



Doc. 11992
05 août 2009

Quinze ans après le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement

Rapport¹

Commission des questions sociales, de la santé et de la famille
Rapporteuse: Mme Christine McCAFFERTY, Royaume-Uni

Résumé

2009 marque le quinzième anniversaire du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Les femmes, les enfants et leurs familles ne peuvent plus attendre davantage que se concrétisent les promesses faites il y a quinze ans par les dirigeants de 179 nations.

Le rapporteur considère qu'il faut absolument augmenter les fonds accordés à ce Programme, soutenir les droits reproductifs et ceux liés à la sexualité; qui plus est, les politiques devraient répondre aux besoins, et ne pas être coercitives. Les systèmes de santé doivent être renforcés, afin d'améliorer les conditions de vie et de concrétiser les promesses des objectifs du Millénaire pour le développement, notamment l'objectif 5 visant à améliorer la santé maternelle.

Des services du planning familial couvrant les contraceptifs de secours, l'avortement dans un cadre sécurisé, ainsi que l'accès à du personnel qualifié lors des accouchements et des soins obstétriques d'urgence doivent être accessibles à tous, y compris sur le plan financier, appropriés et acceptables pour tous, quel que soit l'âge, la communauté ou le pays concernés.

1. Renvoi en commission: [Doc. 11750](#), Renvoi n° 3509 du 26 janvier 2009.



Sommaire

Page

A. Projet de recommandation	3
B. Exposé des motifs par Mme McCafferty, rapporteuse	6
1. Introduction	6
2. Participation de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)	6
3. Contexte de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)	6
4. Priorités de la CIPD et progrès des États membres du Conseil de l'Europe	7
4.1. Mortalité et morbidité maternelles et avortements à risque	8
4.2. Médecine reproductive et accès aux moyens de contraception modernes	9
4.3. Effets de l'urbanisation	9
4.4. Nécessité de l'éducation sexuelle et relationnelle	9
4.5. Aspect démographique, y compris les migrations	10
4.6. VIH/sida et MST	11
4.7. Cancer du système reproductif	11
4.8. Egalité et équité entre les sexes et éducation	12
4.9. Financement du Programme d'action de la CIPD	12
Annexe – Figures	14

A. Projet de recommandation

1. À la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) au Caire, 179 pays ont admis que la population et le développement sont inextricablement liés, et qu'il est nécessaire d'autonomiser les femmes et de répondre aux besoins des couples et des individus en matière d'éducation et de santé, notamment de santé génésique, à la fois pour l'épanouissement personnel et pour le développement international. La conférence a adopté un Programme d'action sur vingt ans, axé sur les besoins et les droits des individus plutôt que sur la réalisation d'objectifs démographiques.
2. Faire progresser l'égalité entre les femmes et les hommes, éliminer la violence contre les femmes et garantir la capacité des femmes à contrôler leur fécondité ont été reconnus comme les pierres angulaires des politiques de population et de développement. Les objectifs de la CIPD concernent essentiellement l'accès à une éducation universelle; la réduction de la mortalité infantile, enfantine et maternelle; l'accès universel d'ici à 2015 aux soins de santé génésique, notamment aux services de planification familiale, l'aide à la naissance et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/sida.
3. L'Assemblée parlementaire note que, si des progrès ont été réalisés, les résultats restent toutefois mitigés pour ce qui concerne la fréquentation scolaire, l'équité et l'égalité entre les sexes, la mortalité et la morbidité infantiles, enfantines et maternelles et l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale et les services d'avortement en sécurité. 113 pays n'ont pas atteint les objectifs d'équité et d'égalité des sexes dans l'éducation primaire et secondaire. En 2007, on estimait que 137 millions de femmes n'avaient pas accès au planning familial et qu'elles étaient plus de 500 000 à mourir chaque année pour des raisons liées à la grossesse, dont 99 % dans les pays en développement.
4. De plus, la violence à l'égard des femmes, notamment les violences domestiques et les viols, est un phénomène courant. Des femmes en nombre de plus en plus élevé risquent d'attraper le sida et d'autres MST en raison des comportements sexuels à risque de leurs partenaires. Dans beaucoup de pays, des pratiques préjudiciables destinées à contrôler la sexualité des femmes causent de grandes souffrances. Ainsi, la pratique des mutilations sexuelles féminines, qui est une violation des droits fondamentaux et qui met véritablement en danger la santé des femmes tout au long de leur vie.
5. L'Assemblée attire l'attention sur le fait que l'Europe est le plus grand donateur au monde d'aide publique au développement (APD). En effet, l'APD des Etats européens représente près de 70 % de l'aide mondiale totale destinée à la population. Il y a lieu de s'inquiéter du déclin de l'APD mondiale en 2007 pour la deuxième année consécutive.
6. En outre, l'Assemblée note avec inquiétude que même dans les Etats membres du Conseil de l'Europe, une proportion importante d'individus et de couples, en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale, n'a pas accès à des informations complètes sur la santé sexuelle et reproductive, ni à l'éducation et aux services en la matière. Les Etats membres doivent préparer et/ou revoir et mettre à jour les politiques et stratégies nationales et internationales en matière de population et de développement pour garantir un accès universel à des services complets de santé sexuelle et génésique, en mettant particulièrement l'accent sur l'accès à des méthodes de planning familial abordables, acceptables et appropriés, un personnel d'accouchement qualifié et de soins obstétriques d'urgence pour prévenir les grossesses non désirées, les avortements, les MST, les problèmes de santé et la mortalité maternels.
7. L'Assemblée invite instamment les Etats membres du Conseil de l'Europe à comparer les progrès réalisés en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs et de financement en amont du quinzième anniversaire du Programme d'action de la CIPD et à convenir d'actions prioritaires pour assurer sa mise en œuvre intégrale d'ici à 2015.
8. L'Assemblée invite le Comité des Ministres:
 - 8.1. à examiner, mettre à jour et comparer les politiques et stratégies nationales et internationales des Etats membres du Conseil de l'Europe relatives à la population, à la santé et aux droits sexuels et reproductifs;
 - 8.2. à examiner et comparer le financement pour assurer la mise en œuvre intégrale du Programme de la CIPD d'ici à 2015;

9. Plus particulièrement, l'Assemblée demande au Comité des Ministres d'aborder notamment les défis suivants:
- 9.1. la mortalité et la morbidité maternelle, en veillant surtout à réduire le nombre d'avortements à risques:
- 9.1.1. en garantissant un accès universel à l'information, à l'éducation et à des services complets de santé et de droits sexuels et reproductifs mettant l'accent sur l'accès à des méthodes modernes et variées de planning familial et de conseil, à un personnel d'accouchement qualifié et à des soins obstétriques d'urgence;
- 9.1.2. en s'assurant que les besoins spécifiques des populations vulnérables, y compris des migrants, des minorités et des populations rurales, sont satisfaits – notamment par la gratuité des services de santé et de droits sexuels et reproductifs;
- 9.2. l'éducation et l'information sexuelles et relationnelles, en fonction de l'âge et du sexe des élèves:
- 9.2.1. en veillant à ce que tous les écoliers reçoivent ce type d'information et d'éducation afin de prévenir la coercition sexuelle, les MST, les grossesses imprévues et les avortements qui y font suite;
- 9.3. les questions liées à la démographie, y compris les migrations:
- 9.3.1. en améliorant l'accès à la médecine reproductive, en veillant notamment à rendre accessibles les nombreuses méthodes de planning familial adaptées à différentes populations;
- 9.3.2. en augmentant le montant des allocations de maternité et en améliorant les conditions des congés de maternité, les services de garde d'enfants, la flexibilité des horaires de travail accordée aux parents qui reprennent le travail en tant qu'éléments favorables au développement des pays;
- 9.3.3. en améliorant l'accès aux traitements contre la stérilité, qui présente aussi un intérêt pour la population et le développement des pays concernés;
- 9.4. la pandémie du VIH/sida et des MST:
- 9.4.1. en développant et en améliorant les politiques sur les MST, y compris sur le VIH/sida, en veillant à y inclure des stratégies globales de prévention, d'information et d'éducation universelles sexuelles et relationnelles, des campagnes nationales d'information, l'accès à des services abordables et neutres de conseil en matière de santé reproductive, de dépistage, de traitement et de soins des personnes malades;
- 9.4.2. en améliorant le dépistage des cancers qui touchent les organes reproducteurs pour réduire au maximum leur prévalence, en particulier pour prévenir le cancer du col de l'utérus par le biais d'un recours accessible aux vaccins HPV;
- 9.5. l'égalité entre les femmes et les hommes:
- 9.5.1. en veillant à ce que des politiques soient mises en œuvre afin d'assurer l'accès des femmes et des hommes à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour bénéficier d'une bonne santé et de l'égalité sexuelles et pour exercer leurs droits et leurs responsabilités reproductifs;
- 9.5.2. en favorisant des discussions actives et ouvertes sur la nécessité de protéger les femmes, les jeunes et les enfants contre tout abus, y compris les abus sexuels, l'exploitation, la traite et la violence, notamment les mutilations sexuelles féminines, et en soutenant ces discussions par des programmes éducatifs au niveau national et local. Il faut que les victimes signalent les violations et que les gouvernements créent les conditions et les procédures nécessaires pour encourager les victimes à dénoncer les violations de leurs droits. Il faut adopter des textes de loi portant sur ces préoccupations en cas de lacune juridique, les rendre explicites, les renforcer et les appliquer et offrir des services de réhabilitation appropriés;
- 9.6. le financement du Programme d'action de la CIPD:
- dans les pays donateurs européens:
- 9.6.1. en s'assurant que les gouvernements donateurs tiennent leur engagement d'affecter 0,7 % du PIB à l'APD, malgré la crise économique mondiale;

9.6.2. en s'assurant que les gouvernements donateurs affectent 10 % de l'APD à la population/santé et droits sexuels et reproductifs conformément aux déclarations parlementaires d'engagement faites à Ottawa en 2002, à Strasbourg en 2004 et à Bangkok en 2006;

9.6.3. en s'assurant que l'APD est prévisible et de longue durée pour mieux aider à consolider les systèmes de santé et de planification sanitaire, portant l'attention sur les plans nationaux;

– *dans les pays donateurs:*

9.6.4. en s'assurant que le budget santé des pays bénéficiaires respecte l'engagement établi, soit 15 % du budget national annuel comme convenu par les dirigeants africains au Sommet d'Abuja en 2001;

9.6.5. en s'assurant que deux tiers du budget population/santé et droits sexuels et reproductifs des pays bénéficiaires émanent du budget national et un tiers de l'ensemble de la communauté donatrice internationale, en fonction des besoins nationaux et des capacités;

9.6.6. en mettant en place un système de «garde-fous» étant donné que les gouvernements bénéficiaires sont de plus en plus autonomes en vertu des nouvelles modalités décisionnelles de l'APD. La société civile et les parlements doivent occuper la place qui leur revient dans les processus décisionnels;

9.6.7. en encourageant les pays à inclure dans leurs plans sanitaires nationaux le nouvel objectif 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement «Rendre l'accès à la médecine reproductive universel d'ici à 2015»;

9.6.8. en donnant aux pays le sentiment d'être parties prenantes, par l'implication des fonctionnaires publics, des parlementaires, de la société civile, du secteur privé et des donateurs.

10. En fonction des progrès réalisés dans les domaines ci-dessus, l'Assemblée parlementaire encourage le Comité des Ministres:

10.1. à commencer l'élaboration d'une convention européenne sur la santé sexuelle et reproductive;

10.2. à analyser les progrès de la mise en œuvre pleine et entière du Programme d'action de la CIPD et convenir d'actions prioritaires pour rendre universel l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs d'ici à 2015.

B. Exposé des motifs par Mme McCafferty, rapporteuse²

1. Introduction

1. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a été signé au Caire en 1994 par les dirigeants de 179 nations. Un consensus a été atteint pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des individus et pour promouvoir le développement humain par la reconnaissance des corrélations entre les politiques de population et de développement qui visent à éradiquer la pauvreté, la croissance économique durable, l'éducation, en particulier des filles, l'équité et l'égalité entre les sexes, la réduction de la mortalité infantile, enfantine et maternelle, l'accès universel aux services de santé génésique, y compris de planification familiale et de santé sexuelle, les modèles durables de consommation, de production et de sécurité alimentaire, le développement des ressources humaines et la garantie de l'intégralité des droits de l'homme, y compris du droit au développement comme droit universel, inaliénable et faisant partie intégrante des droits fondamentaux.

2. Dans le Programme d'action de la CIPD, les pays sont tombés d'accord sur un ensemble d'objectifs démographiques et sociaux, et sur des buts qualitatifs et quantitatifs à atteindre au cours d'une période de vingt ans. Ce programme montre à quel point la stabilisation rapide de la population mondiale peut contribuer au développement durable.

2. Participation de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)

3. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe n'a cessé de suivre la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD.

4. La rapporteuse renvoie aux Recommandations de l'Assemblée [1683 \(2004\)](#) sur la santé et les droits sexuels et reproductifs en Europe, [1784 \(2007\)](#) sur le VIH/sida en Europe, [1515 \(2001\)](#) sur les changements démographiques et le développement durable, [1564 \(2002\)](#) sur l'état de la population mondiale, à la [Résolution 1399 \(2004\)](#), au [document 10923](#) sur les tendances démographiques en Europe et leur sensibilité aux mesures politiques et au rapport sur les changements démographiques pour la cohésion sociale (3 mai 2006).

5. En octobre 2004, l'Assemblée a accueilli la Seconde Conférence parlementaire internationale sur la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD (IPCI/CIPD), qui s'est tenue à Strasbourg.

6. Lors de cette conférence, 130 parlementaires et ministres de plus de 90 pays ont approuvé un engagement, qui prévoit notamment:

- de s'efforcer de consacrer au moins 10 % des budgets nationaux d'aide et de développement à des programmes en faveur de la population et de la santé génésique;
- de mobiliser 150 millions USD supplémentaires par an pour des soins de santé reproductive;
- de renforcer les services de maternité sans risques et organiser des campagnes publiques de soutien aux femmes;
- de promouvoir la santé génésique des adolescents et appliquer les lois sur l'âge du mariage;
- d'œuvrer pour éliminer la discrimination contre les filles;
- de remédier au manque de personnel médical qualifié dans de nombreux pays.

3. Contexte de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)

7. À la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire, 179 gouvernements ont adopté un plan d'action sur vingt ans. Au Sommet mondial de 2005, les dirigeants ont décidé d'intégrer l'accès universel à la médecine reproductive dans les stratégies de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de mettre fin à la pauvreté, de réduire la mortalité maternelle, de

2. La rapporteuse tient à remercier le Forum Parlementaire Européen sur la Population et le Développement de leur contribution à la préparation de ce rapport.

promouvoir l'égalité des sexes et de combattre le VIH/sida. En octobre 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé cet ajout, qui constitue un point cible de suivi pour mesurer les progrès en vue de l'OMD 5: 5B – améliorer la santé maternelle.

8. Le Programme d'action de la CIPD plaide en faveur d'un accès universel à la médecine reproductive et d'une nette réduction de la mortalité maternelle d'ici à 2015. Selon ses termes, la population se stabilisera naturellement, non par la coercition ou le contrôle, si l'on répond aux besoins en matière de planification familiale et de santé génésique, en plus de proposer d'autres services de santé et d'éducation élémentaires. Le programme met l'accent sur la place centrale de la santé génésique – qu'il définit comme «bien-être général, tant physique que mental et social» – dans tous les domaines liés aux systèmes et processus de reproduction.

9. Le programme énonce des engagements pour répondre à ces besoins pour que tout individu puisse décider librement du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance. Il reconnaît également le rôle central des femmes et des jeunes dans le processus de développement.

10. La rapporteuse souligne que le Programme d'action de la CIPD est solidement ancré sur l'affirmation des droits fondamentaux universels et sur la nécessité de rendre autonomes les femmes, dont les droits ont si souvent été niés, et d'y associer les hommes.

11. La rapporteuse constate non sans inquiétude que, dans beaucoup de pays, les progrès réalisés dans le cadre des objectifs du Caire sont mitigés, en perte de vitesse ou que la situation régresse.

- Chaque année, dans le monde entier, 210 millions de femmes sont victimes de complications de la grossesse qui représentent une menace pour leur vie; plus d'un demi million meurent pour des raisons liées à la grossesse; trois millions de nourrissons meurent au cours de la première semaine de vie; au moins 120 millions de couples n'ont pas un accès suffisant à la contraception; 80 millions de femmes ont des grossesses non désirées ou imprévues et 340 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles apparaissent (à l'exclusion du VIH et d'autres infections virales incurables)³.
- La rapporteuse note avec satisfaction les faibles taux de mortalité maternelle dans les États membres du Conseil de l'Europe globalement, mais constate cependant avec inquiétude les taux souvent élevés de grossesses non désirées, et d'avortements qui y font suite, ainsi que de grossesses précoces dans plusieurs pays.
- La rapporteuse note les faibles taux de fécondité dans un grand nombre d'États membres, que chaque pays devra relever grâce à des politiques améliorées de congé maternité, de garde d'enfants et de flexibilité des horaires de travail.
- La rapporteuse se préoccupe toujours de l'absence d'une éducation sexuelle et relationnelle qui couvre tous les aspects, en milieu scolaire, et d'accès à la planification familiale. De plus, l'Assemblée s'inquiète de la prévalence croissante de MST, y compris du HIV/sida⁴.

4. Priorités de la CIPD et progrès des États membres du Conseil de l'Europe

12. Selon le programme d'action de la CIPD: «La mise en œuvre des recommandations figurant dans le programme d'action est un droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement, en respectant pleinement les diverses religions, les valeurs éthiques et les origines culturelles de son peuple, et en se conformant aux principes des droits de l'homme universellement reconnus».

13. La rapporteuse note que les pays européens s'améliorent constamment dans certains domaines des services de santé génésique. L'Europe a l'un des taux de mortalité les plus faibles au monde. L'Europe de l'ouest et du nord ayant un accès et une utilisation quasi universels aux contraceptifs modernes⁵, les pays en

3. Magazine Entre-Nous UNFPA/OMS, n° 67-2008, p. 3.

4. L'UNFPA pour la région Europe de l'Est et Asie centrale, composée des États de l'ex-Union soviétique, signale que le nombre de contaminations par le VIH est passé de 30 000 en 1995 à, selon les estimations, 1,6 million en 2007. La plupart (90 %) des nouveaux cas de contamination VIH ont été diagnostiqués dans deux pays : la Fédération de Russie et l'Ukraine.

5. 95 % des utilisateurs en Europe de l'Ouest et du Nord utilisent les méthodes modernes de contraception selon la recherche démographique – revue en ligne du Max Planck Institute for Demographic Research Volume 19, Article 5, Pages 73-84, 1er juillet 2008, <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/5/>.

faisant partie sont les plus gros consommateurs de contraceptifs modernes. Dans les pays de l'ex-Union soviétique, les efforts des donateurs internationaux et des agences gouvernementales ont consolidé l'accès aux informations et aux services de planning familial⁶. L'Assemblée note toutefois avec inquiétude que malgré les efforts, beaucoup d'individus et de couples européens, en particulier en Europe centrale et orientale, n'ont accès ni à des services, ni à des produits contraceptifs de qualité, et que nombre de femmes ont toujours recours à l'avortement pour contrôler leur fécondité.

14. Les Etats membres doivent améliorer l'éducation et l'information sur la santé reproductive ainsi que l'accès à toutes les méthodes de planning familial pour réduire le nombre de grossesses non désirées, d'avortements et de MST, y compris de contaminations par le VIH. Une approche globale de la gamme complète des soins d'ordre reproductif, maternel ou infantile assurerait aussi la prise en charge des accouchements par des sages-femmes qualifiées, tout en prévoyant les soins obstétriques d'urgence permettant de faire face aux complications, et les services appropriés de suites de couches.

15. Beaucoup de pays européens ont élaboré et approuvé des stratégies de santé sexuelle et génésique, des politiques et/ou des programmes de santé sexuelle et génésique – mais beaucoup d'autres ne l'ont pas fait – et certaines de ces initiatives auraient besoin d'une mise à jour. Nombre d'États membres aujourd'hui donateurs pour le développement des pays étrangers doivent concevoir des stratégies et politiques internationales de santé et de droits reproductifs et sexuels.

Défis

16. Des progrès ont certes été réalisés dans plusieurs domaines de la santé et des droits sexuels et reproductifs, mais ils demeurent mitigés et inacceptables. La volonté politique est manifestement nécessaire pour engager une action urgente et concertée afin d'éviter que des millions de personnes ne puissent satisfaire leurs besoins élémentaires en la matière en Europe et dans le monde.

17. La scolarisation a progressé dans le monde en développement. L'inscription à l'école primaire est passée de 80 % en 1991 à 88 % en 2005.

18. La mortalité infantile a baissé à l'échelle mondiale, cependant plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement qui auraient pu être évitées et traitées. En Afrique subsaharienne, une femme sur seize est concernée, contre une sur 3 800 dans le monde développé.

19. Dans le monde, le nombre de personnes qui meurent du sida a augmenté de 2,9 millions en 2006, et les mesures de prévention ne parviennent pas à suivre le rythme de l'épidémie. En 2005, plus de 15 millions d'enfants ont perdu un de leurs parents, ou les deux, à cause du sida.

20. Il importe d'intégrer l'accès universel aux services de santé génésique, le nouvel objectif 5B des OMD dans les plans de développement nationaux, avec l'aide d'un financement prévisible et approprié.

4.1. Mortalité et morbidité maternelles et avortements à risque

21. La rapporteuse note avec inquiétude que 99 % des décès en couches surviennent dans les pays en développement, où vivent 85 % de la population. Plus de la moitié de ces décès surviennent en Afrique subsaharienne et un tiers en Asie du Sud. Le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement est de 450 pour 100 000 naissances contre 9 pour 100 000 dans les pays développés. Dans 14 pays – Afghanistan, l'Angola, le Burundi, le Cameroun, le Tchad, la République démocratique du Congo, la Guinée-Bissau, le Liberia, le Malawi, le Niger, le Nigeria, le Rwanda, la Sierra Leone et la Somalie – ce taux est supérieur à 1 000 pour 100 000 naissances de nourrissons vivants⁷.

22. La présence à la naissance d'un personnel qualifié et formé pour surveiller et déceler les problèmes en amont et pour traiter ou orienter vers des soins obstétriques d'urgence est essentielle à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Les régions où ce type de personnel est le plus rare sont l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne, ce qui explique le nombre élevé de décès maternels. Les principales causes de ces décès dans les pays en développement sont l'hémorragie, l'accouchement avec obstruction

6. Revue Lancet, p. 1341, volume 370, n° 9595, pages 1283-1382, 13-19 octobre 2007.

7. Source : site internet de l'OMS sur la mortalité maternelle :http://WWW.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en/index.html

prolongée, les infections, la pré-éclampsie et les avortements à risques. La malnutrition et l'anémie sont des facteurs indirects des décès maternels. L'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes sont essentielles à l'amélioration de la santé maternelle.

23. On estime que la mortalité maternelle en Europe de l'Est est deux fois plus élevée qu'en Europe de l'ouest. Les complications d'avortements, en particulier pratiqués dans des conditions dangereuses, font partie des principales causes de décès maternels. Ces chiffres élevés s'expliquent par l'absence d'accès à l'information, à l'éducation et aux services, et par des lois restrictives sur l'avortement. En République de Moldova, 50 % des décès maternels étaient causés par des avortements dangereux en 2003, contre 30 % entre 1990 et 2002. En Ukraine, 35 % des décès maternels étaient dus à des avortements à risque en 1998, puis 23 % en 2002; aucun décès pour cette raison n'a été signalé en 2003. En Europe, le nombre d'avortements à risques varierait entre 500 000 et 800 000 chaque année⁸. La rapporteuse insiste sur le fait que, selon le Programme d'action de la CIPD (paragraphe 8.25), «dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité». C'est aux États membres qu'il revient de décider de la légalité de l'avortement.

4.2. Médecine reproductive et accès aux moyens de contraception modernes

24. La fréquence mondiale de la contraception est passée lentement de 55% en 1990 à 64% en 2005, mais demeure faible en Afrique subsaharienne avec 21%. La prévention des grossesses non prévues pourrait éviter un quart des décès en couches. Selon les estimations, 137 millions de femmes ne bénéficient pas de services de planning familial. De plus, 64 millions de femmes utilisent des méthodes traditionnelles de contraception avec des taux élevés d'échec.

25. La rapporteuse se préoccupe du fait que dans beaucoup de pays, notamment d'Europe centrale et orientale, le coût important et la piètre qualité des services limitent l'accès aux soins. La gratuité ou la prise en charge, notamment des contraceptifs, et une meilleure qualité de soins amélioreraient l'utilisation des contraceptifs, donc les résultats en matière de santé. 15% des besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits en Arménie⁹, 18% en Ukraine et 24% en Géorgie.

26. Quatre méthodes de contraception (stérilisation féminine, contraception orale, procédés injectables et intra-utérins) représentent 75% de l'utilisation totale mondiale de contraceptifs chez les femmes mariées¹⁰. La rapporteuse note que puisque les besoins des femmes en matière de santé génésique varient considérablement, l'accès à des méthodes variées de planning familial peut contribuer à une utilisation satisfaisante et prolongée des contraceptifs.

4.3. Effets de l'urbanisation

27. La rapporteuse met l'accent sur les conséquences de la récente transition économique et de la tendance à l'urbanisation dans plusieurs États membres du Conseil de l'Europe, qui résultent en une baisse rapide des familles jeunes dans les villes et en une nette hausse des familles monoparentales. Les États membres doivent s'assurer qu'ils répondent aux besoins en services de santé sexuelle et reproductive de qualité, qui augmentent rapidement, ainsi qu'en services familiaux dans les zones métropolitaines modernes.

4.4. Nécessité de l'éducation sexuelle et relationnelle

28. La rapporteuse constate qu'un groupe très important de jeunes est maintenant en âge de procréer. Des mesures spéciales doivent donc être prises pour garantir aux jeunes des services de santé et de droits sexuels et reproductifs confidentiels qui leur soient adaptés.

29. Inquiets de la confidentialité des services, les jeunes n'ont pas les connaissances ni les compétences nécessaires pour avoir des rapports sexuels sans risques et sont susceptibles de se livrer à un comportement sexuel à risques.

8. Source : Entre-Nous, magazine européen pour la santé sexuelle et reproductive, p. 5, OMS Europe et FNUAP, *Abortion in Europe*, n° 59, 2005.

9. Pourcentage de femmes mariées fécondes qui disent préférer éviter une grossesse mais n'utilisent pas de moyen de contraception (Fiche d'information ONUSIDA – Family Planning in Europe and Euroasia 2008).

10. *Contraception Overview of the DCPD Chapter*, Gaverick Matheny. Dept Health Policy & Mgmt, Johns Hopkins University, Banque mondiale, 12 juillet 2007.

30. Il a été prouvé au niveau international que l'éducation sexuelle et relationnelle en milieu scolaire permet de réduire le risque élevé de comportement sexuel dangereux et a des effets positifs sur les connaissances et sur la sensibilisation aux risques, aux valeurs et aux comportements¹¹. La rapporteuse s'inquiète que dans beaucoup d'États membres du Conseil de l'Europe, l'inclusion de l'éducation sexuelle et relationnelle dans les programmes scolaires n'ait pas été reconnue comme priorité nationale, alors qu'elle devrait être une composante importante d'initiatives plus vastes visant à améliorer la santé et le bien-être des jeunes.

4.5. Aspect démographique, y compris les migrations

31. Le rythme de croissance de la population mondiale s'est sensiblement accéléré au cours du siècle dernier. Tandis que le rythme ralentit en ce début de siècle, une nouvelle augmentation de 50 % de la population mondiale est prévue d'ici à 2050.

32. Le dynamisme de la population, les grossesses non désirées et la volonté forte de fécondité sont les moteurs de la croissance démographique. Ils varient considérablement selon les régions du monde.

33. Pour nombre d'experts, la croissance de la population mondiale menace sérieusement la santé humaine, le développement socioéconomique et l'environnement.

34. A situation égale, il est plus difficile pour les familles et pour les sociétés de surmonter la pauvreté lorsque les taux de fécondité et la croissance de la population sont élevés.

35. Le seul fait de répondre aux besoins non satisfaits en services contraceptifs dans les seuls pays en développement éviterait 52 millions de grossesses non désirées chaque année qui, à leur tour, permettraient de sauver la vie de plus de 1,5 million d'enfants, et d'empêcher plus de 500 000 enfants de perdre leur mère.

36. Les services de santé sexuelle et reproductive contribuent à la croissance et à l'équité économique car ils maintiennent les jeunes en bonne santé et préservent leur aptitude au travail, permettent aux parents d'avoir des familles moins nombreuses, donc de consacrer plus de temps et de ressources financières à chaque enfant, et réduisent les dépenses publiques pour l'éducation, les soins de santé et autres services sociaux.

37. Les progrès réalisés grâce à la transition démographique aident aussi à réduire le risque de conflits civils et contribuent ainsi à un monde plus pacifique et plus sûr.

38. Le manque d'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive et la croissance de la population qui en découle, en particulier dans les pays les plus pauvres, continuent de faire obstacle au développement et à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

39. La rapporteuse constate le niveau très faible du taux de natalité dans toute l'Europe. La plupart des pays ont un taux de fécondité total (TFT) inférieur à 1,5 enfant par femme, le taux étant inférieur à 1,3 dans un certain nombre d'entre eux¹². Des recherches récentes tendent à montrer que l'époque de la fécondité très basse semble avoir pris fin mais il est nécessaire d'assurer un suivi de la situation pour déterminer leur validité et l'évolution future.

40. La rapporteuse exhorte les États membres à formuler des politiques nationales qui prévoient des prestations familiales, comme le versement d'indemnités pendant le congé maternité, le congé parental et des services de puériculture universels et de très bonne qualité.

41. 10-12 % des Européens sont stériles, en partie à cause de MST non dépistées et de l'augmentation du nombre de femmes qui repoussent l'âge de la maternité. La baisse de la fertilité et le risque de fausse couche s'accroissent également avec l'âge. La rapporteuse se félicite du traitement contre la stérilité proposé dans beaucoup de pays européens. Dans les pays nordiques, 6 à 7 %¹³ des enfants naissent grâce à ce type de traitement. Les États membres sont vivement invités à investir dans la recherche contre la stérilité et à assurer l'égalité d'accès au traitement.

42. Les flux migratoires nationaux et internationaux sont en augmentation ce qui complique la tâche des planificateurs de soins de santé.

11. Kirby, Laris and Roller, 2005 in *Sexuality Education in Europe - a reference guide to policies and practices*, 2006 IPPF EN, p.17.

12. Entre Nous Magazine, WHO/UNFPA, n° 63 (2006), p. 4.

13. Entre Nous Magazine, WHO/UNFPA, n° 63 (2006), p. 11.

43. La rapporteuse s'inquiète que jusqu'ici les autorités sanitaires nationales et locales des Etats membres du Conseil de l'Europe aient accordé peu d'attention à la santé des migrants. Parmi les lacunes, citons un manque d'information sur les services de planification familiale et de santé reproductive disponibles dans les pays d'accueil, en plus du blocage culturel à l'égard du planning familial. Chez les femmes immigrantes, la grossesse et la maladie sont souvent découvertes tardivement¹⁴. Aux Pays-Bas, les taux élevés d'avortement concernent les personnes d'origine non néerlandaise. En Allemagne, les jeunes issus de familles de migrants reçoivent peu d'éducation sexuelle et relationnelle chez eux¹⁵.

4.6. VIH/sida et MST

44. 4,3 millions de personnes ont été contaminées par le VIH en 2006 dans le monde; l'Asie orientale et la Communauté des États indépendants ont les taux de contamination les plus rapides. En Asie du Sud et du Sud-Est, les personnes sont le plus souvent contaminées lors de rapports sexuels non protégés avec des prostituées. Dans les pays de la CEI (anciennes républiques soviétiques), l'utilisation d'instruments non stériles pour l'injection de drogue demeure le principal mode de transmission du VIH. Selon une estimation, en décembre 2006, 2 millions de personnes recevaient une thérapie antirétrovirale dans les pays en développement, ce qui représente 28 % des 7,1 millions de personnes qui en auraient besoin. Bien que la grande majorité des porteurs du VIH (63%) se trouve en Afrique subsaharienne, seule une personne sur quatre reçoit un traitement antirétroviral sur les 4,8 millions de personnes qui pourraient en bénéficier.

45. La rapporteuse s'inquiète de la nette hausse de la prévalence de MST, y compris du VIH, dans certains Etats membres. Cette prévalence est particulièrement inquiétante dans plusieurs pays d'Europe de l'Est et de la Communauté des Etats indépendants. La plupart (90 %) des nouveaux cas de VIH ont été signalés dans deux pays: la Fédération de Russie et l'Ukraine. Alors que la prévalence signalée de la syphilis est inférieure à deux pour 100 000 et de la gonorrhée à vingt pour 100 000 en Europe de l'ouest, des niveaux épidémiques ont été atteints en Europe de l'est¹⁶.

4.7. Cancer du système reproductif¹⁷

46. Le cancer du système reproductif est préoccupant et souvent négligé dans la planification des soins de santé. La prévention de ce type de cancer, par le biais de programmes de dépistage universel, doit être une priorité.

47. La rapporteuse s'inquiète particulièrement de l'augmentation de la prévalence de ces cancers dans de nombreux pays européens.

- La prévalence du cancer du sein, qui touche une femme sur seize, est en augmentation dans nombre de pays européens.
- Environ 50 000 Européennes ont un cancer du col de l'utérus et près de 25 000 en meurent chaque année.

48. Il est prouvé que lorsque les traitements et services sont disponibles, un système de dépistage et de cytologie bien organisé peut réduire la mortalité et la morbidité. Le nouveau vaccin HPV est aussi très important pour faire diminuer le nombre de cancers du col utérin.

Responsabilité internationale de l'Europe – Politique et financement pour veiller à la mise en œuvre pleine et entière du Programme d'action de la CIPD

14. *Female Migrants, Reproductive Health, HIV/AIDS and the Rights of Women*, Dr Manuel Carballo, Directeur général du Centre international pour les migrations et la santé, Suisse in « Female migrants: Bridging the Gaps throughout the life cycle ». Documents choisis de la réunion du groupe d'experts de l'UNFPA-OIM, New York 2-3 mai 2006, UNFPA-OIM, p.93.

15. Magazine Entre Nous, OMS/UNFPA, n° 67 (2008), p. 10 et p. 21.

16. Site internet de l'OMS Europe : http://www.euro.who.int/aids/sti/20021128_1#_ftn1.

17. Information basée sur divers articles du magazine Entre Nous de l'OMS, n° 64 (2007).

4.8. Egalité et équité entre les sexes et éducation

49. Le pourcentage net d'inscriptions à l'école primaire dans les pays en développement a atteint 88 % pour l'année scolaire 2004/2005, par rapport à 80 en 1990/1991. Même si l'Afrique subsaharienne a réalisé d'importants progrès ces dernières années, elle est toujours à la traîne: 30 % des enfants en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés. Les filles sont toujours exclues de l'éducation plus souvent que les garçons; cette différence est particulièrement manifeste en Asie occidentale et du sud.

4.9. Financement du Programme d'action de la CIPD

50. Lors de la CIPD de 1994, 179 pays se sont engagés à réaliser l'objectif d'un accès universel à la médecine reproductive d'ici 2015, sachant qu'il représente un coût estimé à 20,5 milliards de dollars US. Lors du Sommet mondial de 2005, les dirigeants de la planète ont pris l'engagement de chercher à atteindre la cible 5B des Objectifs du millénaire pour le développement, à savoir "Rendre universel l'accès à la médecine procréative d'ici à 2015". Le financement de l'objectif précité a été révisé en 2009 par la Commission de la population et du développement de l'ONU. Il serait nécessaire de consacrer 64,7 milliards de dollars en 2010 aux programmes concernant la population, la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction pour réduire la pauvreté, favoriser le développement et faire reculer la mortalité maternelle. En 2013, il serait nécessaire de débloquer 68,6 milliards de dollars et en 2015, 69,8 milliards. Un tiers de ces sommes devraient revêtir la forme d'une aide internationale, tandis que les deux tiers restants seraient des opérations internes financées par les pays en développement. Le chiffre de 64,7 milliards de dollars pour 2010 a été ventilé en catégories de travail, adoptées au Caire. Le coût total pour 2010 de la santé en matière de sexualité et de reproduction, qui comprend le planning familial et la santé maternelle, est estimé à 27,4 milliards de dollars; à 32,5 milliards de dollars en ce qui concerne le VIH/Sida; et à 4,8 milliards de dollars pour ce qui est de la recherche fondamentale, de la collecte de données et de l'analyse des politiques¹⁸.

51. La rapporteuse souligne que l'Europe est le plus grand donateur d'APD au monde. Les programmes d'aide des États européens représentent près de 70 % de l'APD.

52. La rapporteuse se félicite que le soutien européen aux organisations qui se consacrent à la santé et aux droits sexuels et reproductifs ait connu une hausse de 1,75 milliard USD en 2006, c'est-à-dire 27 % de plus qu'en 2005. Parmi ces organisations, les premières bénéficiaires sont le FNUAP, l'ONUSIDA, le GFATM, UNIFEM; l'IPM a aussi profité de l'augmentation des dépenses multilatérales. Le financement de l'IPPF, plus grande ONG de santé et de droits sexuels et reproductifs, reste stable.

53. Le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Commission européenne, la Suède, la Norvège et la France demeurent les plus grands donateurs bilatéraux d'aide à la population, avec plus de 150 millions USD en 2005.

54. Malgré ces efforts, la rapporteuse fait part de son inquiétude au sujet des points suivants¹⁹:

- selon le rapport 2008 de l'OCDE, l'aide publique au développement a baissé, pour la deuxième année consécutive, à 15% pour les membres du Comité d'aide au développement (CAD) et à 9% pour les membres du CAD de l'Union européenne en 2007 par rapport à 2006;
- si l'aide à la population des États membres de l'OCDE a considérablement augmenté de 1995 à 2005 et a été consacrée en grande partie à la lutte contre le VIH/sida (72 % du total de 2005), les fonds destinés à la planification familiale représentent le deuxième plus petit pourcentage (7 % du total de 2004) et ont baissé ces dernières années. Les fonds destinés à la santé génésique élémentaire sont restés relativement stables (17 % du total de 2004), alors que ceux affectés à la recherche sur la population sont descendus à leur niveau le plus bas (4 % du total de 2004);
- nombre de donateurs européens affectent leurs fonds via «l'appui budgétaire». Il y a lieu de s'inquiéter lorsque la santé et les droits sexuels et reproductifs sont exclus des plans nationaux. L'appui budgétaire garantit l'adéquation des fonds avec les plans et priorités des pays en développement; pourtant la Cour des comptes européenne²⁰ a récemment révélé que ce mode de financement

18. Commission de la population et du développement, 42e réunion, 30.03-3.04.2009: "Flux de ressources financières devant concourir à l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement", Rapport du Secrétaire général.

19. Information et résumé basés sur les recherches «Euromapping 2008» sur l'aide au développement et à la population par EPF, EuroNGOs et DSW.

20. Rapport spécial de la Cour des comptes européenne 10/2008, publié en janvier 2009.

compliquait le suivi des fonds. Il est souvent impossible d'évaluer si des domaines précis dans un secteur donné – comme la santé génésique et sexuelle dans le secteur de la santé – reçoivent une aide;

- le changement climatique, la crise de l'énergie, la crise alimentaire et la crise financière / économique font courir un risque élevé aux pays en développement, dans la mesure où leur croissance économique dépend de l'augmentation des recettes d'exportation, des investissements étrangers directs et du rapatriement de fonds de l'étranger²¹. Un recul de l'aide des donateurs aurait en ce moment de graves répercussions sur l'offre à un prix abordable de produits nécessaires à la santé reproductive. Les donateurs devraient continuer d'assister les pays en renforçant leurs programmes de soins de santé et préserver les flux d'aide conformément aux objectifs convenus à l'échelle internationale (comme les OMD). Réduire le financement en ce moment accroîtrait la pauvreté et aggraverait le défi du changement climatique;
- la collecte de données nationales et internationales sur la situation, l'évolution et l'impact de la santé et des droits sexuels et reproductifs est importante pour le suivi et pour l'évaluation de l'action menée dans le prolongement du programme.

55. Enfin, la rapporteuse recommande à l'Assemblée parlementaire de contribuer, par le biais de la commission des questions sociales, de la santé et de la famille, à la Conférence parlementaire internationale sur la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD qui aura lieu en octobre 2009, et d'aider à créer des groupes parlementaires pluripartites sur la population et le développement au sein des parlements nationaux.

Commission chargée du rapport: commission des questions sociales, de la santé et de la famille

Renvoi en commission: Doc. 11750, Renvoi n° 3509 du 26 janvier 2009

Projet de recommandation adopté par la commission le 11 juin 2009

Membres de la commission: Mme Christine **McCafferty** (Présidente), M. Denis **Jacquat** (1er Vice-président), Mme Darinka Stantcheva (2ème Vice-présidente), Mme Liliane Maury Pasquier (3ème Vice-présidente), M. Frank Aaen, Mme María del Rosario Fátima **Aburto Baselga**, M. Francis **Agius**, M. Konstantinos Aivaliotis, M. Farkhad Akhmedov, M. Vicenç Alay Ferrer, M. Milos Aligrudić, Mme Magdalena Anikashvili, M. Sirpa Asko-Seljavaara, M. Jorodd **Asphjell**, M. Lokman **Ayva**, M. Mario Barbi, M. Andris Berzinš, M. Roland **Blum**, M. Olena Bondarenko, M. Monika Brüning (remplaçant: M. Hubert **Deittert**), M. Boženna Bukiewicz, Mme Karmela Caparin, M. Igor Chernyshenko, M. Agustín **Conde Bajén**, M. Imre **Czinege**, M. Karl Donabauer, Mme Emilia **Fernández Soriano**, Mme Daniela Filipiová, M. Ilja Filipović, M. André Flahaut, M. Paul Flynn (remplaçante: Baronne Anita **Gale**), Mme Doris Frommelt, M. Marco Gatti, M. Ljubo Germič, Mme Sophia Giannaka, M. Marcel Glesener, M. Luc **Goutry**, Mme Claude Greff, M. Michael **Hancock**, Mme Olha **Herasym'yuk**, M. Ali Huseynov, M. Fazail Ibrahimli, Mme Evguenia Jivkova, Mme Marietta **Karamanli**, M. Włodzimierz Karpiński, M. Andrés Kelemen, M. Peter Kelly, Baronne Knight of Collingtree (remplaçant: Mr Tim **Boswell**), M. Haluk **Koç**, M. Oleg Lebedev, M. Paul Lempens, M. Andrija Mandić, M. Bernard **Marquet**, M. Félix Müri, Mme Christine **Muttonen**, Mme Carina Ohlsson, M. Peter Omtzigt, Mme Lajla Pernaska, M. Zoran Petreski, Mme Marietta **de Pourbaix-Lundin**, M. Cezar Florin Preda (remplaçant: Mr Josif Veniamin **Blaga**), Mme Vjerica Radeta, M. Walter Riester, M. Nicolae **Robu**, M. Ricardo **Rodrigues**, Mme Maria de Belém Roseira, Mme Marlene **Rupprecht**, M. Indrek Saar, M. Maurizio Saia, M. Fidias Sarikas, M. Ellert Schram, Mme Anna Sobeca, Mme Michaela Šojdrová, Mme Arūnė Stirblytė, M. Oreste Tofani, M. Mihai **Tudose**, M. Oleg Tulea, M. Alexander Ulrich, M. Mustafa **Ünal**, M. Milan Urbáni, M. Luca **Volontè**, M. Victor Yanukovych (M. Ivan **Popescu**), M. Valdimir Zkidkikh, Mme Naira Zohrabyan

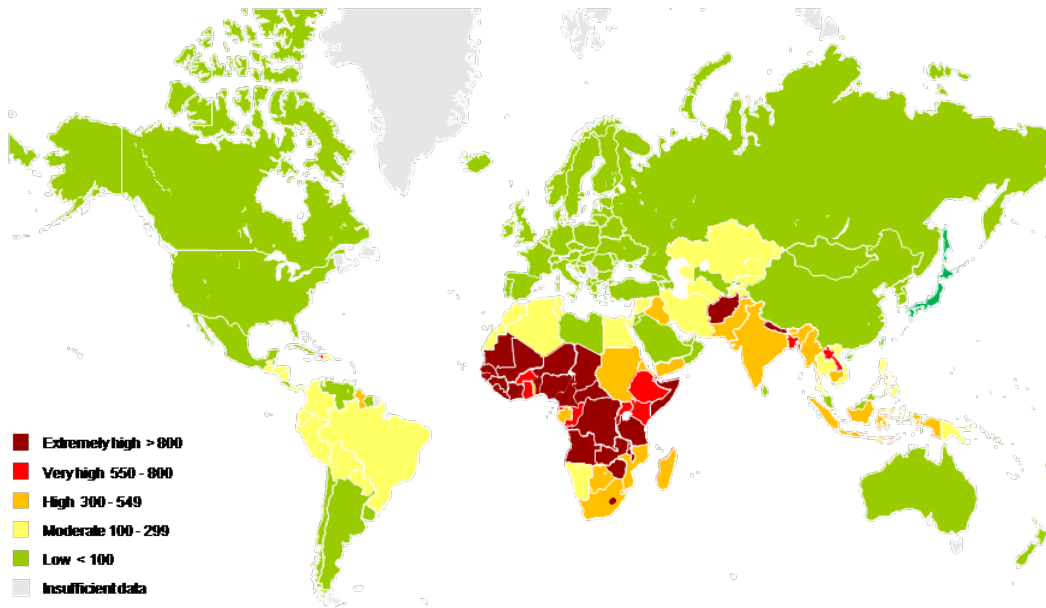
N.B.: Les noms des membres qui ont participé à la réunion sont indiqués en **gras**.

Secrétariat de la commission: M. Mezei, Mme Lambrecht, Mme Arzilli

21. Justin Yifu Lin, Vice-président et économiste en chef de l'Institut de développement de Corée de la Banque mondiale : *L'effet de la crise financière sur les pays en développement*. Séoul, 31 octobre 2008 (en anglais : http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/Oct_31_JustinLin_KDI_remarks.pdf).

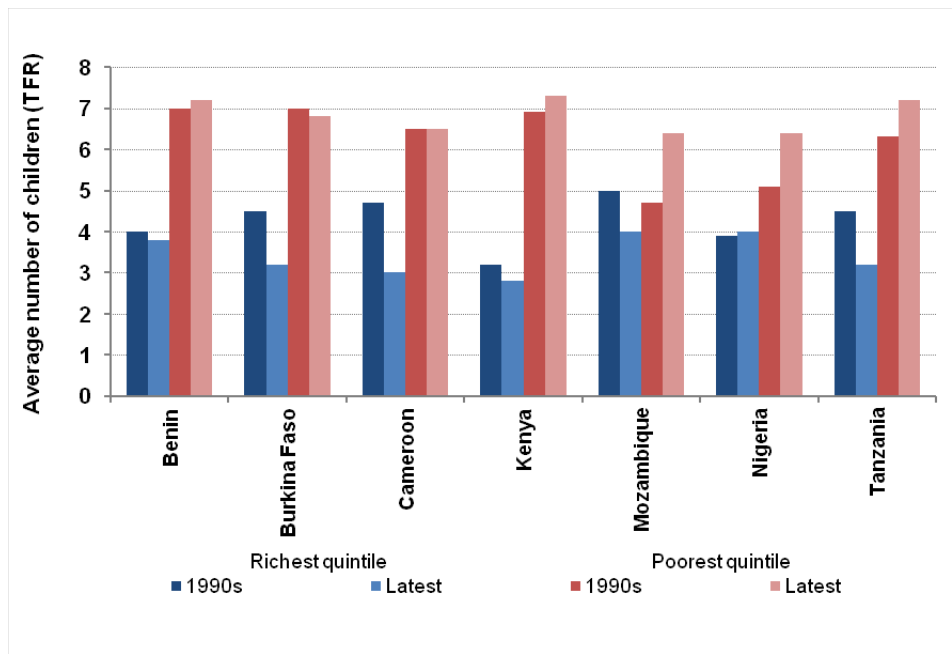
Annexe – Figures

Figure 1 – Taux de mortalité maternelle dans le monde en 2006



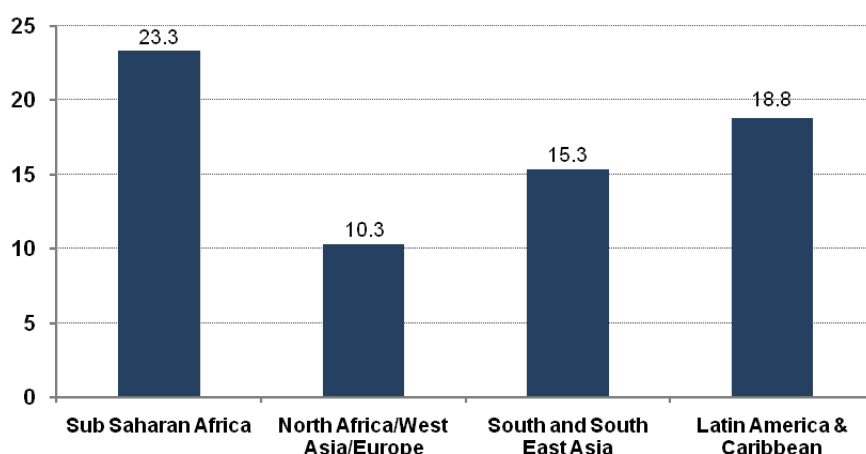
Source: Banque mondiale, Indicateurs mondiaux de développement, 2008

Figure 2 – Nombre moyen d'enfants selon les segments les plus riches et les plus pauvres de la société



Source: Centre de recherche sur la population africaine et la santé

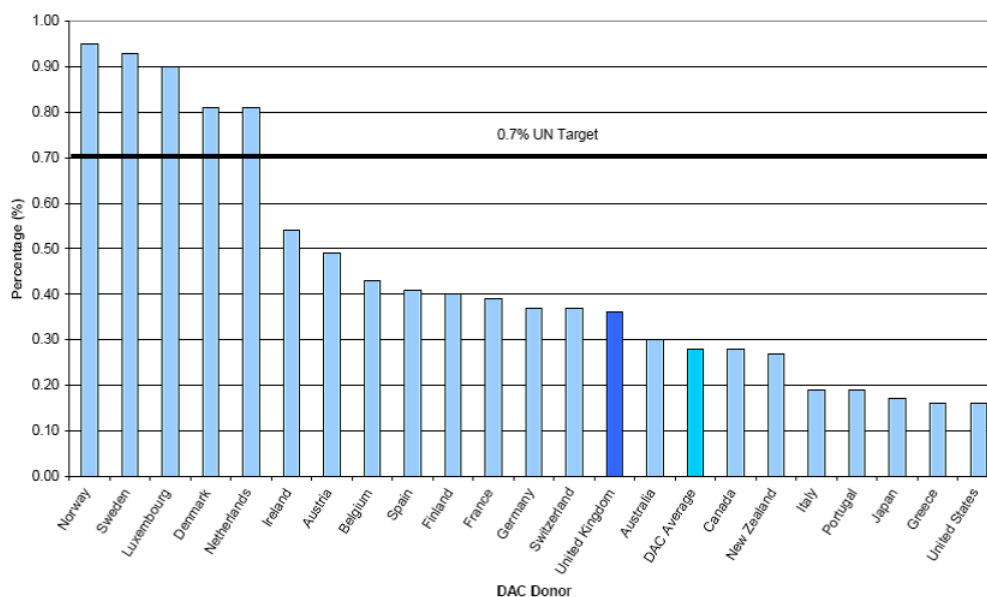
Figure 3 – Besoins non satisfaits²² en matière de planning familial



Married Women of childbearing age (%)

Source: Enquête sur la santé démographique, Mesure DHS STATcompiler, 2008

Figure 4 – Taux d'aide publique au développement (APD)/PIB pour les membres du Comité d'aide au développement en 2007

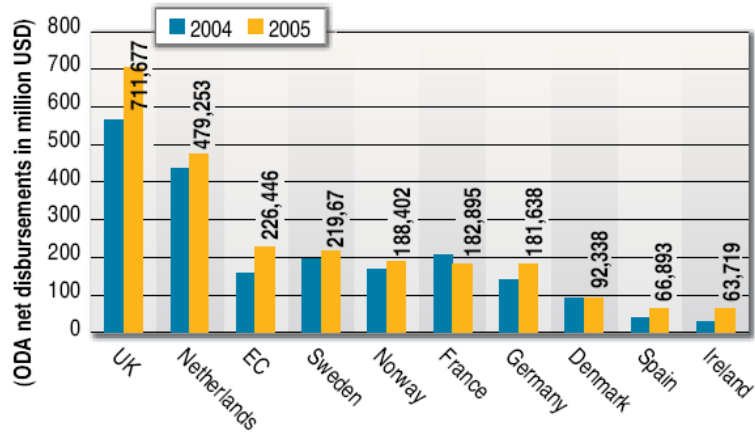


Source: Statistiques annuelles du ministère britannique du développement international (DfID) sur le développement international, 2008

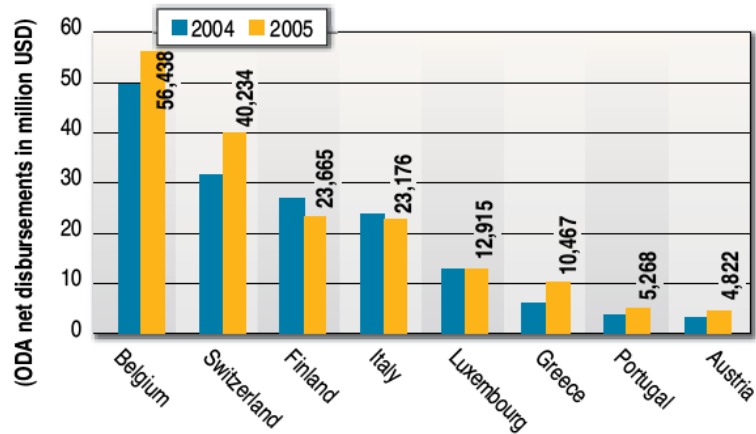
22. Une femme peut avoir un besoin non satisfait de planning familial si elle est mariée, en union libre ou sexuellement active et capable de concevoir, si elle ne veut plus d'enfants du tout ou si elle ne veut pas d'enfant dans les deux prochaines années, et si elle ne se sert pas de moyens contraceptifs modernes.

Figures 5 et 6 – Dépenses nationales pour les activités liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs

Spending on population assistance



Source: UNFPA, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2005"



Source: UNFPA, "Financial Resource Flows for Population Activities in 2005"

Source: FNUAP «Flux de ressources financières pour les activités liées à la population en 2005»