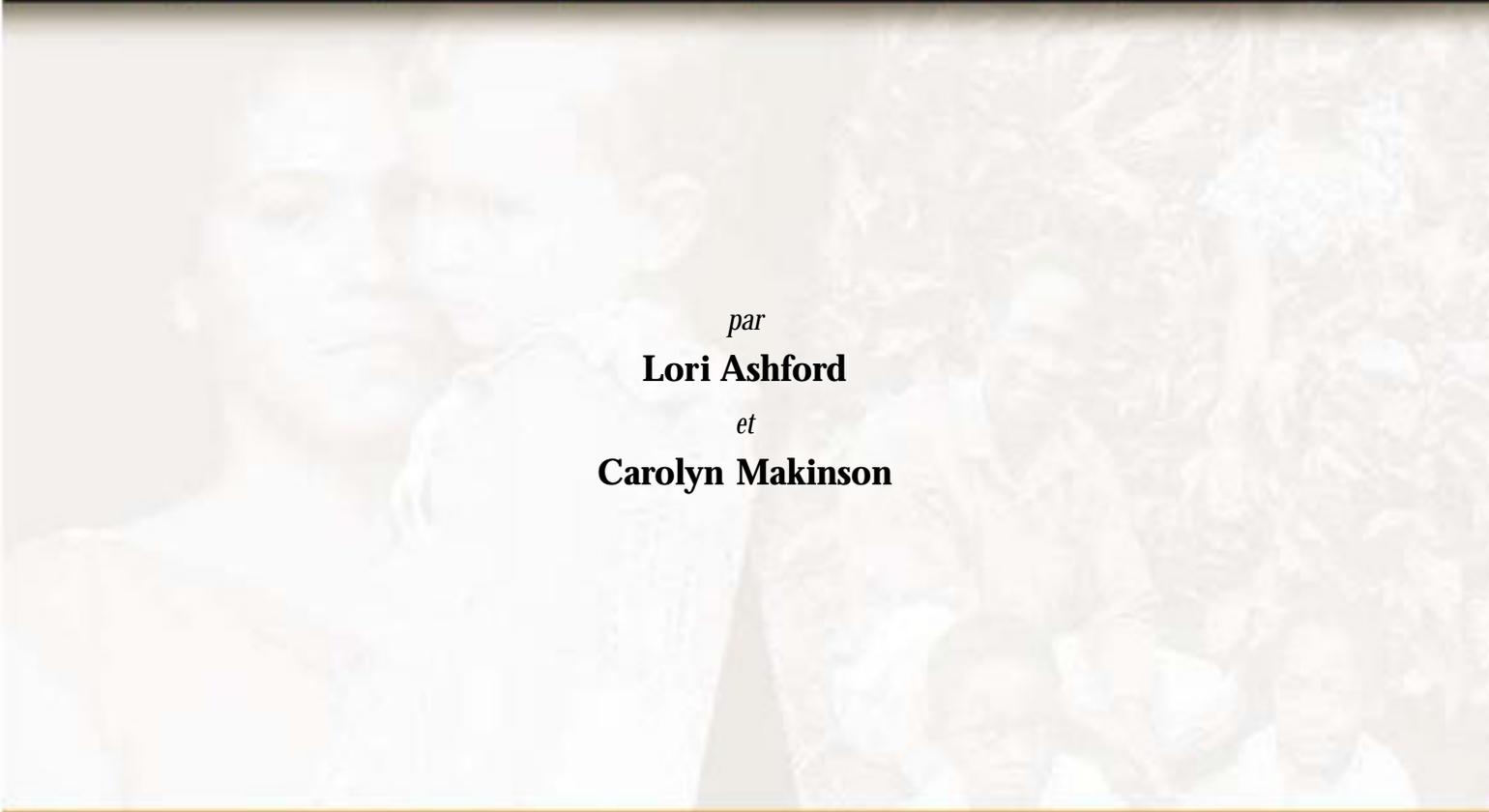


A decorative border at the top of the page, featuring a repeating pattern of gold triangles pointing downwards on a black background, with small gold circles at the vertices.

Santé de la reproduction :
POLITIQUES *et* PRATIQUES

Etudes de cas : Brésil, Inde, Maroc et Ouganda

A decorative border at the bottom of the title section, identical to the one at the top, featuring a repeating pattern of gold triangles pointing downwards on a black background, with small gold circles at the vertices.A large, faded background image of a diverse group of people, including men and women of various ethnicities, looking towards the camera.

par
Lori Ashford
et
Carolyn Makinson

Remerciements



Les quatre études de cas et le présent rapport ont été réalisés grâce à des dons accordés par les fondations Rockefeller et David et Lucile Packard. Le présent document est fondé sur les études originales effectuées dans les pays concernés, ainsi que sur des discussions qui ont eu lieu lors de réunions entre les chercheurs et les membres du comité directeur international du projet. Les faits et analyses présentés relèvent de la seule responsabilité des auteurs, et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de tous les participants au projet, du PRB, ou des organisations qui en ont assuré le financement.

Les auteurs désirent remercier les quatre équipes de recherche dont les efforts considérables ont permis la réalisation des études de cas, les membres du comité directeur international qui ont apporté leur temps précieux et des conseils utiles, et les organismes de financement qui ont offert leur direction et leurs idées pendant toute la durée du projet. Un grand nombre de participants ont soumis des commentaires utiles sur le présent rapport, ce dont nous leur sommes reconnaissants. Elizabeth Ransom mérite toute notre gratitude pour l'aide discrète et sans relâche qu'elle a constamment apportée à ce projet.

COMMANDES

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent rapport ou des études de cas portant sur le Brésil, l'Inde, le Maroc ou l'Ouganda, veuillez contacter le PRB (voir l'adresse au dos de la brochure). Les rapports concernant le Brésil et le Maroc sont disponibles dans la langue originale (portugais et français, respectivement) ainsi qu'en anglais.

Le texte complet du présent rapport est aussi disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.prb.org>



Crédits

Maquette et production :
ALPHAWAVE DESIGNS

Responsable de publication :
SARA ADKINS-BLANCH

Traduction en français :
PASCALE LEDEUR

Traduction en espagnol :
ANGELES ESTRADA

Traduction en portugais :
JONES DE FREITAS

Imprimerie :
THE OFFSET HOUSE

Photographie en couverture et p. 4 :
S. SPRAGUE ; MAROC
M. EDWARDS/STILL PICTURES ; BRÉSIL
D. JACOBSON ; INDE
T. BELSTAD/PANOS PICTURES ; OUGANDA

Table des matières

Sommaire	5
Introduction	6
Evaluer le changement	8
Le contexte global	10
Politiques en faveur de la santé de la reproduction	12
Amélioration des services de la santé de la reproduction	14
Facteurs qui facilitent le changement ou y font obstacle	19
Ressources pour la santé de la reproduction	20
Les perspectives d'avenir	23
Annexe 1 : Participants au projet	24
Annexe 2 : Résumés des études de cas par pays	
— <i>Brésil</i>	25
— <i>Inde</i>	27
— <i>Maroc</i>	29
— <i>Ouganda</i>	31
Encadrés :	
— <i>Le mouvement pour la condition féminine au Maroc</i>	11
— <i>Le débat relatif à l'avortement au Brésil</i>	12
— <i>Lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH en Ouganda</i>	17
— <i>L'« approche non ciblée » dans deux états de l'Inde</i>	18
Tableaux et graphique :	
— <i>Indicateurs nationaux relatifs à la démographie et à la santé</i>	6
— <i>Points forts des améliorations des services de santé de la reproduction</i>	16
— <i>Dépenses de santé par habitant</i>	20



Sommaire

Le cinquième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), organisé sous l'égide des Nations Unies, donne aux gouvernements et aux organisations non gouvernementales (ONG) l'occasion d'examiner les progrès enregistrés pour la réalisation des objectifs fixés par la Conférence sur vingt ans. Les 180 nations qui se sont réunies au Caire en 1994 sont convenues d'un Programme d'action qui trace les grandes lignes d'une nouvelle façon d'aborder les questions relatives à la population. Le programme du Caire élargit le champ des politiques précédentes en matière de population, et exhorte les gouvernements à agir dans de nombreux domaines en vue de promouvoir le bien-être individuel et social. Il demande en outre que les services de planning familial soient assurés dans le contexte de soins complets au niveau de la santé de la reproduction.

Afin d'évaluer la façon dont le programme du Caire est appliqué dans divers endroits, des chercheurs confirmés ont réalisé au Brésil, en Inde, au Maroc et en Ouganda, des études de cas qui ont documenté les changements intervenus en matière de politiques et services dans le domaine de la santé de la reproduction, ainsi que dans l'environnement politique et social dans lequel les initiatives en question sont mises en œuvre. Ces experts ont en outre analysé la manière dont les ressources ont été collectées et allouées pour assurer le soutien aux programmes de santé de la reproduction.

La réunion du Caire a-t-elle eu un impact concret ? Dans les quatre pays étudiés, la CIPD a réaffirmé les efforts déjà entrepris en vue d'assurer des prestations de services de planning familial dans le cadre d'une politique de santé plus globale. Le processus entamé au Caire a parfois servi de catalyseur, comme par exemple dans le cas de l'élimination, en Inde, de cibles particulières fixées pour certaines méthodes de planning familial, et, dans celui du Brésil, des percées enregistrées au niveau du débat sur l'avortement. Il ne faut pas s'étonner que les progrès constatés entre et au sein des pays en matière de santé de la reproduction et dans le domaine du statut de la femme aient été inégaux, et qu'aucun des pays concernés n'aient pu aborder la totalité des objectifs définis au Caire.

Les études ont constaté que des changements majeurs sont intervenus sur le plan de l'environnement politique, social et économique global dans lesquels a lieu la poursuite des objectifs de la santé de la reproduction. Dans tous les pays ayant fait l'objet de ces recherches, on a constaté une plus grande ouverture dans le domaine de la prise des décisions politiques, une croissance de l'activité des ONG, ainsi qu'une amélioration de la visibilité et de l'influence du mouvement pour les droits de la femme. Tous ces changements semblent renforcer la mise en œuvre du programme du Caire. Il y a aussi une plus grande décentralisation des pouvoirs du gouvernement national en faveur des autorités locales, ainsi que certaines réformes importantes dans la façon dont les systèmes de santé fonctionnent. Ces tendances peuvent favoriser ou faire obstacle aux efforts entrepris en faveur d'une plus grande disponibilité des services de santé de la reproduction, mais quel que soit le cas, il faut qu'elles soient bien comprises si l'on désire que ce processus se poursuive.

Des changements sont aussi intervenus au niveau des services. Des tentatives d'amélioration de leur qualité ont été faites (en offrant par exemple une gamme plus étendue de moyens de contraception), ainsi que pour accroître l'intégration du planning familial et des autres services de santé, et pour les étendre aux groupes moins bien desservis. Cependant, il reste beaucoup à faire. Malgré certains débuts encourageants — qui figurent dans le présent rapport — il faut faire davantage de progrès dans les domaines des besoins des adolescents, d'un meilleur accès aux traitements destinés à faire face aux conséquences d'avortements dangereux, et de la fourniture de services tenant compte (même modestement) des problèmes des cancers des organes reproductifs, de la stérilité et du SIDA. Si l'on veut que les femmes soient mieux informées des choix qui s'offrent à elles, et aient un soutien approprié pour prendre les décisions qui conviennent le mieux à leurs besoins, il faudrait aussi améliorer la façon dont les prestataires de soins de santé dialoguent avec leurs patientes. De tels changements exigent que l'on renonce à des habitudes très anciennes, y compris les effets de la discrimination basée sur le sexe ou la classe sociale, que praticiens et patientes amènent avec eux à la clinique.

Les progrès étant inévitablement inégaux, il se peut que les observateurs pinaillent sur leur étendue. Il est facile d'attirer l'attention sur les domaines où il reste quelque chose à faire, comme la nécessité de passer des politiques et des projets pilotes à une pratique plus généralisée, et celle d'aborder des sujets qui donnent naissance à une certaine polémique sociale, tels que la sexualité des adolescents et l'avortement dangereux. Si l'on veut réaliser des progrès plus poussés dans tous les domaines de mise en œuvre, il faudra davantage de ressources et un meilleur usage de celles qui existent, un partenariat efficace entre les gouvernements, les donateurs, les chercheurs et ceux qui plaident en faveur du changement, et que tous ceux qui préconisent le changement persistent dans leur position face à des obstacles énormes. En fin de compte, c'est aux usagers eux-mêmes qu'il revient d'être le moteur des décisions relatives aux politiques et aux pratiques en matière de santé de la reproduction.

Introduction

Les représentants de 180 pays ayant participé à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994, sont arrivés à un consensus nouveau sur la façon dont il faut aborder les problèmes relatifs à la population mondiale. Ils sont tombés d'accord sur le fait que les politiques ayant trait aux questions de population doivent aborder le développement social au-delà du planning familial, surtout en ce qui concerne les progrès de la condition féminine, et que les services de planification familiale doivent être assurés dans le contexte de soins complets de santé de la reproduction. Ces derniers comprennent le planning familial, des services pour une grossesse et un accouchement sans danger, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), des informations et des conseils sur la sexualité, et d'autres services de santé destinés aux femmes.

Les conférences organisées précédemment par l'ONU avaient examiné les questions de population d'un point de vue sociologique plus vaste, mettant l'accent sur des problèmes tels que l'accroissement démographique galopant et la lenteur du développement économique dans

les pays du sud. Nombre de gouvernements ont apporté leur soutien aux programmes de planning familial dans le but de résoudre ces problèmes. Au moment où la conférence du Caire s'est tenue, les préoccupations principales portaient surtout sur le fait que certaines politiques et certains programmes mettaient trop l'accent sur la réduction des taux de fécondité et de l'accroissement démographique, et étaient trop étroitement axés sur un seul moyen d'intervention : les programmes de planning familial. Les critiques soutenaient que ceux-ci n'abordaient pas suffisamment le problème de l'amélioration des conditions de vie des personnes individuelles, et en particulier celles des femmes.

L'élément central du programme du Caire est simple : en répondant aux besoins des personnes individuelles, on contribuera à la résolution des composantes multiples qui sont la cause de l'accroissement démographique rapide. Aborder une vaste gamme de besoins individuels s'avère cependant compliqué dans la pratique. Le Programme d'action du Caire comporte quelques centaines de recommandations dans les domaines de la santé, du développement et du bien-être social. Depuis la conférence du Caire, les gouvernements et les ONG ont eu à faire face au défi que pose l'application sur le terrain du nouveau programme. Et il n'existe, dans le monde en développement, que de rares modèles pour la prestation de services complets et complexes dans des milieux pauvres en ressources.

Quoi qu'il en soit, des tentatives ont été faites dans certains pays en vue d'intégrer le planning familial à d'autres services, d'éliminer les « cibles » contraceptives en tant que mesure des réalisations du personnel, d'élaborer de nouvelles stratégies en matière de santé de la reproduction, et d'amender les lois qui affectent le statut et les droits de la femme. Pour saisir certaines de ces expériences, le

Tableau 1

Indicateurs nationaux relatifs à la démographie et à la santé

	BRESIL	MAROC	INDE	UGANDA
Population totale en millions (estimations mi-1998)	162,1	27,7	975,0	21,0
Pourcentage urbain	78	53	26	14
Taux de fécondité total (naissances par femme)	2,4	3,1	3,5	6,9
Pourcentage de femmes mariées utilisant des moyens de contraception	77	59	41	15
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	41	62	72	81
Nombre de femmes inscrites dans une école secondaire pour 100 hommes	134	75	65	59
PIB par habitant (en dollars, 1996-97)	4.400	1.300	380	300

Sources : Carl Haub et Diana Cornelius, *Fiche de données sur la population mondiale en 1998* (Washington, DC ; Population Reference Bureau, 1998) ; et Lina Parikh et Barbara Shane, *Les femmes de notre monde - 1998* (Washington, DC ; Population Reference Bureau, 1998), et rapports relatifs aux pays cités.

Population Reference Bureau (PRB) a assuré la coordination d'un projet visant à réaliser des études de cas dans quatre pays : le Brésil, l'Inde, le Maroc et l'Ouganda. Des spécialistes ont effectué des enquêtes dans chacun d'eux, en suivant les conseils donnés par un comité directeur international. (La liste des participants au projet est donnée en Annexe 1.)

Pourquoi ces quatre pays ? Tout d'abord, ils ont été sélectionnés en raison de leur diversité, que ce soit en termes géographiques, de niveau de développement, de conditions sanitaires et sociales, et de culture. (Le Tableau 1 donne des informations relatives à la santé et à la démographie pour chacun de ces pays.) Ensuite, on savait que chacun d'eux mettait en œuvre des politiques et des programmes conformes à l'agenda du Caire. Les organisateurs du projet ont estimé que les décideurs d'autres pays seraient intéressés par les leçons apprises au cours de ces expériences, ainsi que par les réussites et les échecs qui ont été constatés.

L'approche des études de cas est sélective. On trouve, parmi les principales recommandations de la conférence du Caire — et c'est ce qui la distingue le plus des autres réunions similaires organisées par l'ONU —, celles qui ont trait à la santé de la reproduction. Les organisateurs du projet voulaient particulièrement savoir à quel point on pouvait traduire la nouvelle philosophie consistant à répondre aux besoins individuels en matière de santé de la reproduction lors de son application sur le terrain. Les études de cas ont donc été largement axées sur les changements intervenus dans les politiques et services de santé de la reproduction, et sur la façon dont les ressources ont été collectées et utilisées afin d'assurer ces services. Dans certains cas, des changements notables constatés au niveau du contexte social et économique global — surtout ceux qui affectent le statut de la femme — ont aussi été

Des tentatives ont été faites dans certains pays en vue d'intégrer le planning familial à d'autres services, d'éliminer les « cibles » contraceptives en tant que moyen permettant de mesurer les réalisations du personnel, d'élaborer de nouvelles stratégies en matière de santé de la reproduction, et d'amender les lois qui affectent le statut et les droits de la femme.

décrits. Les chercheurs ont fait appel à diverses méthodes de collecte des informations, dont l'examen des données existantes, des entretiens avec des décideurs et des prestataires de services de santé, et des discussions de groupes de travail avec les usagers des services de santé de la reproduction.

Il existe bien des points communs entre les études de cas, mais ils ne reposent pas sur un ensemble unique de questions. Chacune décrit en termes généraux les tendances constatées dans les pays concernés, puis approfondit certains sujets plus particulièrement intéressants. Dans chaque cas, les chercheurs ont sélectionné un petit nombre de communautés et d'installations sanitaires du pays étudié afin d'illustrer les réussites particulières aussi bien que les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre. Les échantillonnages ne représentent pas le pays dans sa totalité.

Le présent rapport de synthèse met de même en valeur les leçons

tirées des études effectuées dans les pays et pouvant présenter un intérêt particulier, mais ne constitue pas un résumé exhaustif. Rien ne peut remplacer les études de cas, qui sont aussi riches et complexes que les pays qu'elles représentent. (Les résumés des études de cas figurent en Annexe 2, et l'information nécessaire pour commander les rapports complets se trouve sur la page des remerciements). Nous espérons vivement que les études de cas et les exemples que nous avons choisis de mettre en valeur dans le présent document seront utiles aux pays appartenant à d'autres régions du monde où les occasions qui se présentent et les défis à relever sont similaires.

Evaluer le changement

Cinq ans après la conférence du Caire, décideurs, chercheurs et partisans du changement ont l'occasion d'évaluer les progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs fixés par cette conférence, et d'identifier les problèmes qui restent à résoudre. Nous devons cependant reconnaître qu'il est difficile de quantifier tout progrès réalisé dans le cadre d'un programme si vaste. Et, même si cela était possible, il serait difficile de dire avec précision quels changements peuvent être attribués directement à l'influence du Caire. Un certain nombre de facteurs viennent compliquer notre évaluation.

Premièrement, la conférence du Caire représente un processus plutôt qu'un événement donné. Sa préparation a pris plusieurs années et a compris des discussions organisées dans le monde entier. La façon de penser, ainsi que les politiques et programmes qui commençaient à être définis dans un certain nombre de pays ont eu une influence sur les discussions qui ont eu lieu au niveau international, et ces dernières ont eu à leur tour un impact sur ce qui se passait au niveau des pays individuels. Dans les quatre nations où les études de cas ont été effectuées, le Caire a été le catalyseur des actions entreprises au niveau national, mais ne constitue certainement pas la seule ou la première influence sur l'évolution des approches relatives à la santé de la reproduction. On peut dire en particulier, dans les cas du Brésil et de l'Inde, que les mouvements pour la promotion du développement national et des droits humains ont eu une influence sur la conférence du Caire. On pourrait dire en fait que ces deux pays ont eu autant d'influence sur cette conférence qu'elle en a eu sur eux.

Deuxièmement, une série de conférences organisées par l'ONU a eu un effet cumulatif sur les politiques nationales et internationales relatives à la santé et au développement social. Outre celle du Caire, qui s'est tenue en 1994, on peut citer celle de 1993 sur les droits humains, organisée à Vienne ; le sommet de 1995 sur le développement social, qui a eu lieu à Copenhague ; et la quatrième conférence mondiale sur la femme, organisée à Pékin en 1995. L'un des éléments communs de ces réunions a été la promotion des droits de la femme, un

Dans les quatre nations où les études de cas ont été effectuées, le Caire a été le catalyseur des actions entreprises au niveau national, mais ne constitue certainement pas la seule ou la première influence sur l'évolution des approches relatives à la santé de la reproduction.

sujet qui figure désormais au premier plan dans de nombreux pays.

Troisièmement, le processus de mise en œuvre est complexe et ne suit pas toujours une ligne droite. Il y a un réexamen constant des priorités nationales, et les engagements pris lors de conférences internationales ne constituent qu'une partie de ce qui retient l'attention des décideurs. Les promoteurs d'une politique ou d'un programme peuvent très bien enregistrer des progrès dans un domaine particulier, et voir ensuite leurs efforts réduits à néant par un autre groupe de pression qui arrive sur la scène politique. Les progrès enregistrés au sein d'un même pays peuvent par ailleurs être inégaux compte tenu de la diversité des conditions économiques et sociales qui existent dans ces diverses régions et communautés.

Finalement, il faut du temps pour assurer la dissémination d'idées, de méthodes, et d'attitudes nouvelles. Nous en avons trouvé plusieurs exemples dans les études de cas. Par exemple, il est plus facile de rédiger un nouveau cursus de formation médicale que de modifier les attitudes des médecins envers leurs patients, et il est plus facile d'assurer des services aux femmes mariées qu'aux célibataires ou aux adolescents. Il est aussi plus aisé de modifier les lois relatives au statut de la femme que de changer les conditions sociales qui donnent naissance aux inégalités dont elles sont victimes.

Conservant ces réserves à l'esprit, nous estimons néanmoins que des changements importants sont en cours. La suite du présent rapport illustre certains de ces changements ainsi que les facteurs qui ont favorisé le progrès ou y ont fait obstacle.



Le contexte global

Le monde en développement connaît des changements majeurs qui affectent le contexte dans lequel les politiques internationales relatives à la population et à la santé sont conçues et mises en œuvre. Parmi les plus importants on peut citer : la décentralisation du pouvoir du gouvernement national en faveur des autorités locales, l'importance politique accrue des questions relatives à la condition féminine, et les réformes institutionnelles et financières mises en place dans le secteur de la santé.

LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

Le Brésil, le Maroc, l'Inde et l'Ouganda font tous preuve d'une plus grande ouverture dans la prise de décisions politiques, la décentralisation des pouvoirs du gouvernement national en faveur des autorités locales, et l'importance croissante des ONG, aussi connues sous le nom de « société civile ». Dans un certain sens, ces changements compliquent le processus de prise de décision, mais ils renforcent l'implication des citoyens dans les décisions qu'ils acceptent mieux et dont ils suivront plus vigoureusement la mise en œuvre.

Au Brésil, les auteurs de l'étude de cas notent que « depuis les années 1980, la démocratisation a certainement rallongé le processus de prise de décisions politiques. Mais elle a aussi donné une voix aux partisans du changement et a ouvert le débat sur les droits et la santé de la reproduction. L'adoption de ce programme par d'autres acteurs et d'autres voix n'aurait pu se produire sans un débat politique ouvert sur sa signification ».

De même, le transfert des pouvoirs des gouvernements centraux aux autorités locales ou régionales consitue à la fois un défi et une opportunité. Etant donné que la communauté participe plus directement à l'établissement des priorités, à l'élaboration des programmes et à la ventilation des ressources, la décentralisation devrait avoir pour résultat des programmes et des politiques qui répondent mieux aux besoins locaux. Mais il se peut que le transfert des pouvoirs s'effectue avant que les collectivités locales n'aient la capacité nécessaire pour les gérer, et il est possible que les communautés locales soient lentes à percevoir ou à réagir à des priorités de niveau national —

On discute davantage, depuis les conférences du Caire et de Pékin, des questions liées à la dynamique hommes-femmes, ou de celles qui existent entre les rôles des hommes et des femmes tels qu'ils sont prescrits par la société... Il en découle que de nombreuses politiques et bien des programmes récemment adoptés tentent de réduire cette disparité de traitement entre les sexes.

par exemple, freiner la dissémination des infections à VIH. Il s'ensuit que les progrès enregistrés dans les états et les localités en ce qui concerne les objectifs nationaux seront nécessairement inégaux. Quoi qu'il en soit, il est peu probable que le processus de décentralisation régresse dans un avenir proche, et il constitue un nouveau défi pour les organisateurs des conférences onusiennes. Les représentants des pays participent aux discussions qui ont lieu lors de ces réunions et signent des accords internationaux, mais ce sont de plus en plus souvent les autorités locales qui sont chargées de leur mise en œuvre. Ces dernières peuvent avoir des priorités nettement différentes.

Le nombre des ONG et leur influence sur le processus de prise de décisions se sont récemment accrus. Le Maroc en compte 76 (dont un tiers fondées depuis 1994), qui travaillent maintenant sur des problèmes ayant trait à la femme et au développement. Dans d'autres pays, ce sont ces organisations qui ont influencé la plus récente

génération de politiques nationales. On constate aussi une augmentation des partenariats qui élargissent la base de soutien aux nouvelles politiques et aux nouveaux programmes — par exemple, la collaboration entre gouvernements et ONG, et au sein du secteur des ONG, entre les universitaires, les partisans du changement et les organisations prestataires de service. Et il ne fait aucun doute que les réunions nationales et internationales consacrées à la politique sont devenues plus vivantes, et que des points de plus en plus disparates y ont été exprimés dans les années 1990 grâce à la présence accrue des ONG. Il faut signaler qu'en même temps, les ONG des pays en développement ne sont pas toutes des organismes indigènes et communautaires. Certaines sont une extension du gouvernement et d'autres représentent des intérêts étrangers.

L'IMPORTANCE POLITIQUE DES FEMMES

Grâce en grande partie aux activités entreprises par les défenseurs des droits de la femme, la situation de celle-ci est passée à l'avant-scène des débats politiques aussi bien nationaux qu'internationaux. On discute davantage, depuis les conférences du Caire et de Pékin, des questions liées à la dynamique hommes-femmes, ou de celles qui existent entre les rôles des hommes et des femmes tels qu'ils sont prescrits par la société. Gouvernements et agences donatrices reconnaissent de plus en plus la position inférieure que les femmes occupent aux niveaux juridique, social et économique, et l'effet nuisible que ce facteur a sur le développement national. Il en découle que de nombreuses politiques et bien des programmes récemment adoptés tentent de réduire cette disparité de traitement entre les sexes.

Il existe des signes indicateurs d'un changement réel du statut de la femme... au moins sur papier. La nouvelle constitution de l'Ouganda garantit la participation des femmes à la vie politique en leur réservant 30 % de tous les sièges électoraux. Le gouvernement a en outre adopté plusieurs autres politiques nouvelles : la politique nationale sur la dynamique hommes-femmes s'engage à tenir compte de cette dynamique dans tous les aspects du développement ; la loi foncière fournit des mécanismes nouveaux permettant aux femmes d'être propriétaires terriennes ; et la politique sur l'éducation primaire universelle réserve aux filles la moitié des places dans les écoles. Il en est de même en Inde où une loi récemment adoptée réserve aux femmes un tiers des sièges dans les organes gouvernementaux locaux, et au Brésil qui a établi un système de quotas prévoyant que les organes parlementaires nationaux et locaux doivent compter 30 % de femmes. Il faudra cependant attendre un certain temps avant que les communautés s'adaptent à ces changements, car un certain nombre de barrières sociales font obstacle à leur mise en œuvre effective.

RÉFORMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Des changements tout aussi spectaculaires interviennent dans l'organisation et le financement des systèmes nationaux de santé.

La mise en œuvre de réformes constitue souvent une condition posée à l'attribution de fonds versés par des institutions internationales telles que la Banque mondiale, et elle subit aussi l'influence d'une austérité économique nécessaire. Tout comme dans le cas des mesures de décentralisation politique, la réforme du secteur de la santé peut contribuer à la réalisation des objectifs fixés en matière de santé de la reproduction ou y faire obstacle.

Les réformes visent souvent à faire bénéficier les citoyens les plus nécessiteux des subventions publiques, et à mettre l'accent sur des services de soins de santé primaires peu onéreux, par opposition aux interventions de haute technicité souvent très chères. Dans la plupart des cas, la réforme des systèmes de santé exige aussi que les

administrateurs envisagent une approche plus intégrée que dans le passé pour la prestation des services. Ces mesures coïncident le plus souvent avec le programme du Caire. D'un autre côté, alors qu'ils font de leur mieux pour ventiler de manière plus efficace les ressources destinées à la santé, les planificateurs doivent comparer les diverses composantes de la santé de la reproduction (planning familial, prévention des maladies sexuellement transmissibles et soins maternels) à une kyrielle d'autres besoins dans ce domaine (lutte contre le paludisme,

Encadré 1

Le mouvement pour la condition féminine au Maroc

Au Maroc, bien que la constitution leur garantisse des droits politiques et juridiques égaux à ceux des hommes, les femmes sont nettement défavorisées. Elles ont beaucoup plus de risques d'être analphabètes que les hommes (90 % contre 60 % dans les zones rurales, et 50% contre 25 % en milieu urbain) ; bien moins de chances de faire partie de la population active (un tiers des femmes contre 80 % des hommes) ; et elles ont moins de droits que les hommes en ce qui concerne le mariage, le divorce et l'héritage. Ces désavantages figurent en toutes lettres dans le Code du Statut Personnel et sont renforcés par les us et coutumes locales.

Des changements juridiques et politiques importants sont récemment intervenus. Le gouvernement a créé un ministère spécial chargé de traiter des questions relatives à l'enfance et à la famille. Les ONG s'occupant exclusivement des problèmes liés au progrès de la condition féminine, en particulier en ce qui concerne le microcrédit destiné aux femmes pauvres, se sont multipliées. Le Code du Statut Personnel a été modifié et des mesures ont été prises pour tenter de résorber l'analphabétisme et de réduire la violence dans les foyers. Les changements apportés aux lois relatives au statut des personnes stipulent que le mariage ne peut avoir lieu qu'avec le consentement plein et entier de la femme, que la polygamie ne peut être pratiquée que si la première femme et les suivantes en ont été informées, et imposent des restrictions juridiques au droit du mari de demander unilatéralement le divorce. Les défenseurs des droits de la femme critiquent ces réformes parce que, selon eux, elles ne vont pas assez loin, et il est probable que ces mesures n'ont pas encore eu d'impact sur la vie quotidienne des femmes, surtout dans les régions rurales et isolées.

tuberculose et maladies infantiles, et problèmes liés au tabagisme, à l'usage abusif des drogues, et blessures). Il se peut, si les besoins semblent urgents et affectent une large couche de la population, que certains éléments de la santé de la reproduction se voient accorder la priorité dans les budgets gouvernementaux, mais sans que ce soit le cas pour d'autres. Les personnes qui espèrent avoir une influence sur la ventilation des ressources en faveur de la santé de la reproduction doivent bien comprendre les débats relatifs au financement des soins de santé dont la détermination des ordres de priorité, et y prendre part.

Politiques en faveur de la santé de la reproduction



lors qu'elles ne sont qu'une des composantes des programmes de mise en œuvre, les politiques nationales impriment néanmoins un élan nouveau aux initiatives locales auxquelles elles donnent une direction. Les études de cas analysent l'évolution sur les cinq dernières années des politiques relatives à la santé de la reproduction. Dans les quatre pays concernés, les gouvernements ont rédigé une gamme impressionnante de lois et de documents stratégiques nouveaux qui ont fait l'objet de débats.

Encadré 2

Le débat relatif à l'avortement au Brésil

L'adoption du programme du Caire n'a pas constitué un changement politique majeur au Brésil, ce pays ayant adopté une décennie auparavant un programme exhaustif en faveur de la santé de la reproduction. La conférence a cependant servi à amplifier le débat en cours sur l'avortement au Brésil, et à améliorer l'accès aux services qui lui sont liés. Le Programme d'action prévoit la prestation de services d'avortement légaux sans risques et de soins compatissants en cas de complications dues à un avortement dangereux, qu'il soit légal ou non.

Les promoteurs des droits et de la santé de la reproduction au Brésil œuvrent depuis 1985 afin d'assurer l'accès aux services d'avortement dans les deux conditions autorisées par la loi : en cas de danger pour la santé de la femme, ou de viol. Les médecins hésitaient à offrir cette procédure en raison d'un manque d'informations sur les clauses juridiques d'application, et de leurs convictions personnelles. Un texte de loi a été soumis au parlement brésilien au début des années 1990, dans lequel il est demandé que le système national de santé publique offre des services universels d'avortement dans ces cas étroitement définis, mais légaux. En 1995, après les conférences du Caire et de Pékin, une clause nouvelle relative au « droit à la vie » a été soumise au parlement. Une commission spéciale en a débattu et l'a rejetée, déclenchant un débat public houleux sur l'avortement. En 1997, une commission parlementaire a approuvé l'accès à l'avortement légal, ce qui a provoqué des réactions de la part des conservateurs et une campagne nationale d'envoi de lettres aux législateurs, organisée par les défenseurs des droits en matière de reproduction.

D'un côté, le débat a entraîné des affrontements virulents entre partisans des droits à la reproduction et des groupes religieux conservateurs. De l'autre, ces discussions publiques ont permis aux administrateurs et professionnels de la santé de mieux comprendre les besoins existant en matière de services légaux d'avortement et ce qu'ils signifient. Comme l'un d'eux l'a déclaré à Recife : « Nous nous sommes servis de l'argument avancé au Caire, à savoir que l'avortement est un problème de santé publique. Lorsqu'il est légal, il ne doit pas poser de danger, et l'avortement partiel doit faire l'objet de soins adéquats et compatissants ». Le système de santé publique a étendu, depuis 1994, son soutien aux services d'avortement légal de deux à 12 sites, et a apporté des améliorations à la qualité des soins assurés après l'avortement.

L'étude de cas réalisée en Inde donne l'exemple le plus remarquable d'un changement majeur de politique nationale — la suppression des cibles imposées par le gouvernement central dans le cadre du programme national de planification familiale. Plusieurs facteurs y ont contribué. Le gouvernement s'est aperçu qu'en termes de réduction du taux de natalité, le programme national de planning familial était bloqué. L'accent placé sur la stérilisation ignorait les besoins des femmes plus jeunes en matière d'espacement des naissances, et le système de ciblage contribuait à l'obtention de chiffres erronés dans le domaine de l'usage des contraceptifs. Dans le même temps, les groupes de femmes et les ONG faisaient de plus en plus part de leurs préoccupations concernant de la médiocrité des services rendus et la contraception qui dépendait énormément de la stérilisation. La communauté des donateurs internationaux soutenait aussi fermement une révision de l'optique de la politique gouvernementale. Peu après la conférence du Caire, les responsables de la santé en Inde ont commencé à abolir les cibles relatives aux méthodes données et, en 1996, le gouvernement a supprimé les cibles imposées au niveau national pour les personnes acceptant des moyens différents de planning familial dans tout le pays.

Au Brésil, une succession de débats politiques a précédé et suivi la conférence du Caire, le plus animé étant celui qui portait sur l'avortement (Cf. Encadré 2). Au Maroc, les changements des politiques affectant le statut de la femme ont constitué un véritable bouleversement par rapport au passé (Cf. Encadré 1). En Ouganda, outre les changements indiqués à la page précédente, de nouvelles politiques relatives à la population et aux adolescents ont été rédigées depuis 1994.

Les exemples du Brésil et de l'Inde permettent de juger du temps et du processus nécessaires pour la dissémination et l'adoption des politiques dans tout un pays.



S. SPRAGUE, MOROC

Au Brésil, il a fallu plus de 10 ans pour que les réformes de santé passent du niveau de la politique nationale à des changements réels constatés sur le terrain. La persistance des défenseurs du changement et le renforcement des systèmes de santé locaux ont été les moteurs des progrès enregistrés après 1995. En Inde, où peu de débats ont précédé la mise en œuvre des changements de politique nationale, les preuves obtenues au niveau des communautés indiquent qu'il faudra un certain temps avant que ces changements soient largement compris et appliqués dans la pratique. Les prestataires locaux de soins de santé commencent seulement à réaliser ce que signifient les changements de politique, et comment les nouvelles procédures peuvent aboutir à des résultats. Le contraste existant entre le Brésil et l'Inde suggère qu'un débat plus étendu entraîne une meilleure acceptation des nouvelles politiques.

Il n'est pas surprenant que les entretiens qui ont eu lieu lors des études de cas révèlent qu'un nombre relativement faible d'officiels du gouvernement et de représentants des ONG connaissent à fond les recommandations du Caire. En règle générale, la responsabilité de la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction a surtout relevé des officiels de la santé dont les responsabilités ont été étendues des programmes de soins maternels et infantiles, qui comprenaient le planning familial, à la santé de la reproduction. D'autres ministères, comme ceux qui s'occupent de population, de la condition féminine ou de la jeunesse, ont apporté leur contribution à l'élaboration des politiques. Mais ils se sont le plus

souvent retrouvés en position de faiblesse par rapport au ministère de la Santé en ce qui concerne le lancement et la définition de nouvelles politiques.

Le Programme d'action du Caire a fourni aux décideurs, à tous les niveaux, le langage et les concepts dont ils avaient besoin pour promouvoir le nouveau programme relatif à la santé de la reproduction. A Ceará, au Brésil, le directeur du programme portant sur la santé féminine a fait remarquer que : « Nous avons constamment fait appel au langage utilisé au Caire dans nos discussions avec les responsables de la santé, les services de santé et les professionnels de la santé. Le langage adopté au Caire a été un instrument politique d'importance essentielle ».

Le Caire a aussi eu pour résultats une prise de conscience plus nette de la part des décideurs de haut niveau et un soutien plus grand en faveur de la santé de la reproduction, une communauté de donateurs prête à apporter son appui aux nouvelles initiatives, et un débat national plus intense ainsi que des activités accrues de la part des ONG. Des changements concrets ont été constatés lorsque les ministères de la Santé ont tiré parti de ces occasions.



Amélioration des services de la santé de la reproduction

Pour la première fois dans un document de politique internationale, le Programme d'action du Caire a défini la santé de la reproduction de façon exhaustive. Il y est déclaré que « la santé de la reproduction est un état de bien-être physique, mental et social complet, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité... » Et il poursuit en disant que les soins de santé de la reproduction doivent renforcer les droits de l'individu, y compris « le droit de décider librement et de manière responsable » du nombre d'enfants qu'une personne veut avoir et à quel moment, et le droit à « une vie sexuelle satisfaisante et sans danger ».

Au plan opérationnel, les soins de santé de la reproduction englobent de nombreux éléments, dont les informations et les services de planning familial, les soins prénatals, ceux d'accouchement sans risques et les soins postnatals, la prévention et le traitement de la stérilité, l'avortement (lorsqu'il n'est pas illégal), les soins en cas de complications ou d'avortement à risques, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, dont celles à VIH/SIDA, l'élimination de pratiques dangereuses telles que les mutilations génitales des filles, ainsi que d'autres services de santé destinés aux femmes, comme le diagnostic des cancers du sein et du col de l'utérus. Le Programme d'action demande à tous les pays d'assurer ces services d'ici à l'an 2015 par le biais des systèmes de santé primaire.

Il est impossible de mettre en œuvre un programme si ambitieux du jour au lendemain, surtout dans les pays pauvres. Tous les pays dans lesquels les études de cas ont été effectuées ont fait des progrès importants vers la réalisation des objectifs fixés au Caire, mais aucun n'a pu mener à bien tous ses éléments. « Nous ne pouvions pas prendre le Caire en bloc, même si nous le voulions », a déclaré un administrateur de programme en Ouganda, « tant que les systèmes ne sont pas prêts et les personnes ne sont pas en place pour assurer la charge de travail ». La définition exhaustive a surtout été utilisée pour l'élaboration de documents portant sur une stratégie nationale ; au niveau opérationnel, chaque pays s'est attaqué aux éléments pour lesquels les améliorations semblaient être les plus réalisables.

AMPLIFICATION DES EFFORTS FAITS AVANT LA CONFÉRENCE DU CAIRE

La conférence du Caire a insufflé une vie nouvelle aux efforts qui avaient déjà été entrepris en vue d'améliorer la qualité des services de planning familial. L'offre aux clientes d'un choix plus abondant de moyens de contraception, l'amélioration de l'aptitude des praticiens à

« Nous ne pouvions pas prendre le Caire en bloc, même si nous le voulions », a déclaré un administrateur de programme en Ouganda, « tant que les systèmes ne sont pas prêts et les personnes ne sont pas en place pour assurer la charge de travail ».

donner des informations et des conseils, et la prise de contact avec les groupes moins bien desservis tels que les adolescents et les hommes, font partie de ces efforts précédents. Comme indiqué à l'Encadré 4, les changements les plus complets qui sont intervenus au niveau de la prestation des services, se sont produits en Inde, où le gouvernement a aboli les cibles déterminées par le gouvernement central.

Des changements importants ont été enregistrés en matière de choix de moyens de contraception. En Inde, des statistiques récemment obtenues et des entretiens avec les prestataires de services révèlent qu'on commence à ne plus s'en remettre, comme pendant longtemps, à la seule

stérilisation. Les femmes sont maintenant davantage conscientes de l'existence de moyens de contraception réversibles et se mettent à les demander. Au Brésil, les programmes de santé primaire fournissent plus de méthodes réversibles aux populations défavorisées, et il se peut que l'on enregistre un déclin des stérilisations depuis que le gouvernement a imposé un plafond au nombre de césariennes qui peuvent être pratiquées dans les hôpitaux publics. (Les femmes demandaient souvent les deux procédures en même temps.) Au Maroc, où le programme de planning familial remettait surtout des contraceptifs à prendre par voie orale, des entretiens avec les femmes indiquent une prise de conscience plus aiguë d'autres moyens, comme le stérilet et les injections hormonales.

En ce qui concerne la vaste gamme de services figurant sous la rubrique de la santé de la reproduction, des tentatives ont été faites avant le Caire pour en améliorer l'accès afin de prévenir la dissémination des infections sexuellement transmissibles et d'assurer une « maternité sans risques », comprenant les soins des urgences obstétriques. Les initiatives relatives à la maternité sans risques existaient depuis un certain temps, mais n'avaient bénéficié que d'un financement et d'une attention en haut lieu limités. Les efforts suivants reflètent les nouveaux engagements pris en vue d'améliorer la santé maternelle :



S. SPRAGUE: BRÉSIL

- ▶ En Ouganda, l'instruction publique a fait prendre davantage conscience aux sage-femmes, aux accoucheuses traditionnelles, aux praticiens de la santé et aux dirigeants communautaires de l'importance d'une grossesse et d'un accouchement sans risques. De nouveaux systèmes de supervision et de transfert sont testés afin d'accélérer le transport des femmes sur les hôpitaux lorsqu'elles ont besoin de soins d'urgence.
- ▶ Le ministère marocain de la Santé a ajouté des compléments nutritifs en fer et en iode afin de lutter contre l'incidence élevée des cas d'anémie chez les femmes enceintes. Il a aussi renforcé l'infrastructure et la formation dans les hôpitaux qui s'occupent d'urgences obstétriques.
- ▶ Les services prénataux aussi bien que d'accouchement ont été améliorés au Brésil. Pendant la seule période allant de 1995 à 1997, le nombre des consultations prénatales dans le pays a augmenté de 51 %.

INITIATIVES LANCÉES APRÈS LA CIPD

L'intérêt porté à la santé de la reproduction ayant augmenté après la conférence du Caire, gouvernements et ONG ont élaboré un certain nombre de nouvelles initiatives. Certaines ont été rendues possibles grâce à un nouveau financement accordé par les donateurs, d'autres sont issues des budgets en place en matière de santé. Nombre d'entre elles sont trop récentes pour pouvoir être évaluées, mais leur existence mérite qu'on y prête attention.

- ▶ En 1995, le gouvernement du Maroc a élaboré une politique et un programme portant sur les infections sexuellement transmissibles et à VIH. Ce programme comprend un dépistage anonyme et gratuit, et la collaboration avec les ONG pour la prestation des services.
- ▶ Au Brésil, le système de santé publique apporte désormais son soutien aux services d'avortement légaux dans 12 endroits différents, et renforce les services dans le domaine des soins à administrer après un avortement. Des liens ont été établis entre la santé de la reproduction et les programmes de prévention du VIH/SIDA. En 1996, un projet pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus a été lancé dans les capitales de cinq états et, en 1998, ce fut le tour d'un programme national de prévention de ce type de cancer.
- ▶ En Ouganda, des programmes spéciaux axés sur les jeunes sont en place dans la plupart des régions du pays afin d'encourager les rapports sexuels sans danger et d'inciter les parents à prendre leurs responsabilités. Un nouveau programme visant à remplacer les pratiques de mutilation génitale des filles par des cérémonies différentes et posant moins de risques a connu un certain succès lors de son lancement.
- ▶ Le gouvernement indien a non seulement aboli les cibles, mais il a aussi institué un nouveau programme, l'initiative « santé de la reproduction et santé infantile ».

Tableau 2

Points forts des améliorations des services de santé de la reproduction

	RENFORCEMENT DES PROGRAMMES EN PLACE	NOUVELLES INITIATIVES DEPUIS 1994	DOMAINES PEU OU PAS ABORDÉS
Ouganda	Services de planning familial, IST/VIH ,et de santé maternelle : amélioration de la qualité et intégration	Sexualité des adolescents, soins après avortement, efforts faits en vue d'éliminer les mutilation génitales des filles	Stérilité, cancers, traitement du SIDA
Inde	Plus grande attention apportée à la santé maternelle dans le programme destiné aux familles nécessiteuses	Plus de cibles en matière de planning familial, plus grand choix de moyens de contraception, initiative santé de la reproduction et santé infantile, VIH/SIDA	Avortement, adolescents, infections des voies de la reproduction
Maroc	Amélioration de la qualité du planning familial et de la santé maternelle	Programme national de lutte contre les IST/VIH, collaboration entre les secteurs privé et public en matière de planning familial, plus grand choix de moyens de contraception	Avortement, services de stérilisation et pour la ménopause, services destinés aux adolescents et aux hommes
Brésil	Amélioration de la qualité des soins prénatals et obstétricaux, liens entre le programme de lutte contre les IST/VIH et les services de la santé de la reproduction, intégration des services aux adolescents dans les programmes de santé primaire	Services d'avortement légal, soins de qualité après avortement, efforts en vue de réduire le taux de césariennes, accès à des moyens réversibles de contraception, programme national de prévention du cancer du col de l'utérus	Réglementation et qualité des services offerts par le secteur privé, prévention plus efficace du VIH chez les femmes

DOMAINES DEVANT ENCORE ÊTRE ABORDÉS

Les exemples d'amélioration des services qui figurent au Tableau 2 montrent comment des pays dont les niveaux de revenus sont inégaux et les traditions différentes peuvent aborder tout un ensemble de besoins en matière de santé de la reproduction. Certains des domaines qui ont le moins retenu l'attention semblent être ceux que les planificateurs considèrent comme étant trop onéreux (par exemple, traitement du SIDA, cancers ou stérilité), ou qui sont considérés comme sujets à controverse ou non acceptables au plan social (par exemple, l'avortement à risques ou les services aux adolescents). Au Brésil, le pays le plus riche de ceux dans lesquels nous avons effectué les enquêtes, la plupart des composantes de la santé de la reproduction ont été introduites ou testées à un niveau ou à un autre du système de santé publique. Mais les auteurs de l'étude de cas notent que les éléments du programme ont besoin d'être mieux liés, et qu'il faut faire des efforts accrus pour d'assurer des soins de qualité dans le secteur privé, qui dessert près d'un tiers des femmes.

Il existe des signes que les questions pouvant être sujettes à controverse au plan social sont maintenant discutées ouvertement, même si peu de progrès ont été faits en termes de programmes et de services. Par exemple, les actes de violence contre les femmes, le viol et la responsabilité de l'homme dans la famille sont de plus en plus abordés lors de réunions publiques, et certains projets pilotes ont commencé à traiter de ces questions. Au Brésil, les services d'avortement ont été étendus aux cas de viol, dans le cadre des mesures destinées à prévenir la violence entre sexes. Mais, en

règle générale, il faudra un certain temps pour que ces nouvelles initiatives soient entièrement intégrées dans des programmes appliqués à grande échelle.

ABORDER LES BESOINS DES ADOLESCENTS

Les adolescents méritent une mention spéciale en raison de leur nombre important et croissant, et parce qu'ils sont souvent sexuellement actifs, et de ce fait exposés aux risques de grossesses non désirées, aux avortements à risques et aux infections sexuellement transmissibles. Les systèmes de santé publique de la plupart des pays ignorent malheureusement leurs besoins.

En Ouganda, où le taux de grossesse chez les adolescents est l'un des plus élevés en Afrique, des agences de l'ONU, des ONG et des fondations privées ont accordé leur soutien à des programmes communautaires de faible envergure conçus pour disséminer des informations sur la santé de la reproduction et assurer des services dans ce domaine aux adolescents de nombreuses régions du pays. Le gouvernement ougandais a maintenant rédigé une politique de santé concernant les adolescents, qui doit servir de guide aux prestataires de services et permettre d'incorporer les programmes destinés à ces jeunes aux services de santé pour tous et à d'autres programmes appropriés. Il faut cependant noter que les adolescents ne recherchent ou n'utilisent pas les mêmes services que les adultes. Il se peut aussi que les prestataires de soins de santé aient une trop grande charge de travail pour s'occuper des jeunes, et qu'ils n'approuvent pas leur comportement. Au Maroc, le gouvernement n'a pas de politique officielle de soutien aux services de santé de la reproduction pour les adolescents parce que la religion interdit les rapports sexuels avant le mariage, mais certaines ONG ont élaboré des activités spéciales, axées sur les besoins des jeunes.

Au Brésil, une politique sanitaire nationale pour les adolescents a été instituée en 1988. Sa mise en œuvre a été très inégale dans le pays, mais on peut y trouver certaines des meilleurs pratiques. A Ceará, les programmes relatifs à la santé des femmes et des adolescents œuvrent en étroite collaboration, et à Recife et à Cabo, tous les programmes de santé familiale ont une composante spécifique pour les jeunes. On a la preuve que lorsque des soins exhaustifs sont offerts — dont ceux de la grossesse, les soins prénatals, et l'accès à toute une gamme de moyens de contraception — les adolescents finissent par s'y attacher. Comme l'a déclaré une infirmière : « Elles entendent tout, elles suivent ce que nous disons, elles deviennent un peu comme nos filles ».

INTÉGRATION DES SERVICES

Le Programme d'action prévoit des liens plus étroits entre tous les services de santé de la reproduction afin d'aborder les besoins individuels dans ce domaine de façon plus holistique. L'intégration des services n'est pas quelque chose de très nouveau dans les pays étudiés : la plupart avaient déjà inclus les programmes de planning familial et de soins maternels et infantiles au système de santé publique. Il n'en existe cependant pas moins des signes indiquant que cette intégration s'accélère et qu'elle prend des formes différentes.

En Ouganda, les centres de santé offrent quotidiennement des services de planning familial, des soins prénatals et postnatals, des conseils en matière d'infections sexuellement transmissibles et à VIH, une éducation dans le domaine de la nutrition, et la vaccination des enfants. Auparavant, des prestataires spécialisés n'offraient ces services que certains jours particuliers. Le personnel infirmier des cliniques considère que cette intégration est un « bien mitigé ». D'un côté, leur charge de travail s'est accrue sans augmentation parallèle de salaires. De l'autre, il constate que l'intégration économise du temps aussi bien pour les prestataires que pour les clientes et que les responsabilités accrues des premiers renforcent leur statut. Il est intéressant de noter que l'étude de cas révèle que l'intégration s'est faite plus rapidement dans les centres de soins que dans les hôpitaux en dépit du fait que ces derniers offrent une gamme plus étendue de services. Les rapports indiquent aussi qu'en Ouganda un plus grand nombre de clientes utilisent les services de planning familial et de traitement des infections sexuellement transmissibles — auparavant stigmatisés dans certaines communautés — parce qu'ils font maintenant partie d'un plus grand train de services (Cf. Encadré 3).

Encadré 3

Lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH en Ouganda

L'épidémie à VIH/SIDA a constitué un défi majeur au développement social et économique en Ouganda, ce qui a entraîné une réaction sans précédent du gouvernement. On estime que 1,5 million d'Ougandais sont infectés par le VIH (sur une population totale de 21 millions de personnes) et qu'un million d'enfants sont devenus orphelins à la suite des décès dus au SIDA. Le groupe d'âge le plus touché (entre 15 et 50 ans) occupe une place cruciale dans le système de soutien familial, la main-d'œuvre et le leadership dans la société.

Le gouvernement s'est rapidement aperçu de l'effet dévastateur que le SIDA pourrait avoir sur le développement du pays, et le rôle primordial des infections sexuellement transmissibles dans sa dissémination. Il a mis en place, à compter de la fin des années 1980 et avec le soutien financier d'importants donateurs, une stratégie multisectorielle avec la participation des ministères de la Santé, du Travail, de la Condition féminine, de la Défense, de l'Éducation, de l'Information et de l'Agriculture. Les programmes portent sur des campagnes d'information du public, la recherche, les tests volontaires et les conseils, le sang destiné aux transfusions, des programmes de santé dans les écoles, les soins à domicile pour les personnes atteintes du SIDA, et une campagne nationale visant à traiter les infections sexuellement transmissibles. Le programme de lutte contre le VIH/SIDA bénéficie du soutien de la Banque mondiale et met l'accent sur les contacts avec les groupes moins bien desservis, et surtout les jeunes, ainsi que sur la participation des parents et des communautés locales. La Commission ougandaise pour le SIDA, qui assure la coordination des politiques et des programmes dans tout le pays, comprend des parlementaires, des officiels du gouvernement et des chefs religieux. Les auteurs de l'étude de cas notent que : « L'ouverture délibérée du gouvernement en ce qui concerne le problème des IST/SIDA a facilité la collaboration pour la recherche effectuée en collaboration dans le domaine des soins et de la lutte contre le VIH/SIDA, ce dont la communauté internationale pourra tirer bénéfice ».

Ces efforts ont donné des résultats. La presque totalité de la population adulte est actuellement consciente des dangers que pose le VIH et, dans certaines régions du pays, les taux d'infection parmi les femmes cherchant à obtenir des soins prénatals a chuté d'un tiers ou davantage. Qui plus est, la campagne contre les IST/VIH a permis de traiter plus ouvertement des problèmes des maladies génitales, et a fait que le gouvernement a pris des engagements plus fermes en ce qui concerne la fourniture de services de la santé de la reproduction à toutes les couches de la population.

Au Brésil, le programme pour la santé féminine (*Programa Assistência Integral a Saude da Mulher*, ou PAISM), créé il y a plus d'une décennie mais qui n'avait pas été mis en œuvre, est maintenant intégré au système de santé publique dans le cadre d'une stratégie plus vaste ayant trait aux soins essentiels. Conçu à l'origine pour répondre à un ensemble de besoins en matière de santé de la reproduction, il a fonctionné jusqu'en 1996 tout en étant relativement tenu en marge du système national de santé publique. A la suite des mesures de réforme des

services de santé et de décentralisation, ses concepts ont commencé à être intégrés aux soins de base au niveau municipal. Les cas de l'Ouganda et du Brésil montrent, de façons différentes, que les innovations peuvent progresser

Encadré 4

L'« approche non ciblée » dans deux états de l'Inde

En matière de planning familial, dans les états du Tamil Nadu et du Rajasthan, les cibles ne sont plus imposées par le gouvernement central, mais sont fixées localement à l'aide d'un « registre des couples ayant-droit ». Un nouveau manuel d'évaluation des communautés permet aux agents communautaires d'identifier les besoins des couples en les ventilant par catégories portant entre autres sur le nombre de leurs enfants toujours vivants et s'ils font usage de moyens de contraception. Une infirmière-sage-femme auxiliaire du Tamil Nadu a expliqué que « lorsque nous faisons le compte du nombre de couples ayant-droit dans notre population, nous posons des questions sur le nombre d'enfants toujours vivants et, sur cette base, nous conseillons aux femmes qui en ont un d'utiliser un moyen (de contraception) temporaire, et à celles qui en ont davantage de se faire stériliser ».

En ce qui concerne le planning familial, différents états et différentes communautés déterminent différemment la charge de travail, mais ceci se traduit par des cibles que les agents sont censés atteindre. Les besoins des clients et l'opinion des agents de santé sont toujours secondaires dans ce processus, mais les uns comme les autres font état d'une certaine satisfaction avec cette nouvelle méthode. Les clients disent que « les agents de santé ne se concentrent pas sur les seuls moyens de contraception ». Quant aux agents de santé, ils estiment que les cibles sont maintenant plus réalistes et ils ne se font pas réprimander pour ne pas les avoir atteintes, comme c'était le cas dans le passé. Certains pensent en particulier que les anciennes cibles fixées en matière de planning familial ne leur permettaient pas de se concentrer sur d'autres services de soins maternels et infantiles. « Maintenant, il n'y a plus de pression et nous pouvons poser aux femmes des questions sur leur santé et celle de leurs enfants. La communauté nous accepte aussi bien mieux. Les gens ne nous identifient plus simplement en tant qu'agents du planning familial, mais nous consultent à propos des divers maux qui touchent tous les membres de la famille ».

Au Tamil Nadu, la formation à la nouvelle approche en matière de santé de la reproduction et de la santé infantile a été lancée et comprend des sujets qui avaient auparavant été délaissés, tels que la qualité des soins, les choix informés, et l'évaluation des besoins de la communauté. Le Rajasthan vient seulement de commencer à donner une nouvelle formation aux agents de santé. La planification au niveau communautaire n'a pas encore atteint dans l'un ou l'autre état le niveau que le gouvernement central désirait, et il est encore trop tôt pour savoir à quel point les nouveaux concepts prendront racine, surtout dans un pays aussi vaste et varié que l'Inde. Les officiels des gouvernements de ces deux états tentent néanmoins de corriger les limitations imposées par l'ancienne approche.

plus rapidement et plus efficacement aux niveaux inférieurs du système de santé.

PERCEPTION DES SERVICES PAR LES FEMMES

Chaque étude de cas documente les améliorations constatées au niveau des services, mais elle tente aussi de déterminer si les femmes pensent qu'un plus grand nombre de leurs besoins sont satisfaits. Les chercheurs font état de réponses mitigées.

Comme indiqué par les exemples cités précédemment, plusieurs signes indiquent que les femmes bénéficient de certaines améliorations. En Ouganda, l'intégration des services de santé de la reproduction dans les centres de santé locaux a rendu la vie plus facile aux femmes — l'une d'elles, enceinte, a déclaré : « Maintenant, il vaut beaucoup mieux venir ici parce qu'ils traitent tout tous les jours... cela me fait faire des économies ». En Inde, prestataires et clientes ont noté que puisque les pressions sont moindres en ce qui concerne les cibles à atteindre en matière de planning familial, il y a davantage de temps pour parler de sujets ayant trait à la santé de la famille. Au Brésil, les approches novatrices relatives aux soins après avortement ont constitué une percée en ce qui concerne la satisfaction des besoins sanitaires et émotifs des femmes.

D'un autre côté, les études comportent de nombreux exemples de femmes se plaignant de traitements inadéquats ou du manque d'information dans les installations de santé. La recherche effectuée sur le niveau de satisfaction des clientes au Maroc a révélé l'existence d'un certain nombre de problèmes de communication entre prestataires et clientes. Certains de ces problèmes proviennent de l'attitude des prestataires (qui peuvent se croire supérieurs), et du manque de praticiennes. Les critiques exprimées par les femmes indiquent deux grands domaines de frustration : « Pourquoi ne nous expliquent-ils pas en détail les moyens de contraception ? » et « Pourquoi ne nous offre-t-on que des services de planning familial et pas d'autres soins ? »

Il serait difficile d'exagérer l'importance de l'amélioration des rapports clientes-prestataires en même temps que celle des autres aspects des services assurés. Il se peut que les plaintes concernant les services se fassent plus nombreuses à terme, les femmes sachant mieux ce qu'elles veulent et ce qu'elles attendent du système de santé. Leurs plaintes et leurs exigences pourraient alors devenir le facteur principal permettant de corriger les points faibles des services fournis.

Facteurs qui facilitent le changement ou y font obstacle

Les études de cas identifient un certain nombre de facteurs qui ont facilité les changements de politiques et de programmes liés à la santé de la reproduction. Beaucoup d'entre eux ont trait aux transformations qui se produisent dans le contexte social, politique et économique dans lequel les programmes en question fonctionnent, comme la réforme dans le domaine de la santé, les efforts entrepris par les ONG et l'engagement pris au plus haut niveau politique.

Au Brésil, les réformes entreprises dans le domaine de la santé ont ouvert la voie à l'amélioration des services de santé de la reproduction en créant un système universel de soins de santé qui met l'accent sur la décentralisation du processus de prise de décisions, l'égalité et l'accès, ainsi que les soins de santé primaire. Qui plus est, les promoteurs du changement au Brésil ont continué pendant des années à maintenir la santé de la reproduction et les droits y afférents à l'ordre du jour national, et ce malgré certains reculs à court terme. Au Maroc, la société civile en plein développement — en particulier les groupes partisans de progrès du statut de la femme et s'occupant du VIH/SIDA — a contribué à faire progresser la santé de la reproduction.

Le leadership national de haut niveau et le soutien apporté par les donateurs internationaux ont aussi joué un rôle important — par exemple, l'ouverture dont le gouvernement ougandais a fait preuve dans la crise du VIH/SIDA, et l'admission par celui de l'Inde que des changements radicaux s'imposaient au niveau de son programme de planning familial. Aucun progrès n'aurait en outre été possible sans l'acceptation de ces transformations par les administrateurs et ceux qui sont en première ligne du combat pour la santé — et dont beaucoup ont montré qu'ils étaient prêts à envisager des idées et des approches nouvelles, et qu'ils étaient décidés à améliorer les services offerts à leurs clients.

Les études décrivent aussi les obstacles fondamentaux à l'amélioration de la santé de la reproduction et qui affectent certains pays plus que d'autres :

- ▶ Les divisions bureaucratiques et les mauvaises communications au sein des ministères de la Santé (par exemple, entre les services qui s'occupent du planning familial et des infections sexuellement transmissibles) et entre différents ministères (comme ceux de la Santé et de la Condition féminine) bloquent la mise en œuvre d'une approche holistique à l'amélioration des services de santé, et la réduction des inégalités entre les sexes.
- ▶ L'attitude des prestataires de services de santé change lentement. De nombreux employés du secteur public sont mal rémunérés et ont trop de travail. Certains ne se préoccuperaient que peu des besoins de leurs clients. Dans certains endroits, la culture institutionnelle n'a

Dans certains endroits, la culture institutionnelle n'a jamais attribué une grande valeur aux droits des personnes ou des « consommateurs ».

jamais attribué une grande valeur aux droits des personnes ou des « consommateurs ».

- ▶ Les ministères de la Santé, les écoles de médecine et les programmes de formation ont tendance à mettre l'accent sur les aspects techniques de la santé de la reproduction et ne prêtent pas suffisamment attention au contexte social dans lequel les décisions relatives à la santé sont prises (par exemple, le fait

qu'il est impossible aux femmes d'obtenir des soins médicaux d'urgence en l'absence de leur mari, ou de négocier l'usage de préservatifs afin qu'elles puissent se protéger contre les infections sexuellement transmissibles).

- ▶ Les gouvernements hésitent souvent à faire face aux problèmes pouvant être sujets à controverse, comme l'avortement, la sexualité des adolescents ou la prévention des infections sexuellement transmissibles ou à VIH, et ce en raison de l'opposition de groupes traditionnels ou conservateurs.
- ▶ L'infrastructure et les ressources humaines sont extrêmement faibles dans de nombreux pays et dans bien des régions d'une même nation. Les communautés isolées et où le niveau d'instruction est réduit, ne disposent le plus souvent que de peu d'informations précises sur les problèmes de la santé de la reproduction et sur les moyens qui permettent de les résoudre.
- ▶ Toute amélioration des services et chaque programme nouveau impose un recyclage du personnel de santé. La mise à jour des connaissances de milliers de membres du secteur sanitaire est une tâche monumentale qui exigera beaucoup de temps.

Etant donné ces obstacles, les progrès réalisés n'en sont que plus remarquables. Il existe encore un autre problème : l'insuffisance des ressources financières et le mauvais usage des fonds qui sont disponibles. Ces deux facteurs peuvent empêcher de nombreuses améliorations de la situation.

Ressources pour la santé de la reproduction

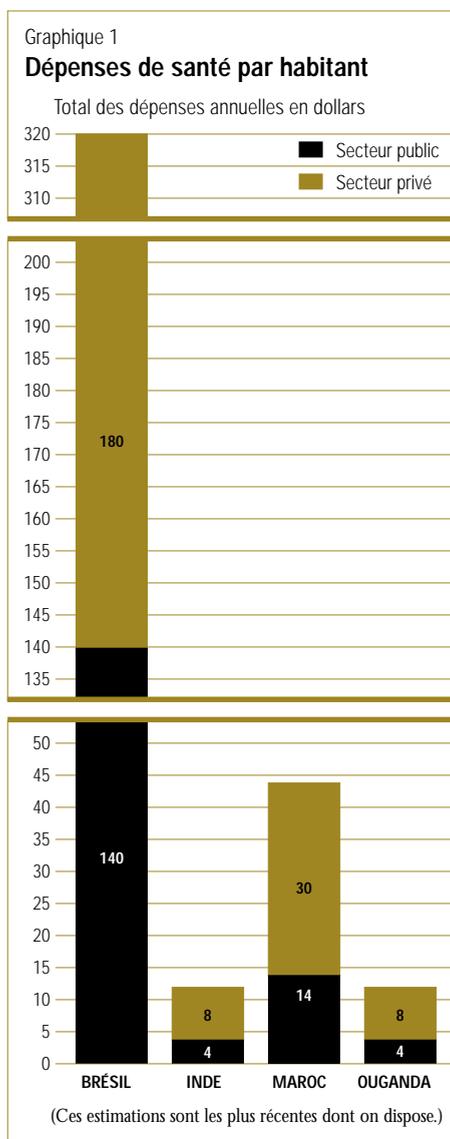
Les études de cas analysent l'évolution des dépenses en matière de santé de la reproduction au cours des dernières années, en tenant compte de la ventilation de ces dépenses entre les différentes composantes des programmes, et des tentatives faites pour cibler certains groupes. Cette analyse éclaire les priorités et le rôle des gouvernements, du secteur privé (ONG, organismes commerciaux et consommateurs), ainsi que des donateurs internationaux.

NIVEAUX ET TENDANCES DU FINANCEMENT GLOBAL

Le Programme d'action du Caire prévoit une forte augmentation des dépenses mondiales en faveur des programmes de la santé de la reproduction, d'environ 5 milliards de dollars au début des années 1990 à 17 milliards de dollars d'ici à l'an 2000. Ces montants comprennent les dépenses réalisées par toutes les sources — gouvernements, consommateurs et donateurs. Cette augmentation est nécessaire pour plusieurs raisons : améliorer la qualité des programmes, en ajouter de nouveaux (par exemple le traitement des infections sexuellement transmissibles), répondre à la demande croissante dans le domaine des services, et tenir compte du nombre croissant des personnes en âge de procréer.

Les études de cas montrent que certaines augmentations des dépenses ont été réalisées par les gouvernements et les donateurs, mais ces dernières n'atteignent pas l'ampleur prévue au Caire. Elles en disent cependant moins sur les dépenses privées, ce qui nous donne une vue incomplète du flux des ressources. Les dépenses gouvernementales sont habituellement publiées tous les ans, mais celles des personnes privées ne peuvent être jugées que périodiquement lors de la réalisation d'enquêtes. Qui plus est, il est difficile d'obtenir des données détaillées sur ces dépenses, qu'elles soient publiques ou privées, comme par exemple la ventilation entre le planning familial et les autres services de santé de la reproduction.

Les informations relatives au total des dépenses en matière de santé fournissent certains paramètres qui permettent d'envisager les possibilités d'amélioration des services de santé de la reproduction. Il existe une différence énorme entre les dépenses par habitant en matière de santé, qui vont de 12 dollars en Inde et en



Ouganda, à 320 dollars au Brésil (Cf. Figure 1). Ce déséquilibre est frappant, et il faut le conserver à l'esprit lorsque l'on examine les progrès enregistrés à ce jour. En Ouganda, environ 60 % du budget total du gouvernement attribué aux soins de santé primaire sont consacrés à la santé de la reproduction. Mais un ou deux dollars par personne ne procurent que peu de soins modernes, même si l'on tient compte de la faiblesse des salaires. L'Inde fait face à des contraintes similaires en matière de ressources.

En ce qui concerne les tendances d'évolution du financement, le gouvernement brésilien a approuvé, tous les ans depuis 1995, des augmentations budgétaires pour la santé, et il a mis de côté des fonds relativement importants pour l'amélioration des services en 1997, alors même que le pays traversait une période d'austérité économique et que la réforme du secteur sanitaire était en cours. L'Inde et le Maroc ont connu une croissance constante des budgets de santé des gouvernements, mais une fois que l'on tient compte du taux d'inflation et de l'accroissement démographique, les augmentations par habitant sont minimes, sinon nulles. En Ouganda, le gouvernement a connu des problèmes de financement de ses

engagements budgétaires dans le secteur de la santé à cause d'un système inadéquat de perception des impôts.

Les donateurs internationaux ont engagé des fonds pour le financement d'initiatives nouvelles dans le domaine de la santé en Ouganda, en Inde et au Maroc. En Inde, la Banque mondiale soutient la nouvelle approche « Santé de la reproduction et santé infantile », et au Maroc et en Ouganda, des donateurs bilatéraux et multilatéraux ont pris en charge les coûts de modernisation de l'infrastructure, de la formation du personnel et de projets pilotes. Dans tous les cas, on

s'attend à ce que les gouvernements financent les salaires du personnel et la plupart des frais d'exploitation.

AVANTAGES RELATIFS DES INVESTISSEMENTS

Alors que des ressources supplémentaires s'avèrent nécessaires, les études de cas prouvent que les fonds existants pourraient être mieux utilisés. Comme indiqué dans l'étude de cas relative au Brésil, « les administrateurs locaux disent souvent que les ressources financières limitées ne constituent pas le principal obstacle à l'amélioration des services de la santé de la reproduction ». Selon eux, à ce stade, l'engagement des administrateurs, la formation et l'attitude des professionnels de la santé, et les « tendances du système à favoriser le facteur curatif » sont plus pertinents. Un certain nombre de déséquilibres dans l'allocation des ressources apparaissent dans une ou plusieurs des études de pays :

- ▶ Certains systèmes de santé publique ont consacré davantage de ressources aux soins curatifs dans les hôpitaux, qui sont relativement moins rentables que les services de prévention assurés dans les dispensaires locaux. Par conséquent, un nombre limité de personnes bénéficie de traitements coûteux alors que beaucoup n'ont que peu ou pas accès du tout aux soins de santé.
- ▶ Les habitants relativement aisés des zones urbaines consomment souvent une part disproportionnée des ressources attribuées à la santé publique parce qu'ils vivent plus près des installations et ont davantage tendance à chercher à se faire soigner. Les pauvres et les personnes vivant dans les zones rurales isolées n'ont pas le même accès et bénéficient donc moins des subventions à la santé publique.
- ▶ Les investissements effectués dans l'infrastructure (cliniques et équipement) n'ont pas toujours correspondu à un engagement parallèle au niveau du personnel et de la formation. Il se peut que les installations soient incapables de fonctionner ou opèrent avec un personnel qui n'a ni la motivation, ni les connaissances nécessaires.
- ▶ Certains systèmes de santé exigent que des médecins — dont les services sont rares et onéreux — fournissent les contraceptifs et autres services de santé de la reproduction que pourraient probablement assurer le personnel infirmier ou paramédical.

Alors que certains déséquilibres sont dus aux habitudes prises ou aux rigidités du système en place, d'autres proviennent du fait que les priorités, l'efficacité et l'égalité sont vues différemment. Un débat public plus important, la décentralisation des pouvoirs en matière de santé, ainsi que l'examen par le public des décisions relatives au financement, peuvent contribuer à une discussion adéquate de ces questions, à l'identification des cas évidents de gaspillage, et à la promotion d'un usage plus efficace des ressources.

Dans les pays tels que l'Inde et l'Ouganda, dont le revenu par habitant est très faible et dont l'assiette fiscale est donc peu importante, le montant total des dépenses

publiques et privées consacrées à la santé de la reproduction est loin de répondre aux estimations les plus prudentes des besoins. Par suite, s'il est possible de discuter des priorités en matière de financement, il est important de reconnaître que les progrès en général ne pourront être que limités tant qu'il n'y aura pas d'amélioration du niveau des ressources. Dans les pays plus industrialisés, comme le Maroc et le Brésil, la plus grande disponibilité des ressources a rendu plus facile le débat sur l'équilibre des investissements.

LE RÔLE DES DONATEURS INTERNATIONAUX

Les donateurs peuvent jouer un rôle de premier plan dans le lancement de mesures prises au niveau local. De récents engagements financiers — et l'assistance technique qui les accompagne — ont contribué à la formation d'une nouvelle génération de programmes relatifs à la santé de la reproduction. L'influence du financement extérieur dépasse souvent de loin son montant. Au Brésil, où les donateurs ne financent qu'une part minime du budget national de la santé, un prêt accordé par la Banque mondiale en vue de soutenir le programme national de lutte contre le VIH/SIDA a relancé les activités de santé de la reproduction. L'étude de cas décrit aussi le rôle joué par les donateurs dans la recherche et les activités de promotion, où un apport minimum peut avoir une influence énorme sur la direction prise par les programmes. Dans les trois autres pays, les donateurs ont pris en charge le coût d'une grande partie des programmes conçus pour améliorer l'infrastructure sanitaire, former les employés, et fournir des contraceptifs et autres produits.

Les auteurs des études se demandent en même temps si les priorités des donateurs n'imposent pas une direction donnée aux programmes nationaux, et si ces derniers peuvent se poursuivre en cas de retrait des fonds qu'ils versent. En Ouganda, où quelque 90 % du budget de développement provient de donateurs, on se demande si les programmes ont été conçus de façon telle que les administrateurs locaux pourront s'en charger lorsque l'assistance dont ils bénéficient prendra fin. Au Maroc, pays de plus en plus considéré par les donateurs comme trop riche pour obtenir un soutien à grande échelle, le gouvernement éprouve des difficultés à remplacer les fonds et produits provenant de l'extérieur et que les donateurs vont bientôt éliminer progressivement. Il existe plusieurs possibilités d'amélioration de la viabilité des services de santé de la reproduction : mettre en place un système de recouvrement des coûts (services payants) pour faire en sorte que les centres de santé puissent faire face à leurs dépenses courantes, créer des programmes d'assurance et d'assistance publique afin de permettre à un plus grand nombre de citoyens d'utiliser le système de santé, et encourager le secteur privé à assurer des services aux personnes qui ont les moyens de les payer.





Les perspectives d'avenir

La conférence du Caire a-t-elle changé les choses ? Absolument. Divers observateurs peuvent pinailler sur l'importance des progrès enregistrés. Mais les études de cas prouvent que les changements sont possibles même face à des obstacles tels qu'une bureaucratie sclérosée, une pauvreté prévalente, et la réticence du public en ce qui concerne les questions liées à la sexualité. Il semble que l'ouverture et l'engagement envers le changement — des niveaux les plus élevés du leadership aux citoyens moyens — soient essentiels, quel que soit l'environnement dans lequel politiques et programmes sont appliqués.

Plusieurs réussites notables, examinées dans ces études de cas, donnent espoir aux personnes qui œuvrent en faveur du changement : le fait que l'Inde soit revenue sur une politique en place depuis trente ans concernant les cibles en matière de planning familial, le réexamen du sujet socialement controversé qu'est l'avortement au Brésil, le dynamisme du mouvement en faveur des droits de la femme au Maroc, et les efforts courageux entrepris par le gouvernement de l'Ouganda pour faire face aux dévastations provoquées par l'épidémie du SIDA.

Il reste encore beaucoup à faire. Quand on considère l'importance des populations en âge d'avoir des enfants, la complexité de la prestation de toute une gamme de services, et la nécessité de changements profonds au niveau des attitudes, les problèmes qui n'ont toujours pas été abordés sont énormes. Et même les transformations qui sont intervenues pourraient être annulées si l'élan imprimé n'est pas maintenu. Certaines tâches extrêmement difficiles restent toujours à accomplir :

- ▶ Passer de l'élaboration des politiques, lois et directives à leur application pratique étendue ;
- ▶ Aborder les dimensions sociales de la santé de la reproduction ;
- ▶ Effectuer des recherches concernant les populations mal desservies, telles que les adolescents ;
- ▶ S'attaquer aux sujets politiquement sensibles — par exemple, l'avortement à risques ;
- ▶ Modifier les comportements entraînant la transmission du VIH, et soulager les conséquences du SIDA dans les milieux pauvres en ressources ;

Si nous devons juger les ordres de priorité et effectuer des investissements prudents, il est essentiel d'avoir des données sur les besoins et le niveau d'efficacité des programmes.

- ▶ Modifier l'attitude des prestataires de soins de santé afin qu'ils soient plus compatissants envers leurs clients ;
- ▶ Utiliser au mieux les ressources existantes grâce à des investissements publics prudents et à des partenariats avec le secteur privé ;
- ▶ Améliorer l'infrastructure et les capacités en ressources humaines dans les régions les plus pauvres.

Aucun facteur ou aucune institution ne peut, seul, apporter ces changements. Pour que les progrès se poursuivent, il faudra qu'il y ait un partenariat entre promoteurs, praticiens et universitaires — aussi bien au sein qu'à l'extérieur des gouvernements. Si nous devons juger les ordres de priorité et effectuer des investissements prudents, il est essentiel d'avoir des données sur les besoins et le niveau d'efficacité des programmes. En fin de compte, c'est aux consommateurs d'imprimer l'élan nécessaire aux améliorations futures dans le domaine de la santé de la reproduction et des autres services sociaux. Nous espérons qu'un jour ils deviendront leurs meilleurs défenseurs.

Annexe 1

Participants au projet



EQUIPES DES ÉTUDES DE CAS

BRESIL

Sonia Corrêa

*Institut brésilien pour l'analyse sociale
et économique*

Sergio Piola

*Institut pour la recherche économique
appliquée*

INDE

Leela Visaria

*Institut Gujarat pour la recherche sur
le développement*

Pravin Visaria

Institut pour la croissance économique

MAROC

Radouane Belouali

Consultant en santé de la reproduction

Najib Guédira

*Maître de conférence, Université
Mohamed V, Rabat, et consultant*

OUGANDA

Florence Mirembre

*Faculté d'obstétrique et de gynécologie,
Université Makerere*

Freddie Ssenooba

*Institut de santé publique, Université
Makerere*

COMITÉ DIRECTEUR

**Carolyn Makinson
(Présidente)**

Fondation Andrew W. Mellon

Mohamed Bouzidi

*International Planned Parenthood
Federation*

Sandra Kabir

Population Concern

Thomas Merrick

Banque mondiale

Mark Montgomery

Population Council

Ndiro Ndiaye

Ancien ministre, Sénégal

Fred Sai

*Président, Commission principale
CIPD 1994*

FONDATEURS DU PROJET

Martha Campbell

*Fondation David et Lucille
Packard*

Sara Seims

Fondation Rockefeller

Steven Sinding

Fondation Rockefeller

POPULATION REFERENCE BUREAU

Lori Ashford

Directeur de projet

Elizabeth Ransom

Assistant de projet

Alene Gelbard

Directeur, programmes internationaux

Peter Donaldson

Président



Annexe 2

Résumés des études de cas par pays



Brésil : Etude de cas

Sonia Corrêa, Sergio Piola et Margareth Arilha

Le Brésil a décidé en 1984, que la santé de la reproduction devait être abordée dans son ensemble (*Programa Assistencia Integral a Saude da Mulher*, ou PAISM), ce qui comprenait presque tous les éléments prévus 10 années plus tard au Programme d'action du Caire. En outre, la constitution promulguée dans ce pays en 1988 reconnaissait que l'autodétermination dans le domaine de la reproduction est un droit, et définissait les responsabilités de l'Etat dans la fourniture d'une gamme complète de services de santé de la reproduction, dont le planning familial. En ce sens, l'adoption du programme du Caire n'a pas entraîné le changement radical de politique que d'autres pays ont pu connaître. L'expérience du Brésil dans la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction a cependant eu une forte influence sur ce qui s'est passé lors de la période qui a suivi la conférence du Caire.



A la fin des années 1980, les troubles politiques et la crise économique qui sévissaient dans le pays ont retardé les réformes dans le domaine de la santé, les initiatives politiques relatives à la santé de la reproduction, et l'application des droits constitutionnels. Jusqu'en 1995, les services de santé publique ne disposaient toujours pas des interventions de base, telles que les soins prénatals et maternels, et les moyens de dépistage et de traitement des cancers du col de l'utérus et du sein. Le PAISM demeurait un programme autonome, jamais financé ni mis en œuvre dans le cadre du système unifié de santé publique du pays. Et il n'était pas assorti des liens importants qui l'auraient rendu plus efficace, comme le rattachement au programme portant sur la santé des adolescents, le programme national de prévention du VIH/SIDA, ou celui qui avait trait à la santé familiale.

Le Brésil ayant connu une période de stabilité institutionnelle raisonnable et un climat politique favorable au programme de la CIPD, des mesures plus positives ont été adoptées après 1994, et les questions relatives à la santé de la reproduction et aux droits y afférents ont bénéficié d'une plus grande visibilité à la suite de la quatrième Conférence mondiale sur la femme, qui s'est tenue à Pékin en 1995. Au cours des cinq dernières années, les structures de gestion du système unifié de santé publique ont fait l'objet de réformes. Le gouvernement a approuvé un financement supplémentaire pour la santé, fait progresser l'approche en matière de santé primaire grâce à une série de mesures portant sur la santé familiale et des stratégies communautaires, et a accéléré la décentralisation des services de santé, malgré le climat d'austérité économique de l'époque.

Un grand nombre de services ont été améliorés dans cet environnement. Les soins en matière de santé de la reproduction sont de plus en plus intégrés aux services de santé primaire dispensés au niveau municipal. Les interventions de base, comme les soins prénatals et maternels ont été améliorés : entre 1995 et 1997, les consultations prénatales ont augmenté de 51 % pour l'ensemble du pays. Des services légaux d'avortement sont maintenant disponibles dans 12 endroits, et la qualité des soins à administrer après un avortement s'améliore. Les services aux adolescents et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et à VIH sont mieux intégrés aux services de planning familial et de santé de la reproduction. L'accès aux

moyens de contraception réversibles est étendu aux programmes de planning familial de nombreux endroits. Enfin, des programmes nationaux de dépistage du cancer ont été lancés, et dans le cas de ceux du col de l'utérus et du sein, ce dépistage a connu une augmentation de 14 et 44 %, respectivement, entre 1995 et 1997.

LEÇONS APPRISSES

Plusieurs facteurs ont facilité le processus qui a entraîné ces changements. Premièrement, le système politique au Brésil s'est ouvert depuis les années 1980, ce qui a permis une plus grande participation de la société civile. L'avènement de la démocratie dans le pays a fait que le processus de prise de décisions est plus long, mais il a aussi permis aux promoteurs du changement de s'exprimer, et de débattre de l'ordre du jour relatif à la santé de la reproduction et des droits y afférents. Un débat politique ouvert a permis plus récemment à d'autres acteurs d'adopter ce programme.

Deuxièmement, les réformes apportées au secteur de la santé ont ouvert la voie à l'intégration de la santé de la reproduction dans le système unifié de santé publique. Il s'est avéré que les grands principes qui sous-tendent la réforme dans le domaine de la santé — dépistage universel, soins exhaustifs, décentralisation, et responsabilité sociale — sont la condition préalable et nécessaire à la mise en œuvre efficace d'une approche exhaustive de la santé de la reproduction.

Troisièmement, une communauté militante et de plus en plus nombreuse en faveur de la santé de la reproduction et des droits qui s'y rattachent a influencé les politiques nationales depuis l'adoption du PAISM en 1984 jusqu'à ce jour. Son aptitude à interagir avec le ministère de la Santé et avec le Parlement, et à occuper des postes affectés par les diverses politiques — tels qu'administrateurs et prestataires en matière de santé — a œuvré en faveur des objectifs de la santé de la reproduction.

D'un autre côté, une combinaison de problèmes a fait que les progrès enregistrés au Brésil ont été très inégaux. Au niveau de la politique nationale, les programmes de stabilisation économique ont réduit l'importance prioritaire accordée aux services sociaux, et l'opposition de la part des conservateurs a bloqué les efforts faits pour que les services d'avortement légaux soient davantage disponibles. Au niveau opérationnel, les inefficacités des bureaucrates des services de santé publique et l'importance relative des prestataires privés

en ce qui concerne les contraceptifs et autres services ont empêché l'élaboration d'une stratégie unifiée et exhaustive.

L'INFLUENCE DES RESSOURCES FINANCIÈRES

On estime que le total des dépenses encourues par le Brésil dans le domaine de la santé atteint environ 50 milliards de dollars, soit 320 dollars par habitant — ce qui place ce pays en haut de l'échelle des pays en développement. La part du secteur public se monte à 43 % et celle du secteur privé à 57 % de ces dépenses. Le gouvernement fédéral consacre une petite partie de son budget total à la santé de la reproduction : 1 milliard de dollars en 1997, ce qui comprend les frais d'accouchement (500 millions de dollars), et ceux de traitement des infections à VIH/SIDA. Entre 1995 et 1997, ces dépenses en matière de santé de la reproduction ont augmenté de 34 %. Mais la presque totalité de ces fonds supplémentaires est dévolue aux médicaments permettant de traiter les infections sexuellement transmissibles et le SIDA.

Dans un tel contexte, les administrateurs locaux déclarent actuellement que la limitation des fonds ne constitue pas l'obstacle principal à l'amélioration des services de santé de la reproduction. Selon eux, à ce stade, l'engagement des administrateurs, la formation et l'attitude des professionnels de la santé, et les « tendances du système à favoriser le facteur curatif » sont plus pertinents. En même temps, leurs propres expériences dans le domaine politique — après la décentralisation

du système de santé — indiquent que des ressources supplémentaires peuvent avoir un impact phénoménal.

Les fonds attribués par les donateurs internationaux sont très restreints par rapport aux dépenses totales engagées au niveau national. En 1996, ils ont attribué environ 28 millions de dollars pour la santé de la reproduction. Les ressources internationales ont cependant été d'importance cruciale pour le programme national de lutte contre le VIH/SIDA, aussi bien que pour l'obtention d'un soutien technique au programme de santé féminine à Ceará. Qui plus est, l'aide internationale reste un apport décisif pour la recherche en matière de politique, pour la collecte des données, et la durabilité des efforts déployés par les ONG.

Il s'est avéré que les grands principes qui sous-tendent la réforme dans le domaine de la santé — dépistage universel, soins exhaustifs, décentralisation, et responsabilité sociale — sont la condition préalable et nécessaire à la mise en œuvre efficace d'une approche exhaustive de la santé de la reproduction.



Inde : Etude de cas

Leela Visaria et Pravin Visaria

L'Inde a été le premier pays du monde en développement à lancer, il y a plus de 45 ans, un programme de planning familial parrainé par l'État et destiné à faire baisser le taux de croissance démographique du pays. Depuis le début des années 60, la gestion du programme a été dominée par des cibles déterminées au niveau central en matière d'acceptation des moyens de contraception. Au fil des ans, le zèle dont le gouvernement faisait preuve en vue d'atteindre ces objectifs a fait l'objet de critiques de plus en plus vives. Un changement politique majeur est intervenu quelques années à peine après la CIPD : l'« Approche non ciblée » annoncée en 1996 a éliminé les cibles nationales concernant l'acceptation des moyens de contraception. Le nouveau plan prévoit à la place une planification entreprise au niveau local, où les agents communautaires fixent leurs propres objectifs après avoir évalué les besoins des clients individuels.



FACTEURS AYANT PERMIS LE CHANGEMENT DE POLITIQUE

Plusieurs facteurs ont contribué au « changement de paradigme » en Inde. Au début des années 1990, les planificateurs du gouvernement s'étaient aperçus que le programme de planning familial stagnait. On constatait des contradictions évidentes entre la lenteur du déclin du taux de natalité et l'augmentation, dont il était fait état dans les rapports, des chiffres relatifs au nombre de personnes ayant accepté des moyens de contraception, ce qui indiquait qu'il était courant de les exagérer. Dans le même temps, les préoccupations excessives concernant la réalisation des cibles fixées s'accompagnaient d'un certain dédain vis à vis de la qualité des services assurés, et d'une absence de motivation à propos de la prestation des services de santé de base. Les groupes de femmes et d'autres ONG s'étaient souvent plaints de l'étroitesse de la gamme des services offerts ainsi que du manque de préoccupation de la part des prestataires en ce qui concernait les besoins des clientes. Certains organismes donateurs partageaient ces points de vue et avaient parrainé la recherche et des séminaires destinés à faire la lumière sur les besoins des femmes. La CIPD a donné à ces groupes l'occasion d'évoquer, lors de séminaires nationaux, leur ordre du jour avec des officiels du gouvernement. Les preuves apportées lors de ce processus ont incité à la refonte du programme.

MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE NOUVELLE DANS DEUX ÉTATS

L'étude de cas examine le processus de mise en œuvre de la nouvelle approche prônée par le gouvernement dans le Rajasthan, qui se trouve dans la partie nord de l'Inde, et dans le Tamil Nadu, situé dans la région sud du pays. Bien que ces deux états possèdent des caractéristiques économiques et sociales différentes (le Tamil Nadu est le plus industrialisé des deux), leurs gouvernements se sont engagés envers la mise en œuvre de la nouvelle approche concernant le planning familial. L'étude examine des sujets tels que la façon dont la charge de travail des agents de santé du secteur public est déterminée, si le programme répond mieux aux besoins des clientes, et s'il y a eu une amélioration dans la gamme des services offerts.

La charge de travail (ou les cibles relatives aux moyens de contraception) des agents communautaires en matière de planning familial dans ces deux états, est déterminée sur la base du nombre d'enfants vivants qu'ont les couples qui vivent dans la région. Ces employés doivent motiver

ou encourager les couples à accepter la méthode qui est censée leur convenir le mieux. Les deux états suivent un modèle de « ventilation des clients », assorti de légères variations de l'un à l'autre, afin de déterminer leurs cibles. En règle générale, les agents encouragent les couples ayant deux enfants ou davantage à accepter la stérilisation, et ceux qui en ont moins d'adopter un moyen de contraception temporaire (ou réversible). Ils doivent toujours adresser aux autorités supérieures des rapports sur leur travail en termes quantitatifs, mais ils disent ne pas faire l'objet de réprimandes si leurs objectifs ne sont pas atteints comme ce fut le cas dans le passé. Les entretiens et les discussions des groupes de travail indiquent que dans les deux états, les clients font état de pressions moindres en faveur de l'acceptation de la stérilisation, et les agents de santé informent les couples et les encouragent à accepter des moyens réversibles de planning familial.

Les statistiques annuelles relatives aux services offerts indiquent que, dans l'année qui a suivi la mise en place de l'approche non ciblée (1996-1997), le nombre d'utilisateurs du planning familial a baissé dans l'ensemble du pays — peut-être parce que les pressions visant à fausser les chiffres avaient disparu. Il y a cependant eu une remontée de l'utilisation de tous les moyens de contraception en 1997-1998, ce qui a apaisé les craintes de nombreux sceptiques, selon lesquels la suppression des cibles allait entraîner une baisse de leur usage.

AUTRES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Au Tamil Nadu, on constate depuis les sept ou huit dernières années, avant même la conférence du Caire, une augmentation des services de vaccination, des bilans prénatals, des visites des agents de santé dans les villages, et des réunions de mères où un grand nombre de sujets sont abordés. En leur qualité de prestataires de soins de santé, les agents de cet état ont un meilleur statut qu'auparavant, lorsqu'ils ne s'occupaient que de planning familial. La situation commence aussi à s'améliorer au Rajasthan, mais à un rythme plus lent qu'au Tamil Nadu.

Dans le même temps, les services d'avortement, qui sont légaux en Inde, et les installations de traitement de l'appareil reproductif n'ont toujours pas été lancés dans les deux états, pas plus que dans l'ensemble du pays. Les

centres de santé publique n'offrent pas de services d'avortement sans danger parce qu'ils requièrent des médecins formés qui ne sont habituellement pas présents dans les petites villes et dans les zones rurales. En conséquence, la plupart des femmes qui cherchent à se faire avorter font appel à des praticiens privés dont les honoraires sont élevés. Très peu de ces centres offrent un dépistage ou le traitement d'infections de l'appareil reproductif (comme les maladies sexuellement transmises). Si une femme fait état de symptômes pouvant suggérer une telle infection, le personnel infirmier ne peut que lui conseiller d'aller consulter un médecin privé.

FINANCEMENT DU PROGRAMME ET PROJETS FUTURS

En ce qui concerne le flux de ressources destinées au programme de planning familial, l'étude s'est concentrée sur les dépenses réelles engagées par le gouvernement pendant les années 1990. Les données indiquent qu'en termes réels, ce programme n'a pas bénéficié d'un volume beaucoup plus important de ressources publiques qu'avant la conférence du Caire. L'assistance au programme de santé de la reproduction, récemment négociée avec la Banque

mondiale, assurera cependant des fonds nouveaux pour l'amélioration de l'étendue et de la qualité des services offerts dans l'ensemble du pays. L'examen des données relatives aux dépenses encourues entre 1992 et 1997 révèle en outre une nette affectation nouvelle des fonds en faveur des dépenses visant à renforcer la prestation de services de soutien familial en milieu urbain, ainsi que des activités de santé maternelle et infantile qui s'y rattachent.

Alors que le rôle du gouvernement central dans la planification du développement est en train de diminuer, il est probable que les états vont continuer à faire des efforts considérables pour améliorer les services sociaux. Tout laisse à penser que la santé et le bien-être familial, ainsi que l'éducation, vont bénéficier d'une haute priorité dans ce processus. On s'attend à ce que, dans les années à venir, le secteur de la santé assure une vaste gamme de services de santé de la reproduction qui tiendra compte des besoins de la communauté et des préoccupations relatives à leur niveau de qualité. Il faudra cependant, si l'on veut enregistrer des progrès supplémentaires, que d'importants efforts soient faits en vue de renforcer l'infrastructure, de reconverter le personnel, et de mobiliser les ressources financières nécessaires.

...en 1997-1998, il y a eu une remontée de l'utilisation de tous les moyens de contraception, ce qui a apaisé les craintes de nombreux sceptiques, selon lesquels la suppression des cibles allait entraîner une baisse de leur usage.



Maroc : Etude de cas

Radouane Belouali et Najib Guédira

Le Maroc possède depuis plus de 30 ans une politique démographique qui soutient les programmes relatifs à l'espacement des naissances. Au cours des deux dernières décennies, le programme de planning familial est passé par diverses phases visant à étendre les services aux populations rurales, à offrir un plus grand choix de moyens de contraception, et à améliorer la qualité des services. Il a toujours été intégré aux services de santé maternelle et infantile dont le contexte est plus vaste. La conférence du Caire a contribué à renforcer cette approche, et des initiatives lancées plus récemment visaient à ajouter des services à d'autres domaines de la santé de la reproduction, ou à les renforcer — notamment ceux qui sont liés à la maternité sans risques et aux infections sexuellement transmissibles (STI).



Certains problèmes persistent malgré tout. Les services de planning familial dépendent financièrement des donateurs, surtout pour l'approvisionnement en contraceptifs. Le programme ne met l'accent que sur un nombre limité de moyens de contraception (70 % pour les contraceptifs pris par voie orale), et leur taux d'utilisation dans les zones rurales n'est toujours que la moitié de celui des zones urbaines. Dans les régions où le programme de maternité sans risques est en place, les taux de mortalité maternelle sont toujours considérés comme trop élevés, la qualité des soins prénatals est insuffisante, et les soins obstétricaux sont rares. Le nombre insuffisant de gynécologues (moins de 200) et de sage-femmes (moins de 500) pouvant apporter une assistance lors des quelque 700 000 accouchements prévus par an, gêne l'expansion de l'infrastructure destinée à surmonter ces problèmes.

L'étude de cas révèle que les recommandations du Caire et l'attention portée à la santé de la reproduction après cette conférence ont contribué au renforcement de certaines activités en cours, et à la mise en place de nouvelles initiatives, dont l'expansion de l'infrastructure destinée aux soins maternels, l'amélioration de la couverture des soins de santé de la reproduction, les modifications apportées au statut de la femme, et la création d'ONG œuvrant en faveur des progrès des droits de la femme.

L'IMPORTANCE CROISSANTE DU MOUVEMENT EN FAVEUR DE LA FEMME

Au Maroc, la discrimination contre les femmes a des racines culturelles, religieuses, juridiques et économiques. Dans les zones rurales, 89 % des femmes sont analphabètes et près de 75 % des filles ne sont pas scolarisées. Les femmes ont aussi tendance à avoir les occupations les moins qualifiées et celles qui sont moins bien rémunérées. Cet état de chose persiste malgré le fait que femmes et hommes ont les mêmes droits constitutionnels, et que les femmes disposent de certaines protections juridiques. Le mouvement en faveur des femmes a joué un rôle de premier plan en 1992 dans l'amélioration de leur statut et de leurs droits dans des domaines tels que le mariage, le divorce et la polygamie. Les mesures prises ont levé le voile sur de nombreux domaines dans lesquels elles font face à une certaine discrimination. Des discussions publiques ont en outre maintenant lieu sur plusieurs sujets difficiles, tels que la violence contre les femmes.

Le mouvement en faveur de la femme considère que les changements intervenus au plan juridique au début des années 1990 ne vont cependant pas assez loin. Soixante-seize ONG (dont un tiers ont été créées après 1994) œuvrent maintenant pour l'émancipation de la femme et sa participation au développement. Le climat qui s'est établi après les conférences du Caire et de Pékin, ainsi que le changement d'attitude des décideurs, ont encouragé ces ONG à jouer un rôle dynamique dans l'élaboration de politiques et de programmes.

AMÉLIORATION DES SERVICES ET OBSTACLES

A la suite de la CIPD, le gouvernement s'est concentré sur l'amélioration de trois services de base que l'on peut placer sous la rubrique de la santé de la reproduction : planning familial, santé maternelle, et infections sexuellement transmissibles. Le ministère de la Santé a renforcé le programme relatif à la santé maternelle en y ajoutant des compléments nutritionnels : fer et iode. Il est de fait que 45 % des femmes enceintes souffrent d'anémie. Un programme nouveau et géré séparément a aussi été mis en place pour aborder le problème de l'incidence croissante des infections sexuellement transmissibles et du SIDA. Il comprend des tests de dépistage gratuits et anonymes du VIH, avec la participation d'ONG à la prestation de services. Il est difficile d'aborder la question de l'avortement en raison de facteurs culturels et religieux. Il est interdit (sauf pour sauver la vie de la mère), plongé dans le silence, et considéré comme un péché — bien qu'on estime à 130 000 le nombre d'avortements effectués chaque année. Peu de progrès ont aussi été enregistrés dans le domaine des conséquences pour la santé de la sexualité des adolescents, là encore en raison de tabous traditionnels et religieux concernant les rapports sexuels avant le mariage. Des études sont actuellement en cours pour donner aux décideurs des informations sur l'étendue de la demande non satisfaite dans les domaines de la stérilité, de la ménopause, et des cancers, ainsi que sur la façon dont les femmes perçoivent ces besoins non satisfaits.

Alors que 45 % du budget du ministère de la Santé bénéficie au cinquième des plus riches foyers, les 20 % des plus pauvres n'en reçoivent que 7 %. Cette inégalité pénalise les plus démunis, surtout dans les zones rurales.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION POUR TOUS

Au Maroc, les familles financent elles-mêmes environ la moitié de tous les soins de santé, l'autre étant réglée par le gouvernement et les assurances médicales. L'accès aux soins de santé n'est pas équitable. Les plus riches consomment une part disproportionnée des services publics et privés de santé administrés dans le pays. Les subventions du gouvernement sont aussi réparties de façon inégale : alors que 45 % du budget du ministère de la Santé bénéficie au cinquième des plus riches foyers, les 20 % des plus pauvres n'en reçoivent que 7 %. Cette inégalité pénalise les plus démunis, surtout dans les zones rurales. Mais, depuis le début des années 1990, et surtout depuis la conférence du Caire, le gouvernement marocain a commencé à porter une attention plus grande à ces questions, en grande partie à cause de la participation de la société civile et des efforts déployés par les associations féminines.

Les organismes internationaux jouent un rôle important, depuis la CIPD, dans la promotion de la santé de la reproduction, et ils ont fourni des fonds supplémentaires. Les donateurs ont un effet majeur sur le budget alloué aux services de santé de la reproduction — il a augmenté de 150 % en moins de sept ans. L'assistance internationale finance des investissements comme ceux qui sont réalisés dans l'équipement et la formation, et règle les coûts de certains médicaments et contraceptifs, alors que le gouvernement marocain prend en charge la plupart des autres frais d'exploitation. Ces constatations soulèvent une question cruciale : si la coopération internationale est le moteur de l'expansion de la santé de la reproduction, quel sera l'avenir de ces activités en cas de retrait du soutien des donateurs, comme ce sera probablement le cas dans les prochaines années ? Il existe un certain nombre de solutions pour faire en sorte que les soins de santé de la reproduction soient davantage disponibles et financièrement durables. Il faut s'y attaquer immédiatement, dans le contexte d'une philosophie holistique du développement et de la santé, et avec la participation du gouvernement, de la société civile, et des professionnels des secteurs public et privé.



Ouganda : Etude de cas

Florence Mirembe, Freddie Ssenooba et Rosalind Lubanga

N e s'étant que récemment rétabli des ravages causés par une guerre civile dévastatrice, l'Ouganda s'est engagé à améliorer la santé et le bien-être de la population en faisant appel aux capacités et aux ressources dont le pays dispose. Il fait face à des problèmes majeurs de santé de la reproduction, dont des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, de fécondité, de grossesse des adolescents, et d'avortements à risques. On estime qu'entre 1,5 et deux millions d'Ougandais sont infectés par le VIH.

L'Ouganda a connu, au cours des cinq dernières années, de nombreux changements politiques, juridiques et institutionnels qui ont affecté toutes les activités de développement. Certains ont entraîné une amélioration du statut de la femme et de la santé de la reproduction. On peut citer à cet effet la nouvelle constitution qui

garantit la représentation politique des femmes, ainsi que plusieurs politiques nationales ayant trait à la population, l'égalité entre les sexes, et l'enseignement primaire universel (qui assure la promotion de l'éducation des filles).

Dans le cadre plus large de la santé de la reproduction qui a été adopté à la CIPD, le ministère de la Santé porte son attention sur les programmes prioritaires qui affectent le plus la population. Ils comprennent la maternité sans risques et la survie de l'enfant, le planning familial, la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles (STI) et à VIH/SIDA, le renforcement des capacités, la santé des adolescents, l'amélioration de l'infrastructure, et l'information, l'éducation et la communication (IEC). Bien que la plupart de ces programmes aient été en place avant la CIPD, une grande partie d'entre eux ont été modifiés afin d'incorporer les aspects prévus par le Programme d'action du Caire.

AMÉLIORATIONS DES SERVICES DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les programmes de planning familial ont contribué à accroître l'usage des moyens de contraception de 5 à 15 % des couples mariés pour la période allant de 1990 à 1995. On estime que ce taux est encore plus élevé à l'heure actuelle. Ils ont aussi commencé à assurer des services plus complets, dont les soins pour les STI, les soins prénatals, et la vaccination des enfants, par opposition à la prestation de services contraceptifs seulement « verticaux ». Ces mesures ont entraîné une augmentation évidente de l'usage de ces services, surtout au niveau des groupes moins bien desservis, tels que les hommes et les adolescents.

L'Ouganda a en outre adopté une stratégie multisectorielle de lutte contre le taux élevé de prévalence du VIH et des STI. La politique ouverte du gouvernement en ce qui concerne le problème du VIH a permis aux efforts lancés aux niveaux national et international d'être plus novateurs et mieux organisés dans le but d'aborder cette question à tous les niveaux de la société. A la suite de campagnes massives d'information, d'éducation et de communication, ainsi que des travaux de recherche, et du dépistage et des conseils volontaires, plus de 90 % des adultes savent ce qu'est le VIH/SIDA. La plupart des programmes en cours ciblent la modification des comportements, surtout



parmi les jeunes. Il existe des signes d'une tendance à la baisse de l'incidence du VIH, et à l'augmentation de l'usage des préservatifs.

Une plus grande attention a aussi été portée récemment à la maternité sans risques, à la survie et à la nutrition de l'enfant, ainsi qu'aux soins prénatals et administrés après un avortement.

Les mesures prises pour améliorer ces services ont compris la formation et le recyclage des prestataires, l'équipement des installations de santé, et la mobilisation des communautés. Des systèmes pilotes ont en outre été mis en place pour envoyer les femmes enceintes dans les hôpitaux en cas de complications pouvant être mortelles lors du travail et de l'accouchement.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

La contribution du gouvernement au secteur de la santé est en augmentation, mais elle est toujours faible en raison de l'insuffisance de l'assiette fiscale du pays (le revenu par habitant n'est que d'environ 300 dollars). Le gouvernement ne consacre qu'à peu près 4 dollars par an et par habitant à la santé, mais les enquêtes indiquent que les dépenses par habitant de sources aussi bien publiques que privées dans ce domaine sont passées de 8 dollars en 1993-1994 à 12 dollars en 1996-1997.

L'attribution, puis l'augmentation, par le gouvernement aux autorités locales de dons destinés aux soins de santé primaires témoignent de l'engagement pris par le premier envers la santé communautaire, dont bénéficient surtout les femmes et les enfants. Les programmes de la santé de la reproduction sont essentiellement financés par des donateurs — ils règlent environ 90 % de tous les investissements. Ceci pose de graves questions relatives à la façon dont ils pourront être maintenus lorsque le financement des donateurs prendra fin.

Les programmes de santé attirent néanmoins quelque 22 % de toute l'assistance au développement que le pays reçoit actuellement, soit une augmentation de 13 % par rapport à 1993-1994. Le planning familial, la maternité sans risques et la prévention des infections à VIH/SIDA et sexuellement transmissibles ont été mieux financés au cours des cinq dernières années. L'enseignement primaire universel, l'agriculture, la construction de routes et les programmes de réduction de la pauvreté ont également bénéficié d'un financement supplémentaire, ce qui a aussi eu un impact sur l'état de santé de la population.

EVALUATION DES PROGRÈS ET OBSTACLES

L'étude révèle que la santé de la reproduction et les droits y afférents bénéficient d'un soutien politique dont les communautés n'ont pas encore ressenti l'impact. Les principaux obstacles à la mise en œuvre de ces programmes comprennent le manque de personnel qualifié, l'infrastructure, et la prise de conscience au niveau communautaire. Il n'existe que peu de professionnels formés et capables d'appliquer les réformes du secteur de la santé et les programmes de santé de la reproduction aux niveaux national et des districts. La main-d'œuvre disponible n'est pas déployée de façon à appuyer le système de soins de santé primaires qui dessert la majorité de la population. Les informations fournies aux personnes qui cherchent à obtenir des soins, et le choix ainsi que la qualité des services offerts ne sont pas satisfaisants.

Les programmes de santé de la reproduction — et en fait tous ceux qui ont trait au développement — sont actuellement mis en œuvre de manière décentralisée. Les gouvernements locaux sont maintenant responsables de leur financement et de leur gestion. La coordination entre les donateurs, les ONG et le secteur commercial est donc essentielle dans ce contexte si l'on veut s'assurer que les fonds attribués par les donateurs sont répartis équitablement entre les différentes communautés, et pour garantir l'accès aux services

prioritaires. L'équipe chargée de l'étude a constaté des faiblesses au niveau de cette coordination, tant aux niveaux national que local.

L'accès universel aux services de santé de la reproduction ne peut devenir réalité que si les capacités de tout le système sont renforcées. Il faut prendre des mesures pour développer les ressources humaines et l'infrastructure — en particulier les routes et les moyens de communication. Pour que ces changements se produisent, les ressources doivent être augmentées, et leur utilisation doit être bien coordonnée au sein du secteur de la santé et des secteurs qui ont un impact sur le système de santé.

Les programmes de santé de la reproduction — et en fait tous ceux qui ont trait au développement — sont actuellement mis en œuvre de manière décentralisée. Les gouvernements locaux sont maintenant responsables de leur financement et de leur gestion. La coordination entre les donateurs, les ONG et le secteur commercial est donc essentielle dans ce contexte.