes avaient déjà été évoqués lors du séminaire de Ouagadougou⁷, notamment dans l'atelier travaillant sur les questions d'éducation et de santé.

La rapporteure, Mme Cécile Beloum-Ouedraogo, députée du Burkina Faso, avait tracé pour ses collègues parlementaires plusieurs pistes d'action qu'il convient de rappeler :

- actions de terrain auprès des femmes de leurs circonscriptions pour des campagnes d'information et de sensibilisation ;
- encouragement des interventions de proximité des associations sur la santé de la reproduction, la santé communautaire et la prévention des maladies ;
- propositions de lois sanctionnant les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la mère et de l'enfant ;
- propositions de loi en faveur de la scolarisation, de l'alphabétisation, de l'éducation et de l'instruction des filles et des femmes en milieu rural et en milieu urbain.
- développement des actions de suivi et de contrôle des activités de scolarisation et d'alphabétisation ;
- plaider pour l'accroissement substantiel des crédits affectés aux constructions scolaires, au recrutement et à la formation des enseignants au moment de la discussion et du vote du budget ;
- plaider pour l'accroissement des crédits destinés à la santé communautaire, à la construction et à l'équipement des infrastructures sanitaires, à la formation du personnel de santé et l'approvisionnement en médicaments ;
- Plaider pour la mise en œuvre par les Etats de réseaux de planning familial.

Il conviendrait aujourd'hui d'inscrire ces pistes d'action dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement et des conclusions de Pékin+10 ; ces dernières réaffirment en effet la validité du Plan d'action adopté en 1995 qui proclame le droit des femmes à la santé en matière de reproduction.

Il faut également prendre en compte les recherches sur les microbicides, produits destinés à réduire la transmission du VIH/SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles. Utilisés par les femmes avant un rapport sexuel, les microbicides leur donneraient les moyens de se protéger en toute liberté et confidentialité, et leur assureraient ainsi la maîtrise de leur santé sexuelle.

⁷Séminaire organisé par l'APF en mars 2003 sur le thème : « les femmes africaines, actrices majeures du développement » (voir introduction).

II Santé de la procréation au Nord : poursuivre les efforts

La situation est très différente au Nord, où tous les pays ont effectué leur transition démographique, mais où sont apparus des problèmes liés au non-renouvellement et au vieillissement de la population. La satisfaction des besoins dans le domaine de la santé de procréation est loin d'être atteinte ; malgré une offre très large, ni l'accès à l'éducation, ni l'appropriation des connaissances par l'ensemble de la population ne sont garantis. Par ailleurs, les progrès accomplis dans la reconnaissance et la défense des droits de la femme et de l'enfant n'ont pas fait disparaître les traitements dégradants et les violences, notamment sexuelles –pornographie, pédophilie, réseaux organisés de prostitution- , enfin, l'efficacité de l'accès aux soins est remise en cause par l'essoufflement des systèmes de santé et la paupérisation de toute une frange de la population.

A. Une offre d'éducation globalement satisfaisante, mais une appropriation des connaissances décevante

1. Des sources d'information nombreuses

*Avec des systèmes éducatifs éprouvés, le Nord offre une couverture scolaire dans l'éducation primaire et secondaire au moins jusqu'à 16 ans et une durée de scolarisation de 9 à 16 années. Toutefois, l'analphabétisme « fonctionnel » révèle les échecs de l'éducation de base.

Par ailleurs, tandis que l'Europe occidentale est confrontée aux problèmes d'exclusion, l'Europe centrale et orientale voit fondre ses ressources éducatives et dépérir le système d'éducation gratuite autrefois garanti par l'Etat.⁸

Les sujets concernant la santé génésique, sont en général inclus dans les programmes éducatifs et très souvent dès le primaire (Andorre, Canada, Communauté Française de Belgique, Macédoine, Ontario) ; ces enseignements sont dispensés dans la plupart des établissements, à tous les élèves, sans discrimination de genre, par les enseignants, ou des intervenants extérieurs - professionnels de santé publique, animateurs ou conseillers en planning familial-. En Europe, ces enseignements font partie des programmes de biologie ou Sciences de la Vie et de la Terre ; en Amérique du Nord, ils sont inclus dans les programmes d'Education physique (Ontario) ou de développement de la personne (Québec) qui comprennent aussi un enseignement moral ou religieux.

*Le milieu familial peut aussi constituer une source d'information importante sur ces questions⁹ ; c'est pourquoi, plusieurs pays, comme la Communauté française de Belgique, l'Ontario ou le Québec, encouragent le dialogue entre parents et enfants, parfois en partenariat avec le milieu scolaire (cf. le programme scolaire « éducation pour la santé dans l'école roumaine » mis en place en Roumanie en 2003-2004).

⁸ UNESCO –Forum mondial sur l'éducation –Dakar : avril 2000

⁹ En Macédoine, toutefois, l'impression générale est que l'écart se creuse entre l'ouverture de l'univers scolaire et les comportements des familles, moins aptes à dialoguer sur ces questions.

*Dans tous les pays, les ministères en charge des questions de santé de la procréation lancent, en collaboration avec le monde associatif, des campagnes de sensibilisation dont les jeunes constituent souvent la population-cible (CFB, France, Québec).

Ces campagnes utilisent les médias, mais aussi la diffusion de guides, l'apposition d'affiches etc...En outre, les documents sont souvent disponibles en ligne sur les sites web des ministères. Au Canada, en plus des campagnes de sensibilisation, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux diffusent des bulletins d'information, des brochures, des mises en garde sur Internet ...ce qui permet d'atteindre les populations isolées. En Macédoine, les campagnes sont menées principalement par des organisations internationales et des ONG (UNICEF, OMS...) pas toujours en coopération avec le ministère de l'éducation et de la science.

Ces actions prennent soin d'intégrer les traditions culturelles et religieuses, notamment celles des populations étrangères au pays (Canada, France).

2. Des distorsions entre la diffusion de l'information et l'utilisation effective de la contraception

*Dans la majorité des pays, les jeunes représentent moins du quart de la population. L'âge moyen auquel débute la vie sexuelle s'établit autour de 15 ou 16 ans, pour les garçons comme pour les filles, en milieu urbain ou rural. De façon générale, les rapports sexuels avant le mariage sont socialement autorisés et fréquents, les couples étant de plus en plus nombreux à vivre en union libre.

*Corrélativement, l'âge moyen de la nuptialité tend à s'élever . Il est, à quelque exception près (Macédoine), supérieur à 27, 5 ans pour les femmes et s'établit autour de 30 ans pour les hommes. Ainsi, dans les pays du Nord, le mariage consacre moins la formation d'un couple qu'il n'officialise une situation de fait.

*Les effets de l'éducation à la santé génésique sur les comportements sont difficiles à mesurer et souvent nuancés. Parfois, l'espacement des naissances a précédé la libéralisation de l'information sur la contraception (CFB) ; en outre, si les adolescents sont mieux informés qu'autrefois, ils ne sont pas pour autant parfaitement renseignés (Canada, France) ; leurs connaissances réelles semblent en fait limitées et les notions qu'ils ont acquises sur ces questions ne se traduisent pas forcément par un comportement responsable ; en France, par exemple, le nombre des grossesses non désirées est élevé chez les adolescentes et l'on observe depuis quelques années une nette augmentation des infections sexuellement transmissibles, conséquence d'un relâchement des mesures de prévention.

*Les méthodes de contraception chez les jeunes varient en fonction du pays, de l'âge, voire du contexte ; l'usage des contraceptifs, bien que répandu, n'est ni constant ni régulier et tend même à disparaître lorsque la relation avec un même partenaire devient stable.

3. Les conséquences : grossesses précoces, interruption volontaire de grossesse (IVG), maladies sexuellement transmissibles (MST)

*Bien que l'âge moyen de la première grossesse augmente –entre 27 et 30 ans selon les pays-, le nombre de grossesses précoces demeure, sauf exception (Canada, CFB), relativement élevé ; en France, la distribution de contraceptif d'urgence (dite « pilule du lendemain ») par

les infirmières scolaires, et sa délivrance aux mineurs par les pharmaciens, sans ordonnance ni accord parental, est autorisée et effective depuis janvier 2001¹⁰.

*On constate trop souvent que l'IVG est devenu un mode de contraception comme un autre : en 2000, 20,2% des avortements pratiqués au Canada impliquaient des jeunes de 15 à 19 ans ; au Québec en 1999, 70% des adolescentes de moins de 18 ans enceintes choisissaient d'avorter ; la France admet depuis 2001 des exceptions à la règle de l'autorisation parentale pour les mineures¹¹ ; en Communauté française de Belgique, la Commission d'évaluation de l'IVG réclame des efforts accrus d'information des adolescentes dans et en dehors de l'école.

*La sexualité ignorante et non maîtrisée fait courir le risque de contamination par les MST et le VIH. Il n'est pas toujours facile de donner avec précision le nombre d'adolescents contaminés parce que les systèmes sanitaires ne permettent pas toujours d'assurer un recensement précis de ces cas et que la définition de l'adolescence, en terme d'intervalle d'âge, n'est pas la même dans tous les pays. Néanmoins, au Canada et au Québec, près de 3,5% des cas de sida déclarés en 2002 concernaient des jeunes de 10 à 24 ans ; en Communauté Française de Belgique, les jeunes de 10 à 19 ans représentaient près de 2,5% des cas de sida déclarés en 2003¹².

B) Les progrès accomplis dans la reconnaissance et la protection des droits de la femme et de l'enfant n'ont pas fait disparaître les traitements dégradants et les violences

Au cours des vingt ou trente dernières années, la plupart des pays ont profondément réformé les lois concernant la personne et la famille ; la femme est devenue progressivement un sujet de droit à part entière, au même titre que l'homme, tandis que la protection de l'Enfance se renforçait.

1. La reconnaissance et la protection des droits de la femme et de l'enfant

*L'égalité des conjoints au regard des droits et des devoirs, de l'autorité parentale et de la gestion des biens de la famille, est un principe juridique reconnu et inscrit dans des textes officiels (Charte des droits et libertés, code Civil...).

*De même, les pays se sont dotés de législations protectrices des droits de l'enfant et ont adhéré à la Convention internationale des Droits de l'Enfant des Nations Unies de 1989 ; certains ont mis en place des structures spécifiques : ainsi, la Communauté française de Belgique a créé un Délégué général aux droits de l'enfant ; la France a institué en mars 2000 un Défenseur des enfants, autorité indépendante qui peut être sollicitée directement par les enfants, les parents et les associations habilitées.

Les questions concernant les femmes et les enfants sont confiées à différents ministères, à différentes directions ministérielles, selon l'objet¹³, voire à des organismes indépendants (Institut pour l'égalité entre hommes et Femmes en CFB, chargé d'améliorer la visibilité de la

¹⁰ 13,9% des adolescentes l'ont utilisée : « baromètre 2000 des 12-25 ans » de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé –juin 2004

¹¹ loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 modifiant la loi de 1975 sur l'IVG

¹² Source : rapport semestriel de l'Institut de santé publique

¹³ cf. « condition féminine Canada », ministère fédéral chargé de promouvoir l'égalité et la parité entre les sexes.

politique d'égalité des chances entre hommes et femmes ; Conseil du Statut de la Femme, Conseil de la Famille et de l'Enfance au Québec).

Mais toutes les dispositions prises n'ont pas pu supprimer les atteintes aux droits et à l'intégrité des personnes.

2. La persistance des traitements dégradants et des violences à l'égard des femmes et des enfants

**La polygamie* est interdite dans tous les pays ; cependant l'augmentation de l'immigration en provenance d'Afrique sub-saharienne dans les années 1990 en a accru la pratique en France, comme au Canada ; en France des mesures ont été prises pour supprimer le renouvellement ou la délivrance de titre de résident aux ressortissant étrangers vivant en situation de polygamie, mais ces mesures sont difficiles à appliquer.

**Les mutilations génitales féminines* sont partout sanctionnées, mais la France est le seul pays occidental à avoir intenté des actions en justice pour condamner ces pratiques, et depuis 1979, plus de vingt procès ont eu lieu à l'encontre de parents dont les enfants sont morts des suites d'une MGF sur le territoire français, et à l'encontre des exciseuses ; les peines prévues sont 10 à 20 ans de prison et des amendes. Par ailleurs, plusieurs pays mènent des actions d'information, de prévention et de sensibilisation auprès des personnels de santé appelés à traiter les victimes (Canada, Communauté française de Belgique).

*La lutte contre *les sévices sexuels et physiques* à l'égard des femmes et des enfants associe également répression et prévention. Il faut rappeler ici que le huis-clos familial est lieu principal des violences, pressions psychologiques mais aussi rapports sexuels forcés. Des campagnes de sensibilisation contre les violences conjugales et la maltraitance des enfants sont organisées dans les médias ; par ailleurs, différents types de structures et de dispositifs d'accueil sont mis en place : refuges pour les victimes de maltraitance au Canada, unités d'accueil pluridisciplinaires et service national d'écoute téléphonique des enfants maltraités (Communauté française de Belgique, France) ; en France, une commission nationale de lutte contre les violences faites aux femmes a été créée en 2001 et un Observatoire national de l'enfance en danger, en 2004 ; par ailleurs, un projet de loi prévoyant d'inscrire l'inceste comme délit dans le code Pénal sera prochainement déposé au Parlement.

Enfin, l'Union européenne a lancé un programme quinquennal d'action doté d'un budget destiné à prévenir et à combattre toutes les formes de violence envers les enfants, les adolescents et les femmes et de protéger les victimes et les groupes à risque.

**La prostitution* n'est en général pas réprimée en tant que telle, au contraire du racolage et du proxénétisme, mais comme un des aspects de la traite des êtres humains (sanctionnée depuis 1995 en Communauté française de Belgique, et en France, surtout depuis 2003).

Le suivi médical spécifique des prostitués n'est pas assuré dans tous les pays (Canada), ou n'est pas obligatoire (Belgique) ; mais un travail de proximité est effectué par des associations qui apportent soutien, information, préservatifs et médicaments aux populations concernées.

La prostitution est un phénomène difficile à quantifier ; mais elle concerne de plus en plus dans les grandes villes les mineurs souvent étrangers, venus du Nord comme du Sud, âgés de

15 ans à 18 ans, voire plus jeunes. C'est pourquoi plusieurs Etats ont renforcé les mesures de protection des mineurs et aggravé les sanctions à l'égard des clients.

**La pédophilie* –de même que la pornographie juvénile- est sanctionnée. L'âge de la majorité sexuelle varie toutefois en fonction des pays, et un certain nombre de législations pénales prévoient une aggravation de la peine lorsque la victime est mineure. Celles de la Belgique, du Canada et de la France comprennent en outre une extension du principe d'exterritorialité pour les infractions sexuelles commises à l'encontre des mineurs. En France, un fichier des délinquants sexuels a été mis en place¹⁴.

La promotion et la défense des droits des femmes et des enfants sont également assurées par de nombreuses associations, qui reçoivent des subventions et des aides techniques publiques et privées, participent aux actions et relayent les campagnes d'information. Les plus importantes sont représentées dans les organes consultatifs (Communauté française de Belgique, France). En Macédoine, ce sont des ONG, financées par les donateurs étrangers, qui apportent leur appui aux organismes gouvernementaux, par exemple pour des expertises.

C) Le Nord est confronté aux conséquences du vieillissement et du non-renouvellement de sa population

Les valeurs religieuses traditionnelles favorables à la natalité ont perdu du terrain dans tous les pays. La maîtrise de la fécondité s'est avérée positive pour les femmes, les enfants et les couples : elle a été un facteur d'émancipation et d'autonomisation des femmes ; elle a favorisé l'épanouissement des enfants, la réduction de la taille des familles permettant aux parents de consacrer à chaque enfant plus de temps et de moyens ; enfin, elle a permis aux couples d'accroître leur temps libre et leur pouvoir d'achat.

1. La planification familiale, outil de l'émancipation

En Communauté française de Belgique et en France, la planification familiale a été mise en place dès la fin des années 1950, sous la forme associative, essentiellement¹⁵. Le planning familial comprend en France deux types de structures : les centres de planification, une trentaine environ sur tout le territoire, qui pratiquent des tests de grossesse, prescrivent tous les types de pilules, ainsi que des analyses médicales, distribuent des préservatifs masculins et féminins ; et les lieux d'information, au nombre de 80 environ, qui ne peuvent pas prescrire, mais seulement informer et orienter. Les permanences sont animées par des personnels formés à l'écoute et au « conseil familial et conjugal ».

On dénombre plus de 90 centres de planning familial pour l'ensemble de la CFB. De plus, outre le recours au médecin de famille ou au gynécologue, les femmes et les adolescentes peuvent s'adresser aux services de l'Office de la naissance et de l'Enfance¹⁶, qui dispose de centres de consultation prénatale de quartier, de consultation hospitalière, de centres périnataux et d'un réseau hospitalier de médecine sociale accessibles à tous ; l'ONE possède en outre des unités mobiles (cars sanitaires).

Le Canada, le Québec ou l'Ontario disposent aussi de centres de planning familial, situés surtout en milieu urbain, ainsi que de unités de santé de la reproduction, principalement dans

¹⁴ idem

¹⁵ Mouvement français pour le Planning familial (MFPF), association loi 1901, créé en 1956

¹⁶ ONE : organisme d'intérêt public subventionné par la Communauté française

les grands hôpitaux et les hôpitaux universitaires ; mais la tendance est à la consultation préalable du médecin traitant. La santé de la procréation est également prise en compte dans les unités sanitaires de base. Des unités mobiles fonctionnent dans certaines régions rurales ou nordiques plus isolées, qui ont difficilement accès aux centres.

2. Une fécondité insuffisante pour assurer le renouvellement de la population

Dans les pays du Nord, l'indice synthétique de fécondité¹⁷ se situe entre 1,2 (Macédoine) et 1,9 (France). Il a diminué d'environ 60% au Canada en quarante ans, le chiffre variant toutefois selon la province et/ou le territoire. C'est pourquoi, plusieurs gouvernements encouragent la natalité, tout en facilitant la planification des naissances et la gestion des maternités ; ainsi, le Québec a fait, ces dernières années, des efforts supplémentaires pour aménager les horaires de travail, améliorer l'offre de services et développer les incitations fiscales ; en France, des dispositifs sont à l'étude, la politique à l'égard de la fécondité devant être pensée comme une composante du développement durable¹⁸.

Excepté en Andorre, où elle est illégale et juridiquement sanctionnée, et en Macédoine où elle est pratiquée uniquement pour des raisons médicales, l'IVG a été dépénalisée et est généralement prise en charge par l'assurance-maladie. Elle est pratiquée en milieu hospitalier ou extra-hospitalier (Centre de Planning familial, par exemple). En France, toutefois, les délais d'accès sont aléatoires et parfois très élevés, faute d'équipement ; aussi, les délais légaux pour interrompre une grossesse ont été repoussés de dix à douze semaines et le recours à l'IVG médicamenteuse avant la sixième semaine de grossesse, est encouragé.

Les méthodes d'espacement des naissances sont en général facilement accessibles et leur usage, répandu ; il en va de même, des méthodes visant à mettre fin aux maternités, qui sont relativement peu coûteuses.

D) Une tendance à l'essoufflement des systèmes de soins dans plusieurs pays, sans incidence sur la santé des mères et des nourrissons

*Excepté en Roumanie, les dépenses de santé représentent environ 9% du PIB (Canada, Communauté Française de Belgique) ; en France, elles augmentent plus vite que le PIB (10% du PIB en 2003). En Ontario et au Québec, elles constituent plus de 40% des dépenses de programmes du gouvernement. Le fonctionnement des systèmes de soins est jugé bon dans l'ensemble - en termes de qualité et de formation des personnels - ou en amélioration (Andorre, Macédoine) ; le maillage géographique, de structure pyramidale (hôpital général, centres de soins primaires, consultations de médecins généralistes et spécialistes) s'avère satisfaisant. Toutefois, dans certains pays, le manque de lits et de personnels s'aggrave, ainsi que les délais d'attente dans les services (Canada, France).

Une couverture sanitaire est en général assurée pour les plus démunis, auxquels sont proposés des consultations et des soins gratuits sans contrepartie de cotisation sociale.

*Parmi les priorités dégagées par les gouvernements préoccupés par la surconsommation médicale et la gestion des déficits qu'elle engendre, on évoquera la prévention, l'amélioration

¹⁷ indice de fécondité : rapport entre le nombre de naissances dans l'année et le nombre de femmes en âge de procréer, c'est-à-dire de 15 à 49 ans.

¹⁸ Selon un rapport du Conseil économique et social paru en mars 2004

des soins, la planification de la santé, la responsabilisation des patients, la lutte contre les affections lourdes et la gestion de la dépendance.

*Le dépistage du VIH n'est pas obligatoire, sauf en cas de don de sang (Communauté française de Belgique, France) ; les tests de dépistage du sida sont anonymes et les données confidentielles. En France, les cas de séropositivité et ceux de sida avérés font l'objet d'une déclaration obligatoire ; les statistiques récemment publiées révèlent une augmentation inquiétante des cas de séropositivité. Les personnes séropositives sont suivies médicalement et ont accès aux antirétroviraux (excepté en Macédoine), la prise en charge des soins et des médicaments variant d'un Etat à l'autre.

*Les grossesses sont suivies médicalement, dès que la grossesse est confirmée ou dès que la future mère en fait la demande. Les femmes ayant eu des grossesses précoces, rapprochées et nombreuses, ainsi que pour celles souffrant d'affections liées à ces grossesses, font l'objet d'un suivi particulier. La très grande majorité des femmes accouche en milieu hospitalier et toutes ont accès à des soins obstétricaux d'urgence. Le taux de mortalité maternel varie, selon les pays, de 0 à 1480 pour 100 000 ; le taux de mortalité infantile, de 2,3 à 1190 pour 100 000. On observe une augmentation des accouchements multiples (France, Ontario), en raison notamment d'un recours accru aux traitements contre l'infertilité.

Plus de 80% des enfants présentent un poids normal. S'agissant des vaccinations, un traitement préventif de transmission du VIH de la mère à l'enfant est proposé (Andorre, Canada, Communauté française de Belgique, France) ; la couverture vaccinale varie selon les vaccins de 80% à 98%. Un traitement des principales maladies infantiles est pratiqué au moins pendant la première année, de même que le suivi des enfants nés de mères séropositives et des mères elles-mêmes.

Bien que les soins de santé dits « classiques » soient largement privilégiés, les médecines « complémentaires » (homéopathie, acupuncture etc...) sont de plus en plus prisées. Par ailleurs, l'intérêt pour les produits de santé naturels s'accroît, ce qui conduit les gouvernements à encadrer leur diffusion pour assurer la sécurité des consommateurs (Loi sur les aliments et les drogues et son Règlement adopté en 2004 au Canada).

E) Les pistes d'action

La situation au Nord apparaît ainsi en demi teinte. Les disparités concernant l'accès aux services de santé génésique, à la contraception et à l'interruption volontaires de grossesse restent liées au revenu et au pays de résidence. Par ailleurs, les progrès dans le contrôle de la procréation, outre les problèmes éthiques qu'ils posent, risquent parfois d'entraîner des dérives, comme le recours abusif à l'IVG.

Le vieillissement de la population et son non-renouvellement posent aux sociétés des questions auxquelles elles ne s'étaient pas préparées, comme la prise en charge médicale des troisième et quatrième âges dans un contexte d'essoufflement des systèmes de soins, la gestion et l'accompagnement de la fin de vie.

Dans le domaine des politiques de la famille et de la santé, la volonté politique est essentielle parce qu'elle détermine les choix budgétaires ; l'action des associations et des ONG, certes

positive, au Sud, comme au Nord, ne peut que relayer l'action gouvernementale, non la remplacer.

Plusieurs pistes d'action peuvent être proposées :

- Encourager les gouvernements à maintenir ou à développer une politique nationale de qualité sur la santé génésique, en particulier à destination des personnes défavorisées, en collaboration avec les organisations issues de la société civile ;
- Inciter les gouvernements à mettre en œuvre une politique sanitaire et sociale d'information sur les moyens contraceptifs ;
- Veiller à la diffusion d'informations aisément compréhensibles sur la santé génésique, notamment sur la prévention des grossesses non désirées, la contamination par le VIH/ sida, et par les MST ;
- Recommander la participation active des jeunes pour l'élaboration, l'application et l'évaluation des programmes d'éducation à la santé de la procréation, en coopération avec d'autres intervenants- enseignants, personnels de santé-, et en encourageant le dialogue parents-enfants ;
- Veiller à ce que l'éducation à la santé de la procréation soit enseignée dès l'enfance, en tenant compte des sensibilités des garçons et des filles, et qu'elle soit fondée sur le respect mutuel et le sens des responsabilités ;
- Développer l'aide à la parentalité par le soutien et l'assistance psychologique des familles pour mieux protéger les enfants.

Je souhaiterais, en conclusion, inscrire ce rapport dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement fixés pour 2015 par les Nations Unies.

Je rappellerai en effet que ces objectifs concernent notamment la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité infantile, enfin la lutte contre le VIH/SIDA.

Mais les questions relatives à la sexualité et à la procréation ne sont pas explicitement mentionnées dans le document élaboré en 2000 par les Nations Unies. A l'évidence, elles ne feront pas l'objet d'un neuvième objectif lors du sommet OMD+5 ; en revanche, elles pourraient figurer au titre de cibles et d'indicateurs.

C'est pourquoi je vous suggère que notre Réseau propose, par l'intermédiaire de la représentation de la Francophonie à l'ONU, d'ajouter les cibles et les indicateurs suivants aux trois objectifs cités :

1) à l'OMD n° 3 : *Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes*, je vous invite à ajouter la cible suivante :

-« obtenir la ratification par tous les Etats, de la CEDEF et de son protocole »

et l'indicateur :

-« obtenir l'élaboration et l'entrée en vigueur des mesures législatives et réglementaires nécessaires à la mise en œuvre effective de la CEDEF et de son protocole ; »

2) à l'OMD n°5 : améliorer la santé maternelle, j'ajouterais la cible :

- « garantir l'accès universel aux soins de santé de la procréation et répondre à tous les besoins de contraception, de libre choix de la conception ; »

et l'indicateur :

-« atteindre un taux de contraception moderne ; »

3) à l'OMD n°6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, je vous propose d'ajouter les deux indicateurs suivants :

- « accroître le taux de rapports sexuels protégés (préservatifs masculins et féminins) »

- « soutenir la recherche sur les microbicides, et mettre ces produits à la disposition effective des femmes dans les pays en développement. »

Je terminerai mon propos en citant Kofi Annan :

"Les Objectifs du Millénaire pour le développement ne peuvent être réalisés à moins d'aborder de front les questions de population et de santé en matière de procréation. Cela signifie des efforts accrus pour promouvoir les droits de la femme, un investissement plus important dans l'éducation et la santé, notamment la santé en matière de procréation et la planification familiale". Kofi Annan, SG de l'ONU, décembre 2002.