

Couverture sanitaire universelle et santé et droits sexuels et reproductifs

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DU DOCUMENT DE POSITION	1
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	2
I. CONTEXTE	3
Qu'est-ce que la CSU ?	3
Liens entre SDR et CSU	3
II. PROMOUVOIR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SDR AU SEIN DE LA CSU	5
Position de l'IPPF sur la CSU	5
Une approche de la CSU en faveur de systèmes de santé centrés sur les droits humains et sur la personne	6
III. PRIORITÉS ET ACTIONS À MENER POUR FAIRE PROGRESSER LA SDR AU SEIN DE LA CSU	8
1. Défendre l'intégration de la SDR dans les plans stratégiques nationaux de CSU	8
2. Promouvoir et mettre en œuvre des modèles de prestation de services intégrés et novateurs pour la SSR	9
3. Assurer un financement durable et efficace de la santé pour la SDR dans la CSU	10
4. Soutenir et protéger les personnels de santé	12
5. Assurer la disponibilité et l'accès à des produits de base et à des fournitures de SSR essentiels	13
6. Renforcer les systèmes d'information de santé et la collecte régulière de données	14
7. Promouvoir et assurer la mobilisation constructive de la société civile et des communautés	15
IV. PROCHAINES ÉTAPES	16
RÉFÉRENCES	17

PRÉSENTATION DU DOCUMENT DE POSITION

Objet

L'IPPF nourrit la vision d'un monde où chacun est libre de ses choix quant à sa sexualité et à son bien-être, sans discrimination aucune. Le présent document de position énonce les priorités de l'IPPF en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle (CSU) et la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR). Il vise à fournir des orientations aux associations membres de l'IPPF, ainsi qu'à la Fédération dans son ensemble. Il est le résultat de consultations effectuées auprès de représentants d'associations membres et du Secrétariat de l'IPPF, au moyen d'ateliers de discussions, d'entretiens avec des informateurs clés et d'analyses documentaires.

Ce document n'a pas vocation à être un « mode d'emploi » opérationnel et détaillé. Il vise plutôt à renforcer les connaissances qu'ont les associations membres de l'IPPF et d'autres organisations au sujet des approches fondées sur des données probantes afin de transposer à plus grande échelle et/ou d'institutionnaliser l'accès aux services et aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans un cadre de CSU. Il met également en évidence les principaux points d'entrée pour diriger et soutenir de telles approches.

Public visé

Ce document de position est destiné à être utilisé par le Secrétariat de l'IPPF, le personnel et les volontaires des associations membres ainsi que par des publics externes, y compris d'autres organisations de la société civile (OSC), les pouvoirs publics, des bailleurs de fonds et institutions multilatérales.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

On entend par couverture sanitaire universelle que *tous les individus et toutes les communautés reçoivent les services de santé et les soins dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières*.¹ La CSU regroupe l'éventail complet de services de santé essentiels et de qualité, de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs², et elle s'accompagne d'un engagement explicite à fournir des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) à tous, comme convenu dans la Déclaration politique sur la CSU adoptée en 2019.³

La CSU pose les bases de la réalisation des normes les plus élevées en matière de santé et de bien-être pour tous, sans discrimination aucune, et joue un rôle essentiel dans les progrès réalisés par les pays vers un développement économique et social équitable durable.

Priorités et actions de promotion de la SDR au sein de la CSU

Le présent document de position propose un cadre inédit pour favoriser l'inclusion de la SDR comme faisant partie intégrante de la CSU, dans une démarche de systèmes de santé axés sur les droits humains et centrés sur la personne.

Les priorités et les recommandations concrètes qui sont examinées dans le cadre de cette approche font ressortir des impératifs sur plusieurs fronts : intégrer la SDR dans les plans stratégiques nationaux de la CSU, mettre en œuvre des modèles de prestation de services intégrés de SSR, assurer des stratégies de financement de la santé efficaces pour la SDR, soutenir et protéger les professionnels de santé de la SSR, élargir l'accès aux produits de base et aux fournitures de SSR, améliorer les systèmes d'information sur la santé et la collecte systématique de données, et enfin assurer une participation constructive de la part des organisations de la société civile et des communautés.

Messages à retenir

1. La CSU présente une chance unique d'introduire l'accès universel à la SDR pour tous. En tant que fervent défenseur et prestataire mondial de services de SSR, l'IPPF a un rôle essentiel à jouer pour veiller à ce que les progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle incorporent, mais aussi favorisent, l'accès universel à la SDR.
2. Il n'existe pas une seule et unique méthode pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Des connaissances contextuelles et l'expérience sont indispensables pour faire progresser l'intégration de la SDR au sein de la CSU.
3. L'accès universel à la SDR au sein de la CSU ne sera possible qu'à condition d'adopter une approche fondée sur les droits et centrée sur la personne.
4. La mobilisation constructive de la société civile et des communautés est essentielle pour favoriser la réactivité des systèmes de santé et la responsabilisation sociale, dans le but d'incorporer pleinement la SDR au sein de la CSU.
5. La réalisation de l'accès universel à la SDR au sein de la CSU signifie ne laisser personne pour compte : il s'agit là d'un objectif à atteindre dans tous les pays et pour tous, sans discrimination d'aucune sorte.
6. Reconnaisant l'étroite interconnexion de la SDR et de la CSU non seulement avec tous les piliers des systèmes de santé, mais aussi avec la multitude de secteurs impliqués dans la gouvernance, il est impératif d'adopter une approche exhaustive de renforcement des systèmes de santé et de promotion de la collaboration multisectorielle pour répondre efficacement à tous les besoins en matière de SDR.

I. CONTEXTE

Qu'est-ce que la CSU ?

Le monde a pris l'engagement d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici 2030, comme convenu dans la Déclaration politique sur la CSU adoptée en 2019.³ La CSU signifie que *tous les individus et toutes les communautés reçoivent les services de santé et les soins dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières*. On entend par là la panoplie complète de services de santé prophylactiques, préventifs, thérapeutiques, réadaptatifs et palliatifs essentiels de haute qualité, ainsi que l'accès à des médicaments et à des vaccins essentiels sûrs, efficaces, de haute qualité et abordables pour tous.²

La CSU est profondément ancrée dans le droit à la santé, tel qu'il est énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948,⁴ la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS),⁵ et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976.⁶ La CSU jette les bases de la promotion et de la réalisation des normes les plus élevées en matière de santé et de bien-être pour tous, indépendamment de l'âge et du groupe social, sans discrimination aucune. Elle remplit un rôle essentiel dans les progrès réalisés par les pays vers un développement économique social équitable et durable.

Liens entre SDR et CSU

La santé et les droits sexuels et reproductifs (la SDR)ⁱ fait partie intégrante du droit à la santé pour tous.⁷ Pour réaliser ce droit, chaque individu doit être libre de faire ses propres choix au sujet de son corps et de sa SSR, sans faire l'objet d'aucune forme de discrimination, de stigmatisation, de violence ou de coercition. Des soins et services, une éducation et des informations de qualité sur la SSR devraient être disponibles, accessibles et d'un coût abordable pour tous ceux qui en ont besoin, et ce peu importe leur âge, leur capacité, leur relation, leur orientation sexuelle, leur état de santé passé ou actuel, leur identité de genre, leur race, leur appartenance ethnique, leur situation géographique, leur situation socio-économique et autre (par ex. sur le plan juridique, religieux, politique). La SDR est essentielle à l'état général de santé et de bien-être des individus et constitue donc un moteur important pour accélérer les progrès vers le développement durable.

À cet égard, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a marqué un tournant décisif en faveur d'une approche centrée sur la personne, inscrivant la SDR dans un cadre de développement plus large. Le Programme d'action de la CIPD affirmait la SSR en tant que droit humain fondamental et faisait valoir que les droits, les choix et le bien-être des personnes devraient s'inscrire au cœur du développement durable.⁸

Les objectifs de développement durable (ODD), fixés en 2015 par l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) et devant être atteints d'ici l'an 2030 dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030,⁹ reconnaissent l'importance de la SDR pour l'amélioration de la santé et du bien-être et la réalisation de l'égalité des genres, ainsi que la centralité de la SDR pour accélérer les progrès vers le développement durable. Outre l'objectif de réalisation de la CSU (ODD 3, cible 3.8), en ratifiant le Programme 2030, les pays ont également pris l'engagement de réaliser *l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive* (ODD 3, cible 3.7) et *l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction* (ODD 5, cible 5.6).

i La notion de santé et de droits en matière de sexualité et de reproduction adoptée dans le présent document s'entend dans le sens que lui donne la définition de la Commission Guttmacher-Lancet; cf. Starrs AM, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission (Accélérer le progrès – santé et droits sexuels et reproductifs pour tous : rapport de la Commission Guttmacher-Lancet). *Lancet*. 391(10140), pp. 2642-2692.

De plus, avec l'adoption de la Déclaration politique historique de l'ONU sur la CSU en 2019, les pays ont convenu que la SDRS constitue un élément essentiel de la CSU.³

Ces objectifs et engagements soulignent bien l'étroite interconnexion qui existe entre la CSU et la SDRS et la prise de conscience que l'objectif de couverture sanitaire universelle ne peut aboutir qu'à condition d'y inclure la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. Il appartient à chaque pays d'établir des étapes bien définies en vue d'intégrer la SDRS dans le cadre de son cheminement unique vers la CSU.

Au cours des 30 dernières années, depuis l'adoption du plan d'action en 1994, le monde a fait de grands progrès dans la réduction des morbidités et de la mortalité liées à la SSR.^{ii,10} En dépit de ces améliorations, les progrès accomplis ont été inégaux¹¹ et les initiatives de grande envergure destinées à renforcer les systèmes de santé ont souvent délaissé la SDRS. Il en résulte que la prestation de services essentiels de SSR, et l'accès à ceux-ci, se sont avérés sporadiques et inéquitables, alors que la réalisation du plus haut niveau possible de SSR et donc de droit à la santé reste hors d'atteinte pour beaucoup trop de personnes. C'est particulièrement le cas dans les pays les plus pauvres où il subsiste une forte concentration de taux perpétuellement élevés de maladie liée à la SSR et de mortalité connexe. Ainsi, les objectifs mondiaux de réduction de la mortalité maternelle n'ont pas été atteints. 218 millions de femmes et de filles dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) ont des besoins non satisfaits en matière de contraception et 25 millions d'avortements non sécurisés se produisent chaque année.¹² Plus de 350 millions de femmes et d'hommes manquent de traitement pour des infections sexuellement transmissibles (IST) guérissables. L'ampleur et les retombées des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) sont stupéfiantes, concernant, d'après les estimations, un tiers de toutes les femmes au cours de leur vie¹⁰.

Plus récemment, la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions négatives sur la prestation d'informations, de soins et de services essentiels en matière de SDRS. Alors que la pandémie n'en a pas fini de sévir, elle menace de limiter encore plus l'accès à ces services. De nombreux sites font état d'un détournement des ressources initialement prévues pour des services de SDRS pour les consacrer à des mesures de lutte contre le COVID, ainsi que des perturbations au niveau de l'éducation, des établissements de santé et des chaînes d'approvisionnement, et des centres communautaires. Qui plus est, la crise a entravé les initiatives visant à prévenir et à combattre les VSBG. On assiste ainsi à une pandémie parallèle de violence faite aux femmes et on s'attend à une hausse exponentielle du nombre de mariages précoces, de grossesses d'adolescentes et de mutilations génitales féminines.^{13, 14} Contrairement à toute autre crise de notre histoire récente, la crise que nous traversons a accentué la nécessité d'accélérer les efforts visant à établir des systèmes de santé robustes et résilients et à faire des progrès propices à la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

ii Le ratio de mortalité maternelle a baissé, passant de 369 décès pour 100 000 naissances d'enfants vivants en 1994 à 211 en 2017. Les taux de natalité chez les adolescentes ont reculé (passant de 65 à 44 naissances pour 1 000 femmes entre 1990-1995 et 2019) et sur la même période, on constate la baisse de 40 % du taux d'incidence du VIH et de 55 % des décès liés au sida. Le taux mondial de prévalence contraceptive a augmenté de 25 %.⁸

II. PROMOUVOIR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SDSR AU SEIN DE LA CSU

Un corpus croissant d'études constate les liens étroits qui existent entre d'une part la médiocrité de la situation sanitaire et d'autre part les inégalités entre les genres, la discrimination, la violence, ainsi que le manque d'informations et de services en matière de SDSR.² C'est dire le rôle important que joue l'intégration de la SDSR dans les programmes et politiques de santé nationaux destinés à améliorer la santé et le bien-être pour tous,¹⁵ sous-tendue par les principes de la santé comme droit humain, de ne laisser personne pour compte, de l'égalité entre les genres, de l'inclusivité et de la non-discrimination.¹⁶

L'actuelle dynamique mondiale qui s'opère en faveur de la réalisation de la CSU est particulièrement propice à cette intégration.¹⁷ Pour faire progresser l'accès universel à la SDSR au sein de la CSU, des progrès restent à faire en vue d'incorporer la SDSR dans les cadres nationaux de la CSU, de mettre en œuvre des interventions essentielles de SSRⁱⁱⁱ qui répondent aux besoins de tous les individus en matière de SDSR, en mettant l'accent sur les groupes marginalisés et mal desservis, et afin de déployer des stratégies de financement capables de soutenir ces efforts.

Dans les pays aux ressources limitées, il est possible d'envisager l'élargissement graduel des interventions de SDSR, en accord avec les principes de la réalisation progressive^{iv},¹⁸ qui sous-tendent la CSU. Ce faisant, toutes les étapes allant de la planification et de la budgétisation à l'introduction, la mise en œuvre, l'expansion jusqu'au suivi des interventions essentielles de SDSR sont entreprises dans le cadre général du renforcement du système de santé. Une telle approche axée sur les systèmes exige des actions délibérées dans les six éléments constitutifs étroitement liés de ces systèmes, tels que définis par l'OMS.¹⁹

Position de l'IPPF sur la CSU

En tant que prestataire de services et défenseur de premier plan^v en faveur de l'accès universel aux soins, aux services et aux droits essentiels de la SSR, l'IPPF est convaincue que les efforts visant à réaliser la CSU qui incluent et favorisent la SDSR doivent s'ancrer dans des principes d'équité, d'égalité, de justice sociale, ainsi que de droit à la santé pour tous.

L'IPPF adhère à l'application de la définition complète de la SDSR proposée par la Commission Guttmacher-*Lancet*², qui recommande que chaque pays fournisse un ensemble intégré d'interventions essentielles de SDSR qui sont nécessaires pour répondre aux besoins les plus urgents de tous les individus en matière de SSR (Tableau 1).

TABLEAU 1. ENSEMBLE D'INTERVENTIONS ESSENTIELLES PROPOSÉES POUR LA SDSR²

- Des informations exactes et un counselling sur la SSR et une éducation sexuelle intégrée fondée sur des données probantes
- Des informations, du counselling et des soins liés à la fonction et à la satisfaction sexuelles
- La prévention, la détection et la gestion de la violence sexuelle et des VBG et de la coercition
- Un choix de méthodes contraceptives sûres et efficaces
- Des soins prénatals, d'accouchement et post-natals sûrs et efficaces
- Des services et des soins d'avortement sûrs et efficaces
- La prévention, la gestion et le traitement de la stérilité
- La prévention, la détection et le traitement des IST, y compris du VIH, et des infections de l'appareil reproducteur
- La prévention, la détection et le traitement des cancers de la reproduction

iii Il est à noter que le terme « interventions essentielles » utilisé dans cette déclaration renvoie à la terminologie employée par la Commission Guttmacher-*Lancet* et est enraciné dans le Programme d'action de la CIPD et dans la Stratégie de santé génésique de l'OMS. Il appartiendra à chaque pays d'établir des priorités entre ces interventions essentielles en fonction des besoins et des ressources locaux. Comme mentionné dans le présent document de position, le processus de priorisation doit être transparent et reposer sur des principes d'équité, d'inclusivité et de non-discrimination.

iv La réalisation progressive de la CSU renvoie au processus qui consiste à répartir les services en catégories selon leur priorité, à élargir à tous l'accès aux services hautement prioritaires et à veiller à ne pas laisser pour compte des groupes défavorisés.¹⁸

v Voir aussi le Programme commun de plaidoyer de l'IPPF (2019), disponible à : <https://www.ippf.org/resource/ippfs-advocacy-common-agenda>

L'IPPF estime que pour réaliser l'intégration de la SDRS globale au sein de la CSU, les systèmes de santé doivent abandonner un schéma thérapeutique vertical de haut en bas en faveur d'un schéma qui inscrit la personne au cœur de la prestation des services de santé et recourt à une collaboration intersectorielle, par exemple en concertation avec les ministères nationaux de l'éducation, des finances et de l'égalité des genres. La centralité de la personne est un critère particulièrement important pour les femmes et les filles, les adolescents et les jeunes, ainsi que pour les groupes mal desservis et marginalisés, qui souvent sont confrontés à des obstacles disproportionnés sur le plan physique, socioculturel, juridique ou économique, les privant de l'accès à des services de SSR et donc de la possibilité de réaliser leur SDRS.

En tant que mouvement pour le changement, géré à l'échelle locale, présent à l'international, l'IPPF insiste également sur le rôle de la société civile et des communautés, ainsi que sur leur participation constructive aux processus concernant la CSU. Leur participation est indispensable pour forger des systèmes de santé centrés sur la personne qui sont universels, équitables, responsables, durables et de grande qualité.²⁰ Il est essentiel que les associations membres de l'IPPF et d'autres organisations communautaires et de la société civile (OSC) aient davantage voix au chapitre pour veiller à l'adoption d'approches fondées sur les droits et équitables entre les genres à l'égard de la couverture sanitaire universelle. Souvent, les OSC sont les mieux placées pour travailler avec les groupes de population laissés pour compte, marginalisés ou exclus de l'accès aux services de santé. Elles parviennent à représenter efficacement leurs besoins et leurs intérêts dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes, des interventions de SDRS et des réformes plus larges des systèmes de santé.

Une approche de la CSU en faveur de systèmes de santé centrés sur les droits humains et sur la personne

Pour illustrer notre approche, nous proposons un *cadre de système de santé centré sur les droits humains et sur la personne*, qui énonce les relations et les principes indispensables pour progresser vers une SDRS complète au sein de la CSU et l'atteindre (voir Graphique 1).

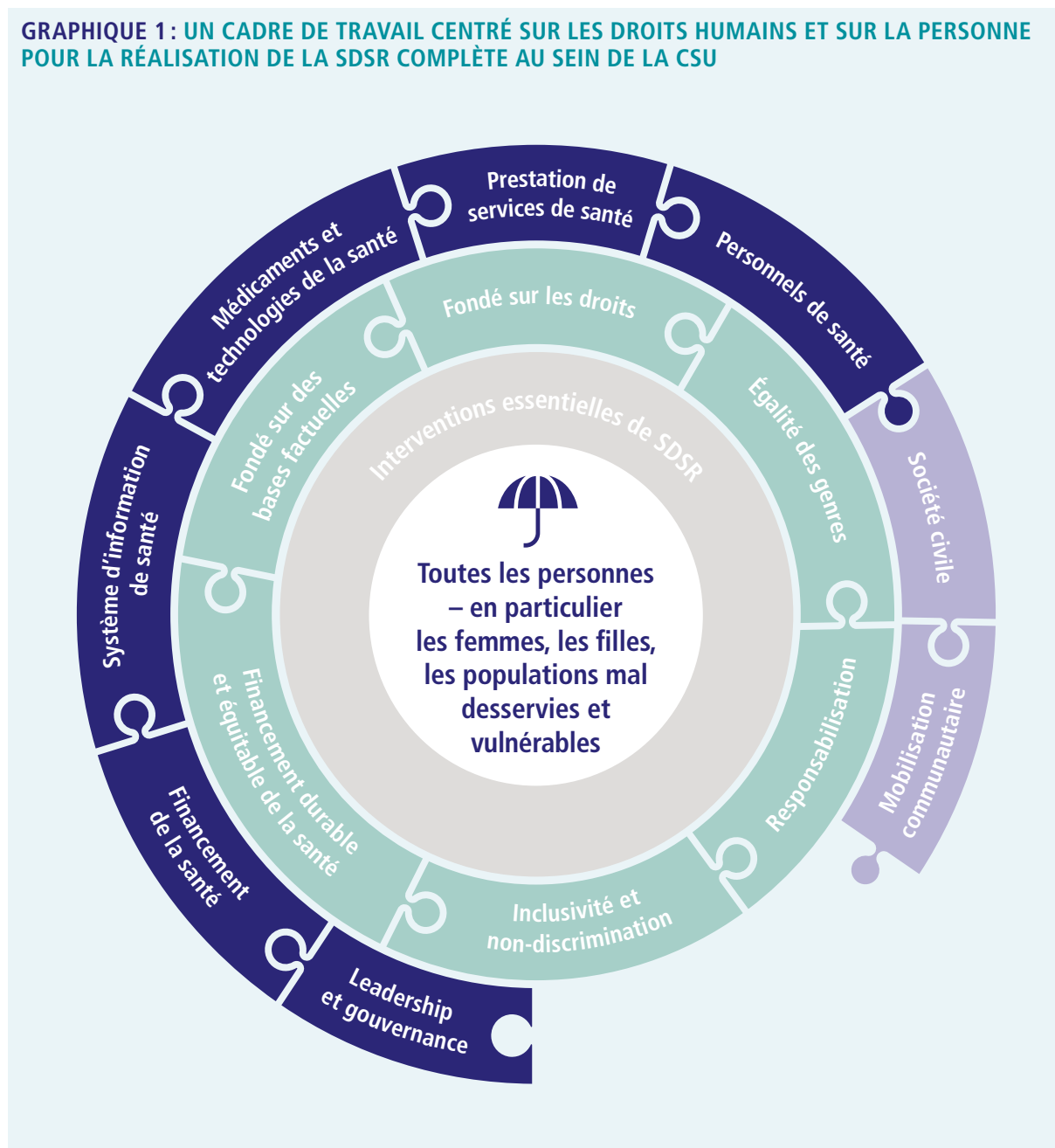
Comme pour tout le travail de l'IPPF, le cadre d'action est axé autour de la personne et de ses besoins de santé, en prêtant un accent particulier aux femmes, aux filles, ainsi qu'aux populations mal desservies et vulnérables. Le premier cercle intérieur (en gris) représente les interventions essentielles de SDRS que les pays devraient mettre en œuvre pour répondre aux besoins de SDRS de tous les individus et réaliser la SDRS complète au sein de la CSU.

Dans l'exécution d'interventions essentielles de SDRS, plusieurs grands principes sont à respecter, illustrés dans le deuxième cercle (vert) : l'inclusivité et la non-discrimination, l'égalité des genres, des bases factuelles, la responsabilisation, des mécanismes durables et équitables de financement de la santé, et les droits humains. Plus particulièrement, l'adoption d'une approche fondée sur les droits à l'égard de la prestation des services est essentielle pour protéger, respecter et satisfaire les droits humains de toutes les personnes ayant besoin de services de SDRS.

La réalisation de la SDRS au sein de la CSU nécessite le renforcement des systèmes et des mesures de santé dans les six composantes fondamentales des éléments constitutifs d'un système de santé, énoncés par l'OMS^{vi,19} Elle dépend aussi de la participation communautaire et de l'essor d'une société civile forte et prospère, comme l'illustre le cercle extérieur.

vi Les six éléments constitutifs d'un système de santé établis par l'OMS sont les suivants : leadership et gouvernance, financement de la santé, système d'information sanitaire, médicaments et technologies essentiels, prestation de services de santé et personnel de santé.

GRAPHIQUE 1 : UN CADRE DE TRAVAIL CENTRÉ SUR LES DROITS HUMAINS ET SUR LA PERSONNE POUR LA RÉALISATION DE LA SDRS COMPLÈTE AU SEIN DE LA CSU



Le fait que le cercle extérieur ne soit pas clos traduit le caractère ouvert des systèmes de santé. Loin de fonctionner en vase clos, ils interagissent avec leur milieu politique, économique, social et technologique, ainsi qu'avec les comportements des individus et ils sont influencés de manière dynamique par eux. Si certes les systèmes de santé sont déterminants pour exécuter

des interventions essentielles de SDRS et y donner accès, le cercle laissé ouvert prend acte du fait que la SDRS complète s'étend au-delà du système de santé à proprement parler et qu'une approche multisectorielle s'impose avec des mesures à prendre dans d'autres secteurs (comme l'éducation et les finances) pour réaliser la SDRS au sein de la CSU.

III. PRIORITÉS ET ACTIONS À MENER POUR FAIRE PROGRESSER LA SDSR AU SEIN DE LA CSU

S'appuyant sur le cadre proposé, les sections suivantes décrivent une série de mesures concrètes et de bonnes pratiques qui relèvent de chacun des six éléments constitutifs des systèmes de santé de l'OMS, propices à la mobilisation de la société civile et des communautés locales. Elles peuvent servir d'orientations afin de progresser vers l'accès universel à la SDSR au sein de la CSU.

Pour chaque domaine prioritaire, le document fait ressortir plusieurs mesures et recommandations concrètes. Celles-ci sont destinées aux associations membres de l'IPPF et à d'autres OSC qui se réclament des mêmes idées œuvrant dans le domaine de la SDSR et elles doivent être adaptées aux contextes locaux.

1. Défendre l'intégration de la SDSR dans les plans stratégiques nationaux de CSU

L'intégration réussie de la SDSR complète dans le programme de CSU exige une volonté politique, un leadership, une gouvernance et un soutien efficaces, coordonnés aux niveaux régional, national et infranational. En défendant l'accès universel aux services de SSR, l'IPPF plaide activement en faveur de changements juridiques et politiques qui favorisent la disponibilité de produits de base et de services de SSR à tous les niveaux des systèmes de santé des pays. Elle préconise aussi des initiatives propices à la conception et à la mise en œuvre de programmes et d'interventions de SDSR non stigmatisants et sensibles au genre, tant à l'échelle mondiale que nationale.

Pour gérer et mettre en œuvre efficacement les politiques de SDSR définies par les pays, et transformer leurs systèmes existants de prestation de services SSR en un système capable de fournir une SDSR complète et fondée sur les droits pour tous, il est essentiel que chaque pays se dote d'un plan stratégique national de SDSR solide et chiffré qui guide les autorités sanitaires à tous les niveaux. Ces plans sont à élaborer en adoptant une approche concertée et multisectorielle, avec la participation constructive de la société civile et des communautés, ainsi que d'autres secteurs, ministères et services publics concernés au-delà de la santé, comme ceux chargés du genre, de la justice, de l'éducation et des finances. L'IPPF est convaincue que ce type

de participation garantira que les plans stratégiques de SDSR et les priorités qui y sont définies répondent aux besoins des individus, tout en veillant à ne pas oublier les questions transversales telles que l'éducation sexuelle intégrée (ESI) et les violences basées sur le genre et le sexe (VBGS) en les abordant dans leur globalité. En outre, ces plans devraient s'accompagner de plans opérationnels et de budgets nationaux annuels, pour lesquels les autorités sanitaires devraient s'efforcer d'obtenir des engagements et du soutien financier auprès de tous les secteurs concernés.

RECOMMANDATIONS CONCRÈTES :

- Plaider auprès des gouvernements nationaux en faveur de l'élaboration d'un plan stratégique de SDSR national solide et chiffré qui fait partie intégrante de leurs stratégies nationales de CSU, et les aider à cet égard.
- Contribuer à élargir la visibilité et la portée de la SDSR dans les débats nationaux sur la CSU en utilisant toutes les occasions qui se présentent pour relayer les réussites, les difficultés, les possibilités et les bonnes pratiques en matière de SDSR, et l'impact de la SDSR sur la santé et la vie des femmes et des filles.
- Améliorer la coordination et la collaboration entre les secteurs à l'appui de l'intégration de la SDSR dans les plans de CSU, en sollicitant la participation, notamment mais pas seulement, des secteurs de l'éducation, des finances, du genre, de la protection, de l'eau, assainissement et hygiène (WASH), de l'environnement, des interventions en cas de catastrophe, aux côtés de partenaires nationaux, régionaux et mondiaux.
- Plaider au niveau national auprès des gouvernements pour qu'ils élaborent et mettent en œuvre des politiques publiques, des lois et des initiatives qui soutiennent des programmes et des interventions de SDSR fondés sur les droits, non stigmatisants et tenant compte de la dimension du genre,²¹ pour réduire ainsi les obstacles et accroître l'accès aux services essentiels de SSR. Parmi eux, des lois de libéralisation de l'avortement constituent une étape importante pour parvenir à l'accès universel à des soins liés à l'avortement sécurisé et réaliser ainsi le droit des femmes à accéder à des services qui protègent leurs choix en matière de reproduction.²²

2. Promouvoir et mettre en œuvre des modèles de prestation de services intégrés et novateurs pour la SSR

L'IPPF estime qu'il est essentiel que chaque pays fasse en sorte qu'une combinaison efficace de services de SSR soit offerte et accessible à l'ensemble de sa population et disponible à chaque stade des progrès réalisés vers l'intégration d'une SDRS complète au sein de la CSU. Forte d'un réseau solide de prestation de services, consistant en des cliniques et des services statiques, mobiles et à base communautaire, l'IPPF se consacre à aider les pays à accélérer les progrès réalisés vers la CSU et à accroître l'accès universel à des services de SSR et des informations fondés sur les droits qui sont disponibles, accessibles tant sur le plan physique que financier, de haute qualité, acceptables, sécurisés et sensibles à la culture. Par exemple, le programme de franchises sociales de l'IPPF vise à accroître l'accès aux services de SSR pour les populations à faible revenu. Conscientes du fardeau financier que représentent les dépenses non remboursées, les associations membres adoptent une politique de non-refus pour faire en sorte que chaque client et cliente reçoivent les services dont ils ont besoin, quelle que soit leur capacité contributive.

De plus, les services offerts doivent également être transformateurs en matière de genre, confidentiels, sensibles aux jeunes, respectueux, non discriminatoires et dépourvus de toute stigmatisation. Ils doivent tenir compte des besoins de tous les groupes de population, y compris les femmes, les filles, les hommes, les garçons, les groupes mal desservis et marginalisés, les migrants et les populations déplacées, les personnes handicapées et la communauté LGBTI+. Dans de nombreux pays, cette démarche nécessite de s'attaquer à la multitude d'obstacles économiques, politiques, socioculturels et géographiques qui empêchent ou entravent actuellement l'accès à des services SSR et à une information fondée sur les droits.

Parallèlement à des soins de santé communautaires, les soins de santé primaires constituent souvent le premier point de contact entre les individus et le système de santé. La plupart des interventions essentielles de SDRS peuvent être dispensées efficacement à bas coût au niveau communautaire ou à celui des soins de santé primaires. Par conséquent, la réalisation de la SDRS au sein de la CSU repose sur un système solide de soins de santé primaires,⁸ qui est crucial pour assurer l'utilisation efficace de ressources de santé rares et rendre accessibles les soins de santé aux habitants des régions les plus isolées.

Un système de soins de santé primaires englobe des services de santé de haute qualité, sécurisés, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout, fournis avec compassion, respect et dignité par des professionnels de la santé bien formés, qualifiés, motivés et engagés.²³

Il a été démontré que des modèles intégrés de prestation de services augmentent l'adoption des services, réduisent la stigmatisation, procurent une meilleure qualité de soins et font un usage plus efficace des ressources du système de santé.²⁴ Par conséquent, dès lors que le système de santé en est capable et les clients l'acceptent, l'IPPF encourage la plus grande intégration possible des services, tout en respectant les normes de qualité, de sécurité et de droits humains. Il y a donc lieu de se concentrer sur les actuels « services délaissés », tels que le planning familial, les services d'avortement sécurisés et les soins pour les avortements non sécurisés, ainsi que les soins et les services de SSR sensibles aux jeunes, y compris la fourniture d'une ESI vitale. L'IPPF insiste aussi sur l'importance de la prévention ainsi que de la prestation de soins et de soutien aux survivantes et survivants de VSBG. Avec ses partenaires, l'IPPF entend agir fermement pour contester des normes sociales et de genre tenaces qui approuvent les VSBG et pour soutenir les initiatives qui permettent aux individus de tous genres d'exercer leur autonomie et de vivre une vie libre de violence.

De plus, l'IPPF insiste sur la nécessité absolue de respecter les droits humains, et ce même en temps de crise, nécessité d'autant mise en exergue par l'actuelle pandémie de COVID-19. L'IPPF exhorte tous les acteurs impliqués dans les interventions humanitaires à prendre l'engagement de la pleine mise en œuvre du dispositif minimum d'urgence (DMU), tout en apportant leur soutien à la transition la plus rapide possible vers une SDRS complète pour s'assurer que tous les individus sont en mesure de réaliser leur SDRS.

Dans de nombreux pays, les manques de moyens ont pour effet de restreindre la quantité de soins de santé que les pays peuvent fournir en adoptant un modèle de prestation de services basée dans des établissements. Forte de ce constat, l'IPPF est convaincue de la nécessité d'imaginer des modèles novateurs de prestation de services pour accroître l'accès à la SDRS complète au sein de la CSU. En rapprochant l'expertise locale à des connaissances mondiales, l'IPPF s'engage à encourager l'innovation au sein de la Fédération, à la fois à titre d'avantage concurrentiel dans le paysage complexe et en constante évolution de la SDRS, et aussi afin de contribuer au corpus de données existant tant sur le plan national que mondial quant aux approches efficaces pour

répondre aux besoins de SDR. Grâce au programme d'innovation de l'IPPF, des associations membres ont réussi à innover dans divers domaines, par exemple en ayant recours à des outils de santé numériques et des modèles novateurs pour les autosoins afin d'élargir l'accès dans des contextes limités en ressources, des régions difficiles d'accès ou auprès de groupes de population particulièrement marginalisés et vulnérables.

RECOMMANDATIONS CONCRÈTES :

- Comme la plupart des interventions essentielles de SDR peuvent être dispensées efficacement au niveau communautaire ou à celui des soins de santé primaires du système de santé à un faible coût pour l'État, les associations membres de l'IPPF et d'autres OSC peuvent y contribuer et montrer l'exemple en assurant la prestation de l'éventail complet des services visés dans l'Ensemble intégré de services essentiels de l'IPPF. Sont concernés les services de counselling en matière de SSR, de contraception, de soins liés à l'avortement sécurisé, liés aux IST/ infections de l'appareil reproducteur, au VIH, de gynécologie, de santé maternelle et de VSBG.²⁵
- Les associations membres de l'IPPF et d'autres OSC peuvent démontrer et promouvoir les avantages de modèles intégrés de prestation de services, qui sont prouvés accroître l'adoption des services, réduire la stigmatisation, procurer une meilleure qualité de soins et faire un usage plus efficace des ressources du système de santé.²⁶
- Pour améliorer l'accès aux services essentiels de SSR et à l'information basée sur les droits, il faut trouver de nouveaux modèles de prestation de services. Les associations membres de l'IPPF peuvent s'appuyer sur leur expérience considérable en matière de prestation de services de SDR pour renforcer et promouvoir l'adoption d'approches et d'outils novateurs et économiques (par ex. la santé numérique, la télémédecine), à intégrer dans les soins de santé primaires pour les élargir par le truchement de la délégation des tâches et le recours à des agents de santé communautaires, afin d'en assurer l'accès dans les régions isolées et aux groupes de population mal desservis et marginalisés.²⁷ Ces approches novatrices devraient toujours reposer sur des recommandations fondées sur des données probantes et, si possible, faire l'objet de projets pilotes et d'essais sur le terrain pour s'assurer de la sécurité et de l'efficacité des interventions.

3. Assurer un financement durable et efficace de la santé pour la SDR dans la CSU

Un ensemble de prestations de santé^{vii} circonscrit constitue l'instrument stratégique essentiel pour engager les systèmes de santé sur la voie vers la réalisation de la CSU. Il s'agit pour cela de préciser une enveloppe de services de santé qui peuvent être financés et fournis de manière durable, en tenant compte des circonstances propres à chaque pays et des capacités de son système de santé.²⁸ L'accroissement de l'accès à la SDR au sein de la CSU exige le classement par priorité des interventions essentielles de SDR et leur inclusion dans cet ensemble, ce qui implique que les services seront soit entièrement soit partiellement pris en charge par des fonds publics pour réduire le fardeau des dépenses non remboursées des individus qui ont accès à ces services.

La priorisation initiale des priorités et l'expansion des services doivent reposer sur une analyse approfondie des besoins actuels en matière de SDR au sein de la population d'un pays, en accordant une attention particulière aux populations les plus défavorisées, vulnérables et marginalisées qui souvent sont celles dont les besoins sont les plus élevés. S'appuyant sur leurs liens étroits avec les communautés locales, les associations membres de l'IPPF sont bien placées pour soutenir les gouvernements des pays dans ces efforts.

À mesure qu'augmentera la disponibilité des ressources financières, humaines et autres, l'IPPF exhorte les pays à élargir progressivement le nombre d'interventions SDR incluses dans leur ensemble de prestations de santé jusqu'à ce que la totalité des interventions essentielles de SDR puissent être livrées de manière fiable à l'ensemble de la population. À chaque étape de l'élargissement de la couverture, des analyses des coûts devraient être effectuées pour estimer les besoins (annuels) en ressources afin d'assurer un accès universel et équitable aux interventions de SDR incluses dans l'ensemble de prestations de santé.

Dans ce contexte et conformément à l'objectif de protection financière de la couverture sanitaire universelle, l'IPPF appelle les gouvernements nationaux à rassembler des ressources adéquates pour le secteur de la santé et lui consacrer un flux de fonds stable

vii La désignation peut varier entre ensemble de prestations de santé, programme de soins médicaux de base ou ensemble de prestations de base.

et prévisible. Le financement doit provenir de plus en plus de sources publiques, notamment par un mélange de recettes fiscales nationales directes et indirectes et de pré-paiements de l'assurance-maladie. Il s'agit là d'un impératif pour réduire les dépenses non remboursées et leurs retombées délétères en termes d'obstacles à l'accès aux services, sans parler de leurs effets catastrophiques et appauvrissants, en particulier pour les femmes, les filles et les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés. Les autorités sanitaires nationales doivent travailler en étroite collaboration avec les autorités financières et les autres organismes publics nationaux impliqués dans les décisions concernant les crédits budgétaires publics afin de préconiser une augmentation des dépenses publiques dans le domaine de la santé et de faire des interventions de SDRS une priorité commune dans les budgets nationaux et locaux consacrés à la santé.

Des voix fortes de la société civile jouent un rôle essentiel à cet égard, en demandant des comptes aux gouvernements et en veillant à ce que l'attention soit systématiquement accordée aux besoins des groupes les plus marginalisés et les plus vulnérables afin que personne ne soit laissé pour compte. De plus, les associations membres peuvent apporter leur soutien à des analyses démontrant que les investissements dans la SDRS produisent un retour sur investissement très intéressant, produisant des dividendes sur de nombreuses années,¹ ce qui constitue un argument pertinent et puissant pour augmenter les investissements dans ce domaine.

Dans les pays dont les ressources publiques sont rares et qui, par conséquent, dépendent encore d'aide extérieure pour le développement de la santé, le paysage du financement de la santé se caractérise souvent par une forte fragmentation. Cela implique une multitude de sources de financement, souvent verticales, provenant de différents bailleurs de fonds et partenaires de développement aux mandats et intérêts qui divergent.²⁹ Les associations membres peuvent inciter les partenaires externes à fournir des financements, en conformité avec les priorités de SDRS et les plans de CSU des pays, ainsi qu'avec les principes d'efficacité de l'aide énoncés dans la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra.³⁰ Une meilleure harmonisation des financements est nécessaire pour promouvoir une coordination efficace des parties prenantes et orienter les ressources vers les priorités publiques en matière de SDRS, de la manière stipulée dans l'ensemble de prestations de santé.

RECOMMANDATIONS CONCRÈTES :

- Plaider en faveur d'une augmentation des dépenses nationales/publiques consacrées à la santé, surtout dans les PRFI.^{2,31} Encourager les gouvernements à lever et regrouper des fonds suffisants pour la CSU, afin d'en assurer un flux stable et prévisible à consacrer au secteur de la santé. Les OSC peuvent préconiser l'adoption de mécanismes de pré-paiement ainsi que la mise en commun des fonds, deux mesures essentielles pour réduire les dépenses non remboursées et leurs effets préjudiciables sur l'accès aux services et pour améliorer la protection financière.²⁹
- Plaider en faveur d'une augmentation des crédits budgétaires affectés à la SDRS. Les investissements dans la SDRS permettent de réaliser des économies et peuvent procurer un retour sur investissement important.³²
- Plaider en faveur de l'inclusion d'interventions de SDRS dans les ensembles de prestations de santé et les plans de prévention et de protection des pays, pour éviter le risque d'abandon ou de sous-financement de services suite à des changements de priorités de la part des bailleurs de fonds externes, surtout en périodes de crise comme l'actuelle pandémie. Dans les pays aux ressources limitées, souvent tributaires du financement de bailleurs externes, il est indispensable de veiller à la bonne coordination entre les parties prenantes et à l'orientation des ressources vers les priorités nationales de SDRS, telles que stipulées dans l'ensemble de prestations de santé.

4. Soutenir et protéger les personnels de santé

Les personnels de santé constituent le socle fondamental à la réalisation de la CSU, y compris de l'accès universel à la SDR. C'est bien lui l'épine dorsale de tout système de santé. Des personnels de santé bien formés et répartis équitablement, comprenant des professionnels médicaux, des pairs éducateurs, des agents de santé communautaires et des volontaires, sont essentiels à la prestation de services et d'informations de SDR de haute qualité, sensibles au genre et fondés sur les droits.

Le manque d'agents de santé limite la couverture des services essentiels, en particulier dans les PRFI. Si les tendances actuelles persistent, on s'attend à ce que cette pénurie perdure et s'aggrave.³³ De nombreux pays doivent en plus surmonter d'autres difficultés, comme la répartition inéquitable des agents de santé et de leur combinaison de compétences, des formations lacunaires, ainsi qu'un manque de motivation et de performance.³⁴

Le cadre analytique de l'AAQ³⁵ – *disponibilité* (par ex. stock et production), *accessibilité* (par ex. dimensions spatiale, temporelle et financières, *acceptabilité* (par ex. genre et socioculturel) et *qualité* (par ex. compétences et réglementation) – s'est révélé un outil utile pour éclairer la prise de décisions et l'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes au sujet des personnels de santé à l'appui de la CSU. En plus d'employer plus d'effectifs, le cadre souligne l'importance d'assurer une répartition géographique adéquate et un éventail utile de compétences pour répondre équitablement aux besoins de santé de la population dans les régions urbaines, rurales et isolées et fournir aux communautés des soins centrés sur la personne, réactifs, adaptés à leur culture et acceptables.³⁶

L'IPPF souligne l'importance des agents de santé communautaires et des distributeurs de soins de santé communautaires dans la lutte contre les pénuries de personnels de santé et en faveur de l'amélioration de l'accès à une SDR complète en offrant des services aux communautés vivant dans des régions isolées. Solidement ancrés dans les communautés à proprement parler, ces agents de santé sont souvent plus accessibles et plus acceptables pour les clients de leurs communautés.³⁷

En outre, l'IPPF se félicite de la reconnaissance croissante et du nombre accru d'éléments probants démontrant que le transfert des tâches à des personnels d'un échelon plus bas relève d'une solution à la fois sécuritaire et rentable. En y consacrant des moyens suffisants en formation et en ressources et à l'aide de mécanismes d'orientation, on peut ainsi envisager de transférer, par exemple, des tâches

effectuées par des médecins pour les confier à des infirmières (auxiliaires), des sages-femmes et des agents de santé non professionnels.³⁸ Par l'intermédiaire de ses associations membres, l'IPPF collabore avec les gouvernements et d'autres organisations de SDR pour contribuer à la mise en œuvre de programmes de transfert de tâches afin d'en permettre la redistribution rationnelle entre les personnels de santé, mieux utiliser les ressources humaines et réduire les goulots d'étranglement dans le système de prestation des services.

Étant donné que la majorité des agents de santé d'un niveau inférieur sont des femmes, il est important que les pays élaborent, mettent en œuvre et surveillent des politiques visant à corriger l'actuelle sous-valorisation des femmes personnels de santé. Il appartient aux gouvernements de veiller à ce que les femmes et les groupes marginalisés employés dans le secteur de la santé bénéficient de l'égalité des chances, de protection sociale et de formation continue. L'IPPF appelle les pays à ancrer leur réponse dans un concept élargi de la santé des femmes, qui reconnaît le rôle des femmes non seulement en tant qu'utilisatrices mais aussi en tant que prestataires de soins de santé.¹⁷ Cette évolution renforcera l'efficacité du système de santé et la rétention des travailleurs de la santé et, en outre, favorisera l'égalité des genres et le progrès social et économique.

RECOMMANDATIONS CONCRÈTES :

- Se livrer à des efforts de plaidoyer pour veiller à recruter et à former un nombre suffisant de professionnels de santé qualifiés, y compris pour les interventions de SDR, afin de contribuer à des progrès en matière de CSU, tant aux niveaux national qu'infranational.³⁹ La répartition des personnels de santé, leur formation et leur éventail de compétences devraient être tels qu'ils correspondent aux besoins de la population et fournissent des soins centrés sur la personne et adaptés à leur culture.³⁶
- Pour remédier rapidement et efficacement aux graves pénuries d'agents de santé, les OSC devraient préconiser aux gouvernements d'envisager la possibilité de transférer/partager certaines tâches depuis les échelons supérieurs des agents de santé, vers les échelons intermédiaires et de base.³⁸ Elles devraient également plaider en faveur d'une répartition plus équitable des services entre les zones géographiques et les niveaux de soins, et veiller à ce que les agents de santé, y compris les agents de santé communautaires, reçoivent une reconnaissance et un soutien adéquats.

5. Assurer la disponibilité et l'accès à des produits de base et à des fournitures de SSR essentiels

Afin de progresser vers l'accès universel aux interventions essentielles de SDRS, il faut faire en sorte que les médicaments, fournitures et matériel essentiels de SSR soient systématiquement disponibles aux points de prestation de services pertinents du système de santé.

Pour cela, il faut que les pays entreprennent un examen des systèmes existants de la chaîne d'approvisionnement, depuis les prévisions et l'approvisionnement, en passant par la gestion de la logistique et jusqu'à la distribution, et ce pour chacune des composantes de l'ensemble de SDRS et qu'ils comblent les lacunes éventuelles. Les données d'Afrique subsaharienne, par exemple, font état de ruptures de stock persistantes de méthodes contraceptives modernes dans les établissements de santé publics,⁴⁰ ce qui contraint les patientes à acheter de leur poche des produits de base dans le secteur privé ou à renoncer à la contraception.

Un approvisionnement régulier nécessite également de bien comprendre comment maintenir la prestation de services essentiels en période de crise. L'actuelle pandémie de COVID-19 a perturbé les chaînes d'approvisionnement mondiales, y compris celles pour les médicaments et les produits de base de SSR, et elle a fait ressortir les fragilités des chaînes de distribution mondiales. Cela pourrait avoir des conséquences potentiellement mortelles et réduire à néant les acquis réalisés vers l'accès universel à la SDRS.

RECOMMANDATIONS CONCRÈTES :

- Plaider pour que les ministères de la Santé passent en revue les systèmes existants de la chaîne d'approvisionnement pour les produits de base et les fournitures nécessaires à la prestation d'interventions essentielles de SDRS, en vue de combler les lacunes relevées.
- Participer aux activités du Plan national d'approvisionnement pour repérer les difficultés auxquelles sont confrontées les OSC dans l'obtention de produits de SSR et y remédier.
- Se prêter à des activités de création de demande, de sensibilisation, et de communication en faveur d'un changement de comportements, pour les produits de base de SSR, fournies dans le cadre d'interventions essentielles de SDRS, afin d'en favoriser l'acceptabilité par la communauté et d'inciter cette dernière à participer à en améliorer l'accès.
- Préconiser l'inscription des médicaments essentiels de SSR qui figurent sur la liste de médicaments essentiels de l'OMS dans les listes nationales des médicaments essentiels de chaque pays, ainsi que des mesures pour rendre ces médicaments universellement disponibles et abordables.

6. Renforcer les systèmes d'information de santé et la collecte régulière de données

De solides systèmes d'information de santé (SIS) sont indispensables pour faire progresser l'intégration de la SDRS complète au sein de la CSU. Des SIS fonctionnels fournissent des données fiables et à jour sur les services de santé, y compris sur les besoins en soins de santé et les demandes de ressources associées pour le système de santé, ventilées par l'âge, le sexe, la capacité et d'autres facteurs pertinents au contexte local et à la population desservie, et analysées en fonction du genre. Les données désagrégées permettent de surveiller et d'analyser l'utilisation des services de SSR et les performances du système de santé pour différents groupes de population aux niveaux national et infranational. Elles sont donc cruciales pour la programmation et la budgétisation des décisions et des politiques prises, ainsi que pour le suivi et l'évaluation. À cela s'ajoute le fait que des données désagrégées de haute qualité constituent également la base de la responsabilisation pour que les gouvernements tiennent leurs engagements en faveur d'une CSU qui fait une place à la SDRS et veiller ainsi à ce que personne ne soit laissé pour compte.

De nombreux PRFI sont confrontés à une multitude de difficultés avec leurs systèmes d'information de santé : données de mauvaise qualité, manque de personnels qualifiés, faible capacité de gestion, carences d'infrastructure (par ex. de fréquentes coupures de courant), manque de place pour le SIS, difficultés technologiques (dysfonctionnement logiciel ou perte de données), pour ne citer qu'elles.⁴¹ Pour faire avancer la SDRS complète dans les progrès réalisés vers la CSU, il faut donc que les pays investissent suffisamment dans leur SIS pour renforcer des activités de recherche de haute qualité, à jour et fiable et la collecte de données systématique sur les grands indicateurs de la SDRS.

L'IPPF insiste sur l'importance de générer et de recueillir des données ventilées par le sexe, l'identité de genre, l'âge, la race, l'appartenance ethnique, le statut migratoire, le handicap, le revenu, la situation géographique et d'autres caractéristiques encore, en tenant dûment compte de la vie privée et des droits de la personne. L'IPPF estime en outre qu'il est essentiel d'adopter une approche sensible au genre dans la collecte de données sur la SDRS, dès lors que personne ne souffre de discrimination supplémentaire. En effet, il a été démontré que le fait d'ignorer certains aspects du genre, comme l'identité de genre et l'orientation sexuelle, éclipse les facteurs de risque et les tendances critiques de la SDRS.

RECOMMANDATIONS CONCRÈTES :

- Préconiser aux gouvernements de générer et de fournir des données d'accès libre, ventilées par des variables pertinentes au contexte. Celles-ci peuvent par exemple porter sur le revenu, le sexe, l'âge, la race, l'appartenance ethnique, le statut migratoire, le handicap, la situation géographique et d'autres caractéristiques, pour permettre d'analyser des groupes de population spécifiques afin de mieux comprendre qui est laissé pour compte.¹⁶
- Contribuer à des activités de suivi et d'évaluation liées à la mise en œuvre des engagements envers la CSU, en veillant à l'adoption de la collecte de données relatives à la SDRS, à ce que ces efforts soient également sensibles au genre et inclusifs, et au développement et au maintien de cette capacité de surveiller et d'analyser les données pertinentes ventilées par le sexe. Il est fondamental de procéder à la collecte de données et à leur ventilation pour faire en sorte que les gouvernements rendent des comptes sur les engagements qu'ils ont pris au titre du Programme 2030 et dans la Déclaration politique sur la CSU.

7. Promouvoir et assurer la mobilisation constructive de la société civile et des communautés

La mobilisation et la participation constructives et actives des OSC et des communautés sont indispensables pour assurer les progrès vers la CSU au niveau national, ainsi que pour contribuer à la planification et à la mise en œuvre réussies au niveau infranational d'interventions de SDR qui répondent aux besoins locaux.⁴²

L'IPPF et d'autres OSC qui se réclament des mêmes idées ont un rôle déterminant à jouer pour demander des comptes aux gouvernements, ainsi que pour favoriser et assurer l'instauration de solides mécanismes de responsabilisation qui veillent aux progrès vers la CSU, y compris l'accès universel à la SDR complète. Il peut s'agir aussi de plaider en faveur de processus transparents et participatifs pour les ensembles de prestations de santé des pays, en s'appuyant sur des données ventilées de haute qualité et les expériences documentées d'acteurs locaux et de communautés, et d'œuvrer pour faire en sorte d'inclure la SDR dans ces ensembles. La contribution constructive des OSC à l'élaboration de mécanismes efficaces de planification, de suivi et d'évaluation est essentielle aussi pour guider l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies de CSU. De plus, des évaluations participatives avec les OSC et les bénéficiaires ciblés se sont avérées utiles pour évaluer l'acceptabilité des plans stratégiques nationaux de SDR et la combinaison d'interventions prévues dans les ensembles de prestations de santé des pays.

L'IPPF et d'autres OSC jouent un rôle essentiel dans l'appui aux réformes juridiques et politiques visant à intégrer la SDR au sein de la CSU, en s'appuyant sur les réussites d'intégration obtenues dans d'autres pays. Cela peut se faire par la promotion de politiques, de lois et d'initiatives propices à des programmes et des services de SDR non stigmatisants pour les jeunes et les femmes, ainsi que par l'ouverture de discussions sur les réformes interdisant le mariage des enfants et la discrimination contre les personnes ayant des orientations sexuelles diverses et des identités et expressions sexuelles diverses, et la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomie corporelle.

RECOMMANDATIONS CONCRÈTES :

- La mobilisation et la participation constructives des OSC est fondamentale pour faire en sorte que les mécanismes de prise de décisions et de responsabilisation reflètent les besoins, les priorités et la diversité des groupes de population. Les OSC, et en particulier les organisations (de défense des droits) des femmes, jouent un rôle important à faire en sorte que les femmes et les filles participent aux processus de participation et de prise de décisions afin de faire valoir les besoins uniques des femmes et des filles en matière d'interventions de SDR.
- Veiller à l'établissement de processus transparents et participatifs au sein des gouvernements en faveur de l'inclusion et de la priorisation d'interventions essentielles de SDR dans les ensembles de santé essentiels des pays, en s'appuyant sur des données ventilées de haute qualité et les expériences documentées d'acteurs locaux et de communautés.⁴³
- Former des alliances stratégiques avec des parlementaires, des commissions parlementaires et des groupes de travail/comités techniques nationaux/régionaux qui travaillent sur la santé et la CSU. L'Union interparlementaire a manifesté son ferme soutien à la protection de la SDR et celui-ci mérite d'être exploité⁴⁴. En outre, les Parlements jouent un rôle important dans les décisions d'affectation des ressources, l'établissement de budgets participatifs et pour influencer les décisions prises à tous les niveaux.⁴³
- Tirer parti des expériences d'intégration réussie de la SDR, ainsi que des obstacles et des limites rencontrés dans d'autres contextes et d'autres pays, afin d'éclairer la prise de décisions sur la couverture sanitaire universelle, d'y participer et de l'orienter. La mobilisation sociale par l'entremise de la société civile et la participation de la communauté sont indispensables pour générer une demande de services et de produits de base de SDR⁴⁵, fournis comme faisant partie intégrante des interventions essentielles de SDR. Elles s'avèrent primordiales aussi pour comprendre et documenter les facteurs sociaux qui s'érigent en obstacles à l'utilisation des services SSR existants, tels qu'une dynamique du genre, des croyances religieuses et des normes culturelles aux effets préjudiciables.⁴⁶

IV. PROCHAINES ÉTAPES

La réalisation de la couverture sanitaire universelle représente des efforts mondiaux ambitieux qui bénéficient actuellement d'une dynamique et d'un élan politique marqués. En tant que mouvement pour le changement, géré à l'échelle locale, présent à l'international dans le domaine de la SDR, l'IPPF entend soutenir pleinement ces efforts au niveau national, facilitée en cela par son vaste réseau d'associations membres.

Il n'existe pas une seule et unique méthode pour parvenir à la CSU et chaque pays en est à un stade différent de mise en œuvre. À mesure que les pays continuent de progresser vers la réalisation de la CSU, de nouvelles opportunités se présentent pour faire progresser et intégrer une approche complète de la SDR, qui passe par la prestation de services essentiels de SSR et des informations fondées sur les droits. Toute réforme de la CSU est forcément complexe,

néanmoins l'adoption d'une approche centrée sur la personne pour les systèmes de santé, telle que décrite ici, peut contribuer à cerner les grands domaines et les principales mesures que peuvent prendre les pays et d'autres organisations et acteurs de SDR afin de faire progresser l'intégration de la SDR au sein de la CSU.

Si certes ce document de position vise à aider à mettre en évidence plusieurs de ces domaines et mesures, il est important de reconnaître que ceux-ci dépendent forcément du contexte, d'où la nécessité de mieux comprendre les circonstances locales et les besoins spécifiques des actuels laissés pour compte. Or justement, en tant que prestataires de services présents à l'international et gérés à l'échelle locale, l'IPPF et ses associations membres sont bien placées pour jouer un rôle de premier plan à aider les pays dans leurs actions vers la réalisation de la CSU.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (2010) *Rapport sur la santé dans le monde : Financement des systèmes de santé – progresser vers la couverture sanitaire universelle*. Genève: OMS.
2. Starrs AM, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. (Accélérer le progrès – santé et droits sexuels et reproductifs pour tous: rapport de la Commission Guttmacher-Lancet). *Lancet*. 391(10140), pp. 2642-2692.
3. Nations Unies (2019) *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle «Couverture sanitaire universelle: bâtir un monde plus sain pour tous» A/RES/74/2*. New York: ONU.
4. Nations Unies (1948) *Déclaration universelle des droits de l'homme*, dans *Assemblée générale des Nations Unies 302(2)*.
5. Organisation mondiale de la Santé (1948) *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Documents de base. 1, p. 22.
6. Nations Unies (1976) *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. New York: ONU.
7. Conseil économique et social des Nations Unies (2000) *Le droit de bénéficier du meilleur état de santé possible*. Genève: ONU.
8. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) (2014) *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire, 5-13 septembre 1994, édition du 20^e anniversaire*. New York: UNFPA.
9. Nations Unies (2015) *Transformer notre monde: le programme de développement durable à l'horizon 2030*. New York: Division pour les Objectifs de développement durable.
10. Fonds des Nations Unies pour la population (2019) *Fulfilling the ICPD promise. Progress, gaps and working at scale. Review of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. (Tenir la promesse de la CIPD. Progrès, lacunes et mise à l'échelle. Examen de la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement)*. New York: UNFPA.
11. Lozano R, et al (2020) Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. (Mesurer la couverture sanitaire universelle à partir d'un indice de la couverture efficace des services de santé dans 204 pays et territoires, 1990-2019: analyse systématique de l'étude sur la charge de morbidité dans le monde de 2019). *Lancet*. 396(10258), pp. 1250-1284.
12. Sully E, et al (2019) *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health. (Bilan: Investir dans la santé sexuelle et reproductive)*. New York: Guttmacher Institute.
13. Riley T. et al (2020) Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries (Estimations des incidences potentielles de la pandémie de COVID-19 sur la santé sexuelle et reproductive dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire). *Int Perspect Sex Reprod Health*. 46, pp. 73-76.
14. UNFPA (2020) *Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage. (Incidences de la pandémie de COVID-19 sur la planification familiale et l'éradication des violences basées sur le genre, les mutilations génitales féminines et le mariage des enfants)*. UNFPA.
15. Kangudie DM, et al (2019) Effective integration of sexual reproductive health and HIV prevention, treatment, and care services across sub-Saharan Africa: where is the evidence for program implementation? (Intégration efficace de services de santé sexuelle reproductive et de prévention, de traitement et de soins du VIH dans toute l'Afrique subsaharienne: Où sont les preuves pour la mise en œuvre du programme? *Reprod Health*. 16(Suppl 1), p. 56.
16. Fonds des Nations Unies pour la population (2019) *Sexual and Reproductive Health and Rights: An essential element of Universal Health Coverage. (Santé et droits sexuels et reproductifs: élément essentiel de la couverture sanitaire universelle)*. New York: UNFPA.
17. Ravindran TKS and Govender V (2020) Sexual and reproductive health services in universal health coverage: a review of recent evidence from low-and middle-income countries. (Les services de santé sexuelle et reproductive dans la couverture sanitaire universelle: Examen des données récentes issues des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire). *Sexual and Reproductive Health Matters*. 28(2), pp. 1-35.
18. Organisation mondiale de la Santé (2014) *Making fair choices on the path to universal health coverage. (Faire des choix équitables sur la voie vers la couverture sanitaire universelle). Rapport final du groupe consultatif de l'OMS sur l'équité et la CSU*. Genève: OMS.
19. Organisation mondiale de la Santé (2010) *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies (Suivi des éléments constitutifs des systèmes de santé: manuel d'indicateurs et de leurs stratégies de mesure)*. Genève: OMS.
20. Kienny MP, et al (2017) Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development (Renforcer les systèmes de santé en faveur de la couverture sanitaire universelle et du développement durable). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 95(7), p. 537.
21. Germain A, et al (2015) Advancing sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: implications for the post-2015 global development agenda. (Promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les pays à revenu faible et intermédiaire: Implications pour le programme mondial de développement post-2015.) *Glob Public Health*. 10(2), pp. 137-48.
22. Berer M (2017) *Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. (Droit et politique sur l'avortement dans le monde: en quête de décriminalisation)*. *Health Hum Rights*. 19(1), pp. 13-27.
23. Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (2018) *Déclaration d'Astana*. Astana.
24. Hopkins J and Collins L (2017) How linked are national HIV and SRHR strategies? A review of SRHR and HIV strategies in 60 countries. (Quel lien existe-t-il entre les stratégies nationales de lutte contre le VIH et de SDRSR? Examen des stratégies de SDRSR et de lutte contre le VIH dans 60 pays.) *Health Policy and Planning*. 32(suppl 4), pp. iv57-iv66.
25. IPPF (2019) *IMAP Statement on Expanding Access and Contraceptive Choice through Integrated Sexual and Reproductive Health Services (Déclaration IMAP sur l'élargissement de l'accès et du choix contraceptif par le biais de services intégrés de santé sexuelle et reproductive)*. Londres: IPPF.
26. IPPF (2020) *Déclaration de l'IMAP sur la couverture sanitaire universelle et la santé et les droits sexuels et reproductifs*. Londres: IPPF.

27. Bacchus LJ, et al (2019) Using Digital Technology for Sexual and Reproductive Health: Are Programs Adequately Considering Risk? (Utilisation de la technologie numérique pour la santé sexuelle et reproductive : les programmes envisagent-ils correctement les risques?) *Glob Health Sci Pract.* 7(4), pp. 507-514.
28. Glassman A, Giedion U et Smith P (2017) *What's in, What's out? Designing Benefits for Universal Health Coverage* (Inclus et exclus : concevoir les prestations pour la couverture sanitaire universelle). Washington DC: Center for Global Development.
29. Mathauer I, et al (2020) Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. (Mise en commun des ressources financières pour la couverture sanitaire universelle : Options de réforme.) *Bull World Health Organ.* 98(2), pp. 132-139.
30. OCDE (2005) *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.*
31. Xu K, Soucat A et Kutzin J (2018) *Public Spending on Health: A closer look at global trends* (Dépenses publiques de santé : examen rapproché des tendances mondiales), dans *WHO/IHIS/HGF/HF/WorkingPaper/18.3*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
32. Fonds des Nations Unies pour la population (2019) *Supplement to background paper on universal access to sexual and reproductive health and rights as an essential element of universal health coverage* (Supplément au Document de base sur la santé et les droits sexuels et reproductifs : Élément essentiel de la couverture sanitaire universelle). UNFPA.
33. Organisation mondiale de la Santé (2016) *Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals* (Exigences en matière de personnels de santé pour la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable). Document de base n° 1 relatif à la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé. Genève : OMS.
34. Sturchio J, Kickbusch I et Galambos L (2018) *The road to universal health coverage. Innovation, equity and the new health economy* (La voie vers la couverture sanitaire universelle. Innovation, équité et la nouvelle économie de la santé). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
35. Organisation mondiale de la Santé (2018) *What do we mean by availability, accessibility, acceptability and quality (AAAQ) of the health workforce* (Qu'entend-on par disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité (AAAQ) des personnels de santé). OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé. Disponible à : <http://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en>.
36. Campbell J, et al (2013) Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. (Ressources humaines pour la santé et la couverture sanitaire universelle : favoriser l'équité et une couverture efficace.) *Bull World Health Organ.* 91(11), pp. 853-63.
37. Bhutta ZA, et al (2010) *Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems* (Expérience mondiale des agents de santé communautaires pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : examen systématique, études de cas par pays et recommandations en vue de leur intégration dans les systèmes de santé nationaux). OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé.
38. Organisation mondiale de la Santé (2012) *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale*. Genève : OMS.
39. Organisation mondiale de la Santé (2011) *Santé sexuelle et reproductive compétences de base en soins primaires*. Genève : OMS.
40. Family Planning 2020 (2020) *Indicateurs 10-11 : Ruptures de stock et disponibilité de contraceptifs*. Disponible à : <http://2016-2017progress.familyplanning2020.org/fir/measurement-section/contraceptive-stock-outs-and-availability-indicators-10-11>.
41. Upadhya N, et al (2016) Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis (Systèmes d'information sur la santé mentale dans six pays à revenu faible et intermédiaire : analyse de la situation à travers les pays). *International Journal of Mental Health Systems.* 10(1), p. 60.
42. Fonds des Nations Unies pour la population (2010) *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights* (Santé sexuelle et reproductive pour tous : Réduire la pauvreté, faire progresser le développement et protéger les droits humains). New York : UNFPA.
43. The Partnership for Maternal Newborn and Child Health (2019) *Prioritizing essential packages of health services in six countries in sub-Saharan Africa: implications and lessons for SRHR*. (Prioriser les ensembles essentiels de services de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne : implications et leçons pour la SDSR).
44. Union interparlementaire (2019) *Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030 : le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé*. 141^e Assemblée de l'UIP Belgrade, Serbie.
45. Denno DM, Hoopes AJ et Chandra-Mouli V (2015) Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. (Stratégies efficaces pour fournir des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents et accroître la demande et le soutien communautaire). *J Adolesc Health.* 56(1 Suppl), pp. S22-41.
46. Santhya KG et Jejeebhoy SJ (2015) Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries. (Santé sexuelle et reproductive et droits des adolescentes : Preuves issues de pays à revenu faible et intermédiaire). *Glob Public Health.* 10(2), pp. 189-221.



Publié en décembre 2021 par International Planned Parenthood Federation

4 Newhams Row, Londres SE1 3UZ, Royaume-Uni

tél. +44 (0)20 7939 8200

fax +44 (0)20 7939 8300

web www.ippf.org

e-mail info@ippf.org

Œuvre de bienfaisance britannique enregistrée sous le n° 229476