

Déclaration de l'IMAP

sur la couverture sanitaire universelle et la santé et les droits sexuels et reproductifs

Cette déclaration a été préparée par le comité international de conseil médical (IMAP), et approuvée en octobre 2020.

Contexte

Le monde s'est engagé à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici 2030.¹ La couverture sanitaire universelle 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*. La CSU comprend l'éventail complet de services de santé essentiels et de qualité, de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réinsertion et aux soins palliatifs², et comprend un engagement explicite à fournir des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) à tous.

La CSU est profondément enracinée dans le droit à la santé, tel qu'il est énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948³, la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴ et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976⁵. La CSU pose les bases de la promotion et de la réalisation des normes les plus élevées en matière de santé et de bien-être pour toutes les personnes, quel que soit leur âge et leur groupe social, sans discrimination aucune, et joue un rôle essentiel dans les progrès des pays vers un développement économique social équitable et durable.

En tant que fervent défenseur^a de l'accès universel aux soins, aux services et aux droits essentiels de la SSR, l'IPPF estime que les efforts visant à réaliser la CSU doivent s'ancrer dans des principes d'équité, d'égalité,

de justice sociale et de droit à la santé pour tous.

La santé et les droits sexuels et reproductifs (la SDR)^b constitue un élément essentiel de la CSU et fait partie intégrante du droit à la santé pour tous,⁶ comme l'entend la Déclaration politique de la CSU adoptée en 2019.¹ Pour réaliser ce droit, chaque individu doit être libre de faire ses propres choix au sujet de son corps et de sa SSR, sans aucune forme de discrimination, de stigmatisation, de violence ou de coercition. Des soins, des études et des informations de qualité en matière de SSR devraient être disponibles, accessibles et abordables pour tous ceux qui en ont besoin, indépendamment de leur âge, de leur état civil, de leur orientation sexuelle, de leur identité sexuelle, de leur race, de leur appartenance ethnique, de leur situation géographique, de leur situation socioéconomique et d'autres considérations (par exemple, juridiques, religieuses, politiques). En outre, la SDR est essentielle pour réaliser la santé et le bien-être globaux des individus et constitue donc un moteur essentiel pour accélérer les progrès vers le développement durable.

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

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

b Il est à noter que la notion de santé et de droits en matière de sexualité et de reproduction adoptée dans cette déclaration 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 les progrès- santé et droits reproductifs et sexuels pour tous : rapport de la Commission Lancet-Guttmacher). *Lancet*. 391(10140), pp. 2642–2692.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a marqué un tournant décisif vers une approche axée sur les personnes, inscrivant la SDSR 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 être au cœur du développement durable.⁷ Depuis 1994, le monde a fait de grands progrès dans la réduction des morbidités et de la mortalité liées à la SSR.⁸

Les objectifs de développement durable (ODD)⁹ reconnaissent l'importance de la SDSR pour améliorer la santé et réaliser l'égalité entre les genres. Outre l'objectif de réalisation de la CSU (cible 3.8), l'Agenda 2030 engage également les pays à atteindre *l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive* (cible 3.7) et *l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction* (cible 5.6).

Malgré ces améliorations, les progrès accomplis ont été inégaux¹⁰ et les initiatives à grande échelle visant à renforcer les systèmes de santé ont souvent délaissé la SDSR. En conséquence, la prestation de services essentiels de SSR, et l'accès à ceux-ci, se sont avérés insaisissables et inéquitable, alors que la réalisation du plus haut niveau possible de SSR et donc de droit à la santé est encore hors de portée pour beaucoup trop de personnes. C'est particulièrement le cas dans les pays les plus pauvres où sont maintenant largement concentrés des taux perpétuellement élevés de maladie liée à la SSR et de mortalité

connexe. Par exemple, 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 contraception¹¹ et 25 millions d'avortements non médicalisés se produisent chaque année. Plus de 350 millions de femmes et d'hommes sont en manque de traitement pour des infections sexuellement transmissibles (IST) guérissables et l'ampleur et l'impact des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) sont stupéfiantes, affectant environ un tiers de toutes les femmes au cours de leur vie.⁸ La pandémie de COVID-19 non seulement porte atteinte à la prestation des services SSR, mais elle exacerbe encore plus les difficultés liées à la poursuite de la prestation et à la garantie de l'accès à tout un éventail de services SSR essentiels,¹² ainsi qu'à des initiatives de prévention et de lutte contre les VSBG¹³.

Comme en témoigne un corpus croissant de recherches, les mauvais résultats dans le domaine sanitaire sont fortement liés aux inégalités entre les genres, à la discrimination, à la violence et au manque d'information et de services en matière de SDSR.¹⁴ L'intégration de la SDSR dans les interventions et les programmes de santé joue un rôle important dans l'amélioration de la santé et du bien-être pour tous.¹⁵ La CSU offre la possibilité de cette intégration¹⁶, et l'accès universel à la SDSR ne peut être réalisé sans que les pays ne définissent une voie vers la CSU qui inclue la priorisation des ressources en fonction des besoins de santé, sous-tendue par les principes de la santé comme droit humain, ne laisser personne pour compte, l'égalité entre les genres, et l'inclusion et la non-discrimination.¹⁷

L'intégration de la SDSR dans les interventions et les programmes de santé est importante pour améliorer la santé et le bien-être de tous. La CSU offre cette opportunité, et l'accès universel à la SDSR ne sera atteint que si les pays définissent une voie vers la CSU, qui comprend la priorisation des ressources en fonction des besoins de santé, sous-tendue par le principe de la santé en tant que droit humain.

Objet de cette déclaration

Cette déclaration a pour objet d'accompagner les associations membres de l'IPPF pour informer et renforcer leurs efforts de plaidoyer en vue de l'intégration et de la prestation de services essentiels de SSR dans les plans d'action nationaux de CSU. La déclaration renforce également l'engagement de l'IPPF envers une approche fondée sur les droits à l'égard de la prestation des services de SSR.

c Le ratio de mortalité infantile 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 diminué (de 65 à 44 naissances pour 1 000 femmes entre 1990-95 et 2019) et on constate le recul 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 % (UNFPA, 2019).

Public visé

La déclaration est principalement destinée à être utilisée par les associations membres de l'IPPF dans le monde entier et par le Secrétariat. Elle s'adresse en outre à toutes les autres organisations de la société civile, aux ministères de la Santé, à la communauté du développement élargie, qui comprend l'OMS et d'autres agences des Nations Unies, ainsi qu'aux décideurs et aux responsables politiques, aux militants et aux chercheurs qui œuvrent à améliorer l'accès à la SDR par son intégration dans les plans et stratégies nationaux de santé en faveur de la CSU.

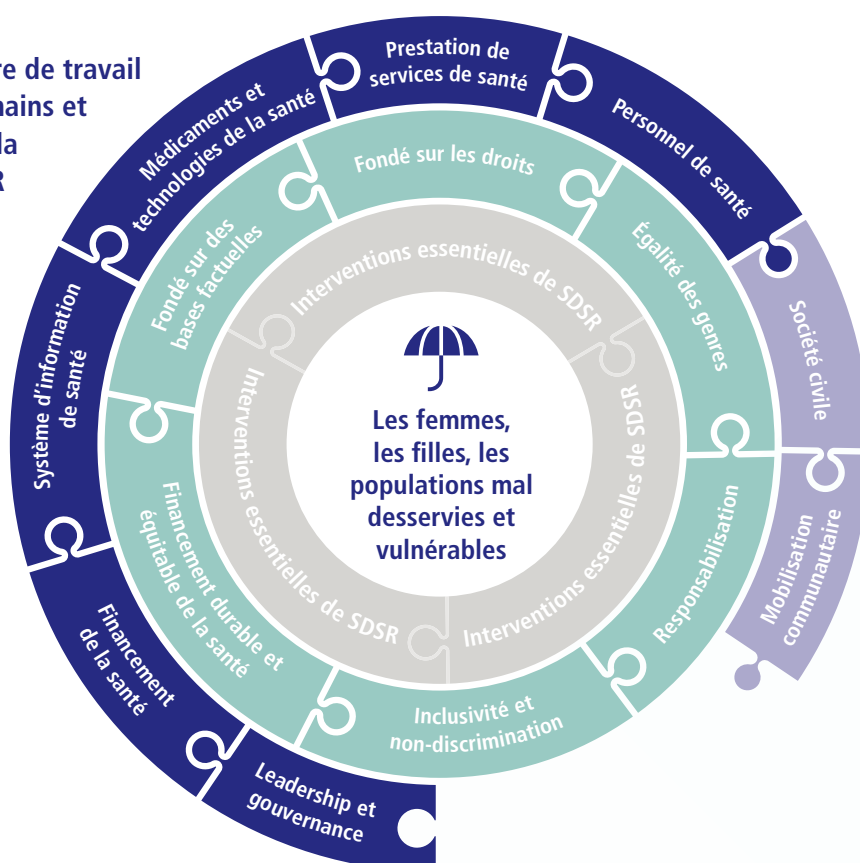
Une perspective axée sur les personnes et les systèmes de santé pour intégrer la SDR dans la CSU

Pour faire progresser l'accès universel à la SDR au sein de la CSU, des progrès doivent être faits pour mettre en œuvre des interventions essentielles de SSR^d qui répondent aux besoins de tous les individus

en matière de SDR, en mettant l'accent sur les laissés pour compte, et pour déployer des stratégies de financement capables de soutenir ces efforts. Dans les pays aux ressources limitées, l'accès à ces interventions peut être progressivement élargi, en accord avec les principes de réalisation progressive^{e18} 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 SSR sont entreprises dans le cadre général du renforcement du système de santé. Une approche axée sur les systèmes de santé exige des actions délibérées dans les six éléments constitutifs étroitement liés de ces systèmes, tels que définis par l'OMS.¹⁹

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

GRAPHIQUE 1 : Un cadre de travail axé sur les droits humains et sur la personne pour la réalisation de la SDR complète au sein de la CSU



d Il est à noter que le terme « interventions essentielles de SSR » est utilisé dans cette déclaration en référence à la terminologie appliquée par la Commission Guttmacher-Lancet sur la SDR 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 il est fait valoir tout au long de cette déclaration, le processus de priorisation doit être transparent et fondé sur des principes d'équité, d'inclusion et de non-discrimination.

e La réalisation progressive de la CSU renvoie au processus de catégoriser les services en classes prioritaires, d'élargir l'accès à des services hautement prioritaires pour tous et de veiller à ce que des groupes défavorisés ne soient pas laissés pour compte (OMS, 2014).

À l'instar de tout le travail de l'IPPF, le cadre illustre bien la priorité donnée aux personnes et à leurs besoins en matière de santé qui s'inscrivent au cœur de ces activités. Le premier cercle représente la nécessité de mettre en œuvre des interventions qui répondent aux besoins de SDR de tous, y compris des femmes, des filles, des populations mal desservies et des populations vulnérables.

Le deuxième cercle fait ressortir les grands principes pour bâtir une approche de l'intégration de la SDR dans la CSU qui repose sur 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. L'adoption d'une approche fondée sur les droits est essentielle dans les interventions de SDR et devrait s'appliquer universellement à tous pour répondre à leurs besoins de SDR, contribuant ainsi à la réalisation de leur droit à la santé.

Le cercle extérieur non fermé illustre le fait que la réalisation de la SDR au sein de la CSU dépend du renforcement des systèmes et des actions de santé dans les six composantes fondamentales des éléments constitutifs de l'OMS (leadership et gouvernance, financement de la santé, système d'information sanitaire, médicaments et technologies essentiels, prestation de services de santé et personnel de santé¹⁹), et dépend aussi de la participation communautaire et du renforcement d'une société civile forte et prospère.

Le cercle extérieur non fermé traduit la nature ouverte des systèmes de santé. Il reflète aussi la réalité que, si certes les systèmes de santé sont déterminants à la mise en œuvre et à la fourniture de l'accès aux interventions essentielles de SDR, il n'en reste pas moins qu'une approche multisectorielle s'impose : en effet, une SDR complète déborde le champ du système de santé et implique d'autres secteurs, comme l'éducation.

La réalisation de la SDR au sein de la CSU dépend du renforcement des systèmes et des actions de santé dans toutes les composantes fondamentales des éléments constitutifs de l'OMS (leadership et gouvernance, financement de la santé, système d'information sanitaire, médicaments et technologies essentiels, prestation de services de santé et personnel de santé, et dépend aussi de la mobilisation communautaire et de l'établissement d'une société civile forte.

Recommandations pour les associations membres

S'appuyant sur ce cadre, cette section fournit des recommandations qui relèvent de chacun des six éléments constitutifs des systèmes de santé de l'OMS, appelant aussi à la participation de la société civile et à la mobilisation communautaire. Elles fournissent des orientations aux associations membres pour préconiser auprès des pays l'élaboration de feuilles de route adaptées au contexte vers l'accès universel à la SDR au sein de la CSU et les aider à cet égard.

1. Défendre et soutenir l'inclusion et l'intégration de la SDR dans les plans stratégiques nationaux de CSU

L'intégration réussie de la SDR complète dans le programme de CSU exige un leadership, une gouvernance et un soutien efficaces, coordonnés aux niveaux régional, national et infranational.

- Les associations membres devraient plaider auprès des gouvernements nationaux en faveur de l'élaboration d'un plan stratégique de SDR national solide et chiffré qui fait partie intégrante de leurs stratégies nationales de CSU, et les aider en la matière.
- Les associations membres sont bien placées pour contribuer à élargir la visibilité et la portée de la SDR dans les débats nationaux sur la CSU en utilisant toutes les occasions qui se présentent

pour relayer les réussites, les difficultés et les bonnes pratiques en matière de SDR, et l'impact de la SDR sur la santé et la vie des femmes et des filles.

- Aux côtés de partenaires nationaux, régionaux et mondiaux, les associations membres devraient viser à améliorer la coordination et la collaboration entre les secteurs afin de soutenir l'intégration de la SDR dans les plans de CSU, en sollicitant la participation des secteurs de l'éducation, de la protection, de l'eau, assainissement et hygiène (WASH), de l'environnement, des interventions en cas de catastrophe, pour ne citer qu'eux.
- Les associations membres ont un rôle important à jouer en continuant de 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 SDR fondés sur les droits, non stigmatisants et tenant compte de la dimension du genre²⁰, pour réduire ainsi les obstacles et augmenter l'accès aux services essentiels de SSR. La libéralisation de l'avortement sera nécessaire 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.²¹

Les associations membres ont un rôle important à jouer en continuant de plaider au niveau national pour que les gouvernements élaborent et mettent en œuvre des politiques, des lois et des initiatives qui appuient les programmes et les interventions de SDR axés sur les droits, non stigmatisants et tenant compte de la dimension du genre, réduisant ainsi les obstacles et augmentant l'accès aux services essentiels de SSR.

2. Promouvoir et mettre en œuvre un ensemble intégré de services essentiels de SSR (EISE)

Dans leur cheminement vers la CSU, les pays doivent veiller à ce que des services prioritaires soient offerts et accessibles à l'ensemble de la population. Les services doivent être disponibles, accessibles tant sur le plan physique que financier, de haute qualité, acceptables, sécurisés et sensibles à la culture. En outre, les services offerts devraient également faire évoluer favorablement les inégalités entre les genres, être confidentiels, respectueux, non discriminatoires et dépourvus de toute stigmatisation, et ils devraient tenir compte des besoins de divers 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 LGBTQI+. Une telle démarche nécessite de s'attaquer aux obstacles économiques, politiques, socioculturels et géographiques qui empêchent ou entravent actuellement l'accès aux soins de SSR.

Aux côtés des soins de santé communautaires, les soins de santé primaires (SSP) constituent souvent le premier contact avec les services de santé et la réalisation de la SDSR au sein de la CSU repose sur une approche solide des SSP⁷, qui est cruciale pour assurer l'utilisation efficace de ressources de santé rares et rendre accessibles les soins de santé dans les régions les plus isolées. Un système de soins de santé primaires couvre des services de santé de haute qualité, sûrs, 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.²²

- Comme la plupart des interventions essentielles de SDSR peuvent être dispensées efficacement au niveau communautaire ou primaire du système de santé à un faible coût pour l'État, les associations membres 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 (EISE) de l'IPPF. Sont concernés les services d'accompagnement en matière de SSR, la contraception, les soins liés à l'avortement sécurisé, les IST/infections de l'appareil reproducteur, le VIH, la gynécologie, la santé maternelle et les services de VSBG.²³
- Les associations membres peuvent démontrer et promouvoir les avantages de modèles intégrés de prestation de services, qui sont prouvés accroître l'adoption des services, réduire la stigmatisation, fournir une meilleure qualité de soins et faire un usage plus efficace des ressources du système de santé.²⁴
- De plus, de nouveaux modèles de prestation de services sont nécessaires pour améliorer l'accès aux services essentiels de SSR. Les associations membres peuvent s'appuyer sur leur expérience pour élaborer et promouvoir l'utilisation d'approches et d'outils novateurs et économiques (par ex. la santé numérique, la télémédecine), à intégrer dans les SSP pour les élargir par le truchement de la délégation des tâches et le recours à des agents de santé communautaires, qui sont souvent des femmes, afin d'assurer l'accès dans les zones difficiles à atteindre et pour les groupes de population mal desservis et marginalisés.²⁵ Ces approches novatrices devraient toujours s'appuyer sur des recommandations fondées sur des données probantes et assurer la sécurité et l'efficacité des interventions.

Les pays doivent veiller à ce que des services prioritaires soient offerts et accessibles à l'ensemble de la population. Une telle démarche nécessite de s'attaquer aux obstacles économiques, politiques, socioculturels et géographiques qui empêchent ou entravent actuellement l'accès aux soins de SSR.

3. Plaider en faveur d'un financement durable et efficace de la santé pour la SDSR dans la CSU

Un ensemble de prestations de santé explicitement défini constitue l'instrument stratégique clé pour orienter les systèmes de santé sur la voie vers la réalisation de la CSU. Il définit une enveloppe de services de santé qui peuvent être financés et fournis de manière durable, en tenant compte de la situation spécifique de chaque pays et des capacités de son système de santé.²⁶ Dès lors que la SSR est incluse dans un ensemble de prestations de santé, les services de SSR seront soit entièrement soit partiellement pris en charge par le financement public, ce qui réduira le fardeau des dépenses non remboursées pour avoir accès à ces services. Par conséquent, l'accroissement de l'accès à la SDSR au sein de la CSU exige la priorisation des interventions essentielles de SSR et leur inclusion dans ces ensembles. Au fur et à mesure que les ressources (financières et humaines) disponibles augmenteront, les pays devraient accroître progressivement le nombre d'interventions de SSR inclus dans leur ensemble de prestations de santé. 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 aux services inclus dans l'ensemble de prestations de santé.

- Les associations membres devraient plaider en faveur de l'augmentation des dépenses nationales/publiques en matière de santé, en particulier dans les PRFI.^{2,27} Les dépenses de SDSR sont des investissements qui permettent d'économiser des coûts plutôt que des décaissements et ils peuvent réaliser un important retour sur investissement.²⁸
- Les associations membres devraient plaider en faveur de l'inclusion des services SSR dans les ensembles de prestations de santé, pour veiller à ce qu'ils ne deviennent pas délaissés et sous-financés en cas de changements de priorités de la part des bailleurs de fonds externes. 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 SDSR, telles que stipulées dans l'ensemble de prestations de santé.

- Les associations membres devraient préconiser que les gouvernements lèvent et mettent en commun des ressources suffisantes pour la CSU, qui permettent d'assurer un flux de fonds stable et prévisible consacré au secteur de la santé. Elles peuvent ainsi préconiser l'adoption de mécanismes de pré-paiement ainsi que la mise en commun des fonds, deux mesures essentielles pour réduire les paiements non remboursés plutôt que de diminuer les dépenses et leurs effets préjudiciables sur l'accès aux services, ainsi que les paiements catastrophiques et appauvrissants.²⁹

Un ensemble de prestations de santé explicitement défini constitue l'instrument stratégique clé pour orienter les systèmes de santé sur la voie vers la réalisation de la CSU. Il détermine un ensemble de services de santé qui peuvent être financés et fournis de manière durable, en tenant compte de la situation spécifique de chaque pays et des capacités de son système de santé. Avec l'inclusion de la SSR dans un ensemble de prestations de santé, les services seront entièrement ou partiellement pris en charge par le financement public et réduiront le fardeau des dépenses non remboursées pour y avoir accès.

4. Préconiser un nombre suffisant d'agents de santé de SSR qualifiés, performants et répartis équitablement

Le personnel de santé constitue le socle indispensable à la réalisation de la CSU, y compris de l'accès universel aux soins de SSR. Le manque d'agents de santé restreint 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.³⁰ 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.³¹

- Les associations membres devraient préconiser de veiller à recruter et former un nombre suffisant de professionnels de santé qualifiés, y compris pour la prestation de services SSR, pour contribuer à la réalisation de la CSU au niveau national. La répartition des agents de santé, leur formation et leurs compétences devraient être adéquates pour répondre aux besoins de la population et fournir des soins axés sur les personnes et adaptés à la culture,³² en confiant la responsabilité de services SSR spécifiques à des agents de santé dûment formés.³³
- Pour remédier rapidement et efficacement aux manques critiques d'agents de santé, les associations membres 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.³⁴ 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.

Le personnel de santé constitue le socle indispensable à la réalisation de la CSU, y compris de l'accès universel aux soins de SSR. Le manque d'agents de santé restreint la couverture des services essentiels, en particulier dans les PRFI.

5. Assurer la mise à disposition constante des produits et fournitures essentiels de SSR

Afin de progresser vers l'accès universel aux interventions essentielles de SDR, les médicaments, fournitures et équipements essentiels de SSR doivent être régulièrement mis à la disposition des points de prestation de services pertinents du système de santé. Les données d'Afrique subsaharienne, par exemple, font état de ruptures de stock persistantes de méthodes contraceptives modernes dans les établissements de santé publics.³⁵ Un approvisionnement constant 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 en médicaments de SSR et a souligné les fragilités des chaînes de distribution mondiales.

- Les associations membres devraient plaider pour que les ministères de la Santé passent en revue les systèmes existants de la chaîne d'approvisionnement pour chacune des composantes des interventions essentielles de SDR, en vue de combler les lacunes relevées.
- Les associations membres jouent un rôle important pour informer et influencer les activités du Plan national d'approvisionnement. Par leur participation aux stratégies nationales d'approvisionnement et aux processus de prise de décisions, les associations membres peuvent repérer les éventuels problèmes en matière de sécurité des produits de base de SSR, en faire part et y remédier.
- Dans le cadre des interventions essentielles de SDR, les associations membres peuvent se prêter à des activités de création de demande et de sensibilisation, et de communication pour le changement de comportements, afin d'en favoriser l'acceptabilité par la communauté et de l'inciter à participer à en améliorer l'accès.
- Les associations membres peuvent jouer un rôle déterminant pour préconiser l'inclusion 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 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 SDSR 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 connexes pour le système de santé, ventilées en fonction des besoins de la population, du sexe et de l'âge, et analysées en fonction du genre. Le renforcement des systèmes de données est important pour éclairer la prise de décisions et produire les politiques, programmes, budgets et évaluations qui s'y rapportent. Ils constituent également la base de la responsabilisation des gouvernements pour tenir leurs engagements envers la CSU. Pour cela, il faut donc que les pays investissent suffisamment dans le SIS pour renforcer des activités de recherche de haute qualité, à jour et fiable et la collecte de données de routine sur les indicateurs clés de la SDSR.

- Les associations membres devraient préconiser aux gouvernements de produire et de fournir des données à accès ouvert ventilées par des variables pertinentes au contexte. Celles-ci pourraient par exemple porter sur le revenu, le sexe, l'âge, la race, l'appartenance ethnique, le statut de migrant, 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.¹⁷
- En partenariat avec des organisations de la société civile (OSC) aux vues similaires, les associations membres jouent un rôle important dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des engagements envers la CSU : elles veillent à l'adoption de la collecte de données relatives à la SDSR, à ce que ces efforts soient également sensibles au genre et inclusifs, et au maintien de cette capacité de surveiller et d'analyser les données pertinentes ventilées par le sexe.

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

La mobilisation et la participation constructives 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 d'interventions de SDSR qui répondent aux besoins locaux.³⁶

- La mobilisation et la participation constructives des associations membres et 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 associations membres jouent un rôle important en veillant à ce que les femmes participent aux processus de participation et de prise de décisions afin de faire valoir les besoins spéciaux des femmes et des filles en matière d'interventions de SDSR.
- Les associations membres jouent un rôle important en veillant à l'établissement de processus transparents et participatifs pour l'inclusion et la priorisation d'interventions essentielles de SDSR dans les ensembles de santé essentiels, en s'appuyant sur des données ventilées de haute qualité et les expériences documentées d'acteurs locaux et de communautés.³⁷
- Les associations membres et les OSC devraient s'efforcer de former des alliances stratégiques avec les parlementaires, les comités parlementaires et les 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 SDSR et celui-ci mérite d'être exploité³⁸ et les parlements jouent un rôle important dans les décisions d'allocation des ressources, d'établissement de budgets participatifs et d'influence de la prise de décisions à tous les niveaux.³⁷
- Les associations membres peuvent aussi tirer parti des expériences d'intégration réussie de la SDSR, ainsi que des obstacles et des limites rencontrés, pour les relayer à d'autres contextes et d'autres pays afin d'informer, de participer et d'orienter la prise de décisions sur la couverture de santé universelle. La mobilisation sociale par le truchement de la participation de la société civile et de la communauté est impérative pour générer une demande de services et de produits de base de SDSR³⁹, fournis dans le cadre des interventions essentielles de SDSR. Elle s'avère primordiale 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.⁴⁰

Résumé et marche à suivre

La réalisation de la couverture de santé universelle représente un effort mondial ambitieux qui bénéficie actuellement d'une traction et d'un élan politique marqués. Bien que chaque pays en soit à un stade différent de mise en œuvre, à mesure qu'il avance sur la voie vers la CSU, de nouvelles opportunités se présentent pour faire progresser et intégrer une approche globale de la SDSR et des services essentiels de SSR. Les réformes de la CSU sont d'une complexité intrinsèque, néanmoins l'adoption d'une approche axée sur les personnes et les systèmes de santé peut contribuer à identifier les domaines et les mesures clés qui peuvent être prises pour faire progresser l'intégration de la SDSR dans la CSU. La présente déclaration a mis en évidence plusieurs de ces domaines et de ces actions, mais comme ils dépendent du contexte, il est crucial de mieux comprendre les circonstances locales et les besoins spécifiques des actuels laissés pour compte. Or justement, les associations membres de l'IPPF sont bien placées pour jouer un rôle de premier plan à cet égard.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude à Dr Jesper Sundewall, Dr Fabian Cataldo, Dr Sarah Onyango et Andrea Hanna Kaiser pour la rédaction de cette déclaration, ainsi qu'au Dr Ian Askew et au professeur Michael Mbizvo pour leur apport technique et leurs conseils en tant qu'examineurs principaux. Nous sommes également reconnaissants aux membres du Groupe de travail de la CSU et à d'autres collègues de l'IPPF d'avoir revu ce document. Enfin, nous remercions les membres de l'IMAP, le comité international de conseil médical de l'IPPF, pour le soutien qu'ils nous ont apporté : Dr Ian Askew, Professeur Kristina Gemzell Danielsson, Dr France Anne Donnay, Dr Raffaella Schiavon Ermani, Anneka Knutsson, Professeur Oladapo Alabi Ladipo, Professeur Michael Mbizvo (Président), Janet Meyers, et Professeur Hextan Yuen Sheung Ngan pour leurs précieux conseils et leurs revues en temps opportun offerts au cours de l'élaboration de cette déclaration.

À mesure que les pays progressent sur la voie vers la CSU, de nouvelles opportunités se présentent pour faire progresser et intégrer une approche globale de la SDSR et des services essentiels de SSR.

Références

1. Nations Unies (ONU) (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.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010) *Rapport sur la santé dans le monde : Financement des systèmes de santé – progresser vers la couverture sanitaire universelle*. Genève : OMS.
3. Nations Unies (1948) *Déclaration universelle des droits de l'homme*, dans *Assemblée générale des Nations Unies 302(2)*.
4. OMS (1948) *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Documents de base, 1, p. 22.
5. Nations Unies (1976) *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. New York : ONU.
6. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (2000) *Le droit de bénéficier du meilleur état de santé possible*. Genève : ONU.
7. 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 20e anniversaire*. New York : UNFPA.
8. UNFPA (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.
9. Nations Unies (2015) *Transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030*. New York : ONU.
10. 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*. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
11. 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.
12. 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.
13. 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.) Note technique intérimaire avril 2020*. New York : UNFPA.
14. Starrs AM, et al (2018) *Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. (Accélérer les progrès – santé et droits reproductifs et sexuels pour tous : rapport de la Commission Lancet-Guttmacher)*. *Lancet*. 391(10140), pp. 2642–2692.
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. 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 de santé 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.
17. UNFPA (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.
18. OMS (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. OMS (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. 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.
21. 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 dépénalisation)*. *Health Hum Rights*. 19(1), pp. 13–27.
22. OMS (2019) *Déclaration d'Astana (Conférence mondiale sur les soins de santé primaires 2018)*. Genève : OMS.
23. 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.
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 SDRS ? Examen des stratégies de SDRS et de lutte contre le VIH dans 60 pays.)* *Health Policy Plan*. 32(suppl_4), pp. iv57–iv66.

25. 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.
26. Glassman A, Giedion U and 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.
27. Xu K, Soucat A, and Kutzin J (2018) *Public Spending on Health: A closer look at global trends*, (Dépenses publiques de santé : examen rapproché des tendances mondiales), in *WHO/HIS/HGF/HFWWorkingPaper/18.3*. Genève : OMS.
28. UNFPA (2019) *Supplement to Background Paper on Sexual and Reproductive Health and Rights: 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). New York : UNFPA.
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. OMS (2016) *Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals*. (Exigences en matière d'effectifs 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.
31. 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.
32. 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 de santé universelle : favoriser l'équité et une couverture efficace.) *Bull World Health Organ.* 91(11), pp. 853–63.
33. OMS (2011) *Santé sexuelle et reproductive compétences de base en soins primaires*. Genève : OMS.
34. OMS (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.
35. Family Planning 2020. Measurement: Indicators 10-11: contraceptive stock-outs and availability. (Planification familiale 2020. Mesure : Indicateurs 10-11 : Ruptures de stock et disponibilité de contraceptifs). Disponible à : <http://2016-2017progress.familyplanning2020.org/en/measurement-section/contraceptive-stock-outs-and-availability-indicators-10-11> [Consulté le 2 juillet 2020]
36. UNFPA (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.
37. 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 SDRS). Sida.
38. Union interparlementaire (2019) Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030 : le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé. 141e Assemblée de l'UIP Belgrade, Serbie.
39. 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.
40. 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.

Qui nous sommes

La Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) est une organisation mondiale prestataire de services et un défenseur de premier ordre de la santé et des droits de tous en matière de sexualité et de reproduction. Nous sommes un mouvement mondial constitué d'organisations nationales qui œuvrent pour et avec les communautés et les individus.

IPPF

4 Newhams Row
Londres SE1 3UZ
Royaume-Uni

tél. : +44 20 7939 8200
fax : +44 20 7939 8300
e-mail : info@ippf.org
www.ippf.org

Œuvre de bienfaisance britannique enregistrée
sous le n° 229476

Publication – Octobre 2020