



Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national

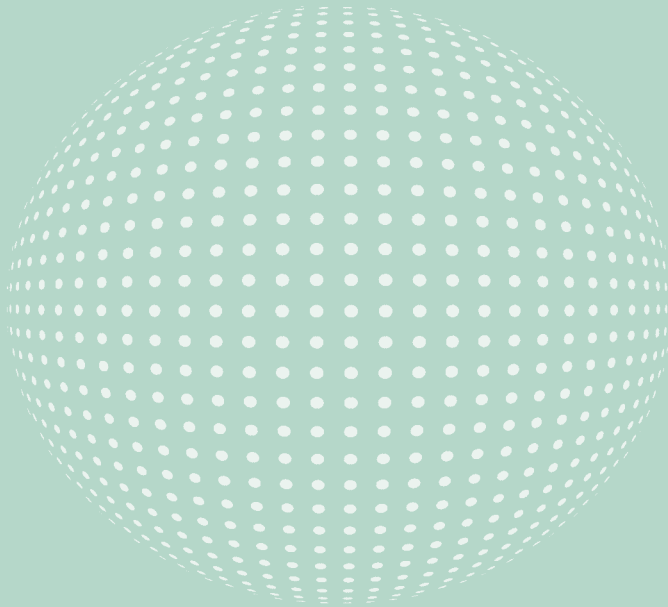


Considérations conceptuelles et pratiques
et indicateurs apparentés



Organisation
mondiale de la Santé





Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Assurer l'accès universel à la santé génésique: suivi des progrès accomplis à l'échelon national: considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés.

1.Médecine reproduction. 2.Accessibilité service santé. 3.Services de médecine de la reproduction. 4.Indicateur état sanitaire. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Fonds des Nations Unies pour la population.

ISBN 978 92 4 259683 0

(NLM classification: WQ 200)

© Organisation mondiale de la Santé 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse

Table des matières

Remerciements	i
1. SUIVI DE LA REALISATION DE L'ACCES UNIVERSEL A LA SANTÉ GENESIQUE : GENERALITES ET PRINCIPES	1
1.1 Historique de la consultation et des objectifs	1
<i>Objectifs</i>	2
<i>Résultats escomptés</i>	2
1.2 Mesurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique	3
1.3 Travaux antérieurs sur les indicateurs de santé sexuelle et génésique	4
1.4 "L'accès universel à la santé génésique" dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement, et ses incidences pour les programmes de pays	6
1.5 Les résultats en matière de santé sexuelle et génésique et les soins de santé dans le contexte de la CIPD	7
<i>Mesure des résultats dans le domaine de la santé sexuelle et génésique</i>	8
<i>Le rôle des soins de santé et des déterminants sociaux</i>	8
1.6 Résumé et recommandations	10
2. CADRE POUR LE SUIVI DE LA REALISATION DE L'ACCES UNIVERSEL A LA SANTE SEXUELLE ET GENESIQUE	11
2.1 Indicateurs recommandés	13
2.2 Discussion et recommandations	23
<i>Principes</i>	23
<i>Contraintes</i>	23
<i>Mesures à prendre</i>	24
3. INDICATEURS POTENTIELS SUR LES LIENS ENTRE SANTE SEXUELLE ET GENESIQUE ET VIH/SIDA	27
3.1 Généralités et justification	27
3.2 Indicateurs potentiels	28
3.3 Discussion et recommandations	28
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXE 1. Application d'indicateurs définis au niveau mondial à des contextes locaux – études de cas	31
ANNEXE 2. Prestation de services de santé génésique dans les pays en développement : facteurs propices et obstacles – le cas du Congo	36
ANNEXE 3. Indicateurs potentiels des liens entre santé sexuelle et génésique et VIH au niveau de la prestation des services	38
ANNEXE 4. Définitions	41
ANNEXE 5. Programme de la réunion	42
ANNEXE 6. Liste des participants	44

Remerciements

La coordination de la consultation technique et de l'élaboration du présent rapport a été assurée par Lale Say et Mike Mbizyo, du Département de la Santé et de la Recherche génésiques à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et par Stan Bernstein et Hedia Belhadj du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). La version initiale du présent rapport a été établie par Affette McCaw-Binns. L'OMS est reconnaissante aux experts dont la liste figure à l'Annexe 6 de leur contribution au rapport, et à Paul Van Look qui en a revu le texte en détail. La maquette et la présentation sont de Janet Petitpierre.

1. Suivi de la réalisation de l'accès universel à la santé génésique : généralités et principes



1.1 Historique de la consultation et des objectifs

La Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) a fait de "l'accès universel à la santé génésique" un objectif de développement, le désignant comme un but important à atteindre pour les systèmes de santé de nombreux pays.¹ En 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé a renouvelé l'engagement de la communauté internationale en faveur de la santé sexuelle et génésique en adoptant une stratégie mondiale pour la santé génésique (résolution WHA57.12). Cette résolution visait à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux, et notamment l'objectif de la CIPD d'assurer l'accès universel à la santé génésique.²

La résolution invitait instamment les Etats Membres à faire d'urgence le nécessaire pour "intégrer la santé génésique et sexuelle dans la planification et la budgétisation nationales" et "renforcer la capacité des systèmes de santé à assurer, avec la participation des groupes communautaires et non gouvernementaux, un accès universel aux soins de santé sexuelle et génésique, en privilégiant particulièrement la santé maternelle et néonatale dans tous les pays". Dans le même esprit, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2005 la résolution WHA58.31 par laquelle elle invitait instamment les Etats Membres "à intensifier leurs efforts au niveau national en vue de promouvoir à la fois l'accès universel aux interventions portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par celles-ci par le biais des soins de santé génésiques" et, notamment, "à établir des mécanismes de surveillance afin de mesurer les progrès accomplis pour atteindre des objectifs convenus d'un commun accord, en particulier la cible concernant l'accès universel aux soins de santé génésique d'ici 2015".

Le concept de santé génésique de la CIPD n'était pas explicitement inclus dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), mais les participants au Sommet mondial de 2005 ont néanmoins insisté sur le rôle de la santé sexuelle et génésique dans la réalisation des OMD liés aux femmes et à la santé, et ils ont recommandé l'intégration du but de "l'accès universel à la santé génésique" dans les mécanismes de suivi des OMD. L'Assemblée générale des Nations Unies, en 2006, a ensuite adopté le rapport du Secrétaire général qui recommandait l'inclusion d'une cible "pour assurer l'accès universel à la santé génésique" au titre de l'OMD5 (visant l'amélioration de la santé maternelle).³



Un processus a été mis en place dans le but de définir des indicateurs pour le suivi mondial des progrès sur la voie de la réalisation de la nouvelle cible de l'accès à la santé sexuelle et génésique dans le cadre du suivi des OMD. L'Organisation mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Département de la santé et de la recherche génésiques (RHR), et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ont participé à des débats interorganisations sur cette question. Ce processus débouchera sur la sélection d'indicateurs satisfaisant à certains critères.^a

Ce processus n'est cependant pas suffisant pour mesurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique aux fins de la prise des décisions aux niveaux national et infranational. Les programmes de pays, pour évaluer et suivre les progrès de la réalisation de l'accès universel, doivent disposer d'un ensemble plus complet d'indicateurs portant sur les multiples composantes de la santé sexuelle et génésique.

La mise au point d'un tel ensemble d'indicateurs passe par l'explication du concept d'"accès universel à la santé génésique" et de ses déterminants – non seulement pour apprécier la mesure dans laquelle l'accès universel est assuré, mais également pour planifier et déployer les interventions qui assureront cet accès. Il faudra donc parvenir à une définition opérationnelle de "l'accès universel à la santé génésique" et – sur la base de cette définition – définir un ensemble d'indicateurs pour le suivi des progrès.

Une consultation technique, organisée conjointement par l'OMS/RHR et le UNFPA, s'est tenue à Genève (Suisse) du 13 au 15 mars 2007 pour faire le point du suivi national des progrès de la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique.

S'appuyant sur des travaux antérieurs et une connaissance croissante des deux dimensions de la santé sexuelle et génésique et du concept de "l'accès universel", la consultation s'est employée à

recommander, dans un cadre bien précis, un ensemble d'indicateurs destinés à suivre les progrès sur la voie de la réalisation du but de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique dans les pays. Le présent chapitre met en lumière les principales questions qui ont été examinées et les recommandations formulées par les participants à la consultation technique.

Les chapitres suivants présentent les recommandations et les résultats de la consultation, et notamment les suivants :

- un cadre recommandé d'indicateurs pour cinq aspects prioritaires de la santé sexuelle et génésique ; et
- des indicateurs possibles du maillage programmatique entre les services de santé sexuelle et génésique et les services de prévention, de traitement et de soins liés à l'infection à VIH.

OBJECTIFS

Les participants à la consultation se sont efforcés :

- de préciser les concepts de santé sexuelle et génésique et de soins de santé ;
- de préciser les concepts d'accès, d'accès universel et d'égalité d'accès ;
- de préciser les déterminants sociaux et contextuels de la santé sexuelle et génésique ;
- de recommander un ensemble d'indicateurs inscrits dans un cadre conceptuel pour mesurer l'accès universel dans les pays ;
- d'examiner des indicateurs possibles pour suivre le maillage entre services de soins de santé sexuelle et génésique et services de prévention, de traitement et de soins liés à l'infection à VIH ; et
- d'examiner la possibilité de créer un groupe de référence technique pour les indicateurs de santé sexuelle et génésique.

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Résultats attendus de la consultation :

- un cadre pour un ensemble d'indicateurs qui serviront au suivi de la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique ;

^a Pour convenir en tant qu'indicateur OMD, il faut que l'indicateur soit adapté à la cible correspondante ; qu'il existe une méthodologie pour le mesurer ; que des données aient été fournies par un large éventail de pays aux fins du calcul des agrégats régionaux et des tendances sur la durée ; et qu'une institution des Nations Unies soit chargée de la collecte, de l'estimation et de la publication des données.

- des recommandations relatives à la mise en oeuvre du cadre dans les programmes de pays ; et
- des recommandations relatives aux indicateurs qui pourront servir à mesurer l'accès au moyen du maillage entre les services de soins de santé sexuelle et génésique et les services de prévention, de traitement et de soins liés à l'infection à VIH.

1.2 Mesurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique

Pour un certain nombre de raisons, la mesure de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique et le suivi de l'étendue de sa réalisation posent des problèmes d'ordre opérationnel et d'interprétation (voir l'Encadré 1). La première difficulté tient au fait que la santé génésique est un concept vaste, qui englobe de nombreux aspects, et qui est défini par la CIPD comme : *le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités*.¹

Cette définition recouvre une série d'aspects (et notamment les suivants : planification familiale, santé maternelle, infections sexuellement transmissibles/ de l'appareil génital y compris le VIH/sida, les avortements non médicalisés et la santé sexuelle) et les liens entre ces aspects. La CIPD insiste fortement sur les besoins et les droits des personnes et des populations défavorisées, et sur l'influence du contexte général sur la réalisation de la cible liée à la santé sexuelle et génésique.

Une deuxième difficulté tient au fait que la "santé" (dans le présent contexte, la santé sexuelle et génésique) est influencée par tout un éventail de facteurs – et notamment les suivants : comportement lié à la santé, facteurs prénatals, petite enfance, statut social, soutien, conditions de vie, instruction, services de santé, alimentation, et stress.⁴ La surveillance de la réalisation des objectifs liés à la santé passe par l'évaluation des résultats sanitaires, ainsi que par l'examen des déterminants dans les données recueillies à l'appui des programmes apparentés.

S'appuyant sur la définition de la CIPD, un document de travail antérieur de l'OMS distingue trois dimensions de la santé génésique à des fins opérationnelles :

- l'état de la personne (et notamment le niveau de la santé et des domaines apparentés du bien-être) ;
- une approche (politiques, législation et attitudes ; et
- les services de soins de santé (la fourniture des services, l'accès aux services, et leur utilisation dans le contexte des soins de santé primaires).⁵

Cette distinction pourrait être utile aux fins de la planification des mesures de la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique. Il conviendrait toutefois d'étendre la deuxième dimension à la gamme des facteurs sociaux ou déterminants^{b, 6} qui influent sur les résultats sanitaires⁷ - et dont certains sont pris en compte dans le contexte de la santé génésique de la CIPD (droits, populations vulnérables, éducation, inégalités). La troisième dimension concerne les soins de santé à dispenser pour améliorer la santé sexuelle et génésique.

Compte tenu de l'amélioration de la santé directement liée à l'efficacité des soins de santé et du fait que les indicateurs des soins de santé mesurent les efforts déployés dans le cadre du programme, ceux-ci sont généralement utilisés pour suivre la réalisation du but de "l'accès universel" de la CIPD – parfois considéré comme témoignant de l'accès aux "soins de santé" et non à la "santé".⁸ La mesure des résultats liés à la santé sexuelle et génésique (étendue des décès maternels, par exemple) s'est révélée problématique dans les pays en développement. C'est pourquoi les mesures liées aux soins de santé (accès et utilisation, par exemple) se substituent généralement à celles de l'état de santé.

^b Une synthèse de la littérature sur les déterminants sociaux de la santé a utilisé les mesures suivantes comme déterminants sociaux de la santé : gradient social, stress, petite enfance, exclusion sociale, travail, chômage, appui social, dépendance, alimentation et transports.

Une troisième difficulté tient à la formulation du concept d'«accès» aux soins de santé et à son évaluation. L'«accès» ne désigne pas seulement l'accès physique ou les dépenses (financières et opérationnelles) encourues par l'utilisateur des soins.⁹ Le terme recouvre en fait généralement à la fois la disponibilité des services, les informations qui s'y rapportent, leur coût et leur qualité.¹⁰

Dans les analyses faites aux Etats-Unis, l'«accès» indique souvent si les personnes sont assurées ou non.¹¹ Dans d'autres contextes, le mot «accès» vise plus largement «l'aptitude à se procurer une gamme donnée de services, d'une certaine qualité, moyennant un dérangement personnel et un coût d'un niveau maximum précis, pour une personne en possession d'un niveau d'information donné.»¹⁰

La mesure de l'«accès» devrait théoriquement faire intervenir tous ces éléments conjointement. Bien que pouvant être évalués séparément, le concept complexe qui rassemble tous ces éléments se prête rarement à l'observation directe. Aussi mesure-t-on d'ordinaire l'utilisation des services de soins de santé pour se faire une idée de l'«accès». L'utilisation des services est toutefois influencée par des facteurs associés à la demande (le besoin de soins institutionnels, et les perceptions et les croyances les concernant), en plus des caractéristiques ci-dessus associées à l'offre. Il

est donc important, si l'«utilisation» est substituée à la mesure de l'«accès» à ces soins, de distinguer les facteurs liés à l'offre et ceux qui sont liés à la demande.

Enfin, bien qu'il constitue un objectif pour de nombreux systèmes de santé, l'«accès universel» reste difficile à définir. Au sens large, l'accès universel représente la capacité de ceux qui ont besoin de soins de santé à les obtenir. Cette définition sous-entend par exemple que toute personne chez qui est diagnostiquée une infection sexuellement transmissible (IST) peut bénéficier d'un traitement efficace, ou que toute femme qui souhaite différer une grossesse peut bénéficier d'une contraception efficace. En termes pratiques, «accès universel» équivaut donc à «égalité d'accès» - ou à besoin égal, accès égal.⁹ Cette définition exige l'amélioration de la prestation des services afin d'accroître leur utilisation par les personnes qui en ont besoin.

1.3 Travaux antérieurs sur les indicateurs de santé sexuelle et génésique

L'OMS et ses partenaires (et notamment le UNFPA) ont consacré beaucoup de travaux à la définition d'indicateurs de santé sexuelle et génésique. En 1998, le UNFPA a publié des indicateurs pour les programmes de population et de santé génésique.¹² En 1999 et 2001, deux réunions interinstitutions ont

Encadré 1. Difficultés liées à la mesure de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique

- Des événements mondiaux majeurs, telle la CIPD en 1994, ont infléchi les politiques sur la population et le développement, jusque-là axées sur la maîtrise de la croissance démographique, en faveur de la satisfaction des besoins personnels en matière de santé génésique sous tous leurs aspects. C'est ce que recouvre l'objectif visant à assurer «l'accès universel à la santé génésique». Exclu initialement des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), le but de l'accès universel a été intégré dans les cibles liées aux OMD en 2006, d'où la nécessité d'élaborer des indicateurs pour suivre les progrès accomplis.
- La mesure des progrès sur la voie de la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique doit tenir compte des multiples dimensions du concept de santé génésique. Les indicateurs doivent inclure les résultats, ainsi que les principaux déterminants, afin de guider la planification d'interventions efficaces et de fournir les données qui permettront de définir le rôle des soins de santé.
- La mesure de l'accès à la santé sexuelle et génésique nécessite l'interprétation de l'accès aux soins de santé et la définition de ses modalités. Il convient donc à cet effet de mesurer l'accès physique, les ressources financières et les obstacles, et d'évaluer la qualité – qui influe sur l'utilisation. L'accès universel est donc fonction des besoins, et de leurs dimensions clinique et sociale.

établi une liste restreinte de 17 indicateurs pour la surveillance mondiale, basée sur les recommandations issues de la CIPD+5 (CIPD cinq ans après). L'OMS a publié récemment un document incluant des directives relatives à la collecte et l'analyse des données et l'interprétation de ces indicateurs.¹³

Les 17 indicateurs concernent les aspects principaux de la santé sexuelle et génésique et une sélection peut être faite à partir de cette liste. Cependant, ils ne sont pas spécifiquement conçus pour mesurer l'"accès" et ils ne constituent pas non plus un cadre pour la prise en compte systématique de tous les aspects de la santé sexuelle et génésique. L'activité en cours s'inspire donc du travail déjà effectué en le développant.

Deux autres réunions ont porté sur la mesure de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique au niveau mondial. Une consultation mondiale UNFPA/OMS organisée en 2003 pour définir des indicateurs mondiaux a recommandé quatre indicateurs, dont trois sont déjà inclus dans le cadre relatif aux OMD.⁸ En 2005, l'OMS a organisé une autre consultation technique pour examiner les propositions antérieures.

Les participants à la consultation de 2005 ont recommandé un ensemble d'indicateurs de santé génésique pour la surveillance mondiale de la santé génésique dans le contexte des OMD.¹⁴ Ces recommandations ont été communiquées au Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD,^c en vue de leur éventuelle inclusion dans le cadre de suivi des OMD (voir section 1.4 sur les indicateurs de santé génésique dans le cadre relatif aux OMD).

D'autres documents importants publiés récemment (le cadre relatif à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale OMS pour la santé génésique¹⁵ et le plan d'action de Maputo de l'Union africaine)¹⁶ fournissent un éventail d'indicateurs pour le suivi des politiques et des programmes. Des conseils sont toutefois nécessaires concernant les problèmes liés aux mesures et la définition des priorités.

^c Le groupe d'experts interorganisations sur les indicateurs OMD est l'organe technique du système des Nations Unies qui assure le suivi des indicateurs OMD aux plans de la diffusion, des questions techniques et de l'amélioration des données.

Enfin, le Département OMS de la santé et de la recherche génésiques a collaboré avec le Rapporteur spécial auprès de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ("le droit à la santé").¹⁷ Le rapport qui en est résulté établit une approche des indicateurs de la santé fondée sur les droits de l'homme, et il applique cette approche à la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique. Le cadre conçu dans ce rapport inclut des indicateurs des principaux aspects de la santé sexuelle et génésique, tels que définis dans la stratégie mondiale.

Ces résultats fournissent des informations et des instruments utiles pour suivre les progrès accomplis sur la voie de la réalisation de divers aspects de la santé sexuelle et génésique ou des soins de santé, et ils ont été utilisés à diverses fins. La liste restreinte de 17 indicateurs mondiaux a par exemple été modifiée selon les contextes locaux, dans des pays développés et en développement (voir l'Annexe 1).^{18,19} Les recommandations de la présente consultation s'inspirent de l'expérience acquise dans le cadre de ce processus.

Les participants à la consultation sont en outre convenus au cours des débats de l'importance de veiller à l'harmonisation de la terminologie dans tous les documents. Conformément à une approche de la santé sexuelle et génésique s'appliquant à la vie dans sa globalité, les participants ont également estimé qu'il était nécessaire de définir les besoins des femmes et des hommes âgés en matière de santé sexuelle et génésique, et ils ont recommandé qu'une attention particulière soit accordée aux besoins des groupes marginalisés.

Il est apparu que les instruments existants ne permettent pas de mesurer l'utilisation des systèmes de santé parallèles, des dispensateurs de santé extérieurs au système en place et du secteur privé. Des stratégies sont également nécessaires pour couvrir les déterminants sociaux échappant au mandat du secteur de la santé, mais qui pourraient contribuer au succès des interventions. Les participants à la réunion ont aussi reconnu l'importance du maintien d'une approche fondée sur les droits et tenant compte des sexes et des spécificités.

1.4 “L'accès universel à la santé génésique” dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement, et ses incidences pour les programmes de pays

Les débuts des OMD et de l'accès universel à la santé génésique remontent au mois de juin 2000 lorsque le rapport du Secrétaire général des Nations Unies et des Chefs d'Institution sur les objectifs de développement a inclus un but relatif à l'accès universel à la santé génésique au nombre des conditions du développement. En septembre 2000, cependant, la santé génésique ne figurait pas dans la Déclaration du Sommet du Millénaire.²⁰

En 2001, un document sur le “plan de campagne” pour la mise en oeuvre des idées du Sommet du Millénaire incluait un certain nombre d'objectifs liés à la santé génésique (santé maternelle, survie des enfants, VIH/sida) sans référence explicite au concept général de santé génésique.^d En 2004, le projet du Millénaire demandait l'inclusion de l'accès universel à la santé génésique au nombre des cibles inscrites dans le cadre relatif aux OMD et publiait ensuite une analyse du rôle de la santé sexuelle et génésique dans la réalisation des OMD.^{21, 22}

L'accès universel à la santé sexuelle et génésique a bénéficié d'un appui politique accru après l'adoption de la résolution WHA58.31 qui demandait que soient intensifiés les efforts au niveau national en vue de promouvoir l'accès universel aux interventions portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par celles-ci par le biais des soins de santé génésique.²³ Le Sommet mondial de 2005 et le Cadre d'orientation continental de l'Union africaine pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction, en 2006, ont ensuite été l'occasion de souligner l'importance des OMD et de leurs liens avec la santé sexuelle et génésique.

^d Organisation des Nations Unies. 2001. *Plan de campagne pour la mise en oeuvre de la Déclaration du Millénaire: Rapport du Secrétaire général (A/56/326, 6 septembre 2001)*. United Nations. 2001.

Le rapport du Secrétaire général sur l'activité de l'Organisation à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 recommandait officiellement quatre nouvelles cibles liées aux OMD, et notamment l'accès universel à la santé génésique. L'Assemblée a pris note du rapport et, en application de cette recommandation, l'IAEG a été prié de définir les indicateurs pertinents.³ L'IAEG a proposé un ensemble principal d'indicateurs pour la nouvelle cible de l'accès universel à la santé génésique, incluant le taux de prévalence de la contraception, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, *le taux de natalité chez les adolescentes, et la couverture des soins prénatals*.

Au niveau national, le cadre mondial officiel des indicateurs liés aux OMD ne couvre pas la totalité des services de santé sexuelle et génésique et de ses déterminants (à l'intérieur et à l'extérieur des systèmes de santé). Des conseils programmatiques sont nécessaires pour fixer les priorités et suivre les améliorations des systèmes de santé (y compris l'intégration des services) et les services dispensés aux groupes spéciaux. Le système de notification national et les plans de développement nationaux devraient choisir et adapter des indicateurs dans un groupe de mesures prioritaires de la santé génésique.

Une difficulté nouvelle, pour la réalisation dans les pays de la cible de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, tient à l'évolution du contexte de l'aide (le financement en commun et l'établissement des priorités nationales, par exemple) dans le secteur de la santé et dans les processus de réforme de l'Organisation des Nations Unies. La persistance de programmes verticaux et la diversité des “plans de campagne” (comme pour la santé maternelle et la survie de l'enfant) nécessitent également des conseils clairs pour l'élaboration d'un ensemble essentiel d'indicateurs du contexte social, du système de santé, et des résultats, qui pourront être intégrés dans les applications nationales.

Ces plans de campagne existants et les autres processus concernant les OMD liés à la santé ont été conçus avant l'adoption de la cible liée à la santé génésique (voir l'Annexe 2, *Le cas du Congo*). Les

systèmes de surveillance et d'évaluation deviennent ainsi un mécanisme majeur garantissant la prise en compte des résultats liés à la santé génésique – d'où la nécessité de fournir les instruments en vue de la réalisation de la nouvelle cible.

Les indicateurs recommandés peuvent servir au suivi des progrès accomplis concernant l'élimination des obstacles, l'amélioration des systèmes de santé, et l'adoption de mesures propre à répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et génésique et à réduire les risques dans ce domaine. La diffusion, la mise à l'essai et l'utilisation d'un ensemble d'indicateurs essentiels peuvent contribuer à l'inclusion de la santé sexuelle et génésique dans le dialogue sur la politique à mettre en oeuvre et les stratégies et plans nationaux – notamment ceux qui visent à réduire la pauvreté.

1.5 Les résultats en matière de santé sexuelle et génésique et les soins de santé dans le contexte de la CIPD

La CIPD reconnaît la santé génésique comme un droit fondamental de tous les couples et des individus. Elle appelle l'attention sur le droit de chacun de décider librement du nombre de ses enfants, de l'espacement de leur naissance, et de disposer des informations et des moyens nécessaires pour ce faire ; le droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de reproduction ; et le droit de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence.

Ce droit inclut l'égalité des sexes, ainsi que la prise en compte des besoins de chacun, et notamment ceux des adolescents et des personnes défavorisées (populations pauvres, rurales ou déplacées). Les besoins des hommes et des garçons, ainsi que ceux des femmes et des hommes âgés, sont aussi explicitement reconnus.

Sur la base de ces principes, les pays se sont engagés à fournir les moyens (par le biais du système des soins de santé primaires) d'assurer le bien-être de leur population en matière de santé génésique, conformément au but principal de l'accès universel énoncé par la CIPD (voir l'Encadré 2).

Encadré 2. But de l'accès universel fixé par la CIPD

Tous les pays devront s'efforcer de permettre le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015 l'accès, par l'intermédiaire de leur réseau de soins de santé primaires, aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus aux âges appropriés.

Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.6

Le programme d'action de la CIPD décrit les soins de santé génésique comme l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine." Cette description inclut également la santé en matière de sexualité, qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non pas seulement à dispenser des conseils et des soins liés à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

Aux termes du programme d'action de la CIPD, les services de soins de santé sexuelle et génésique suivants devraient être disponibles au niveau des soins primaires ; ils devraient être conçus pour répondre aux besoins des femmes tout en étant accessibles aux hommes, et notamment aux adolescents, (avec orientation éventuelle vers un service spécialisé) ; et ils devraient satisfaire aux besoins suivants :

- orientation, information, éducation, communication et services en matière de **planification familiale** ;
- éducation et services relatifs aux **soins prénatals**, à l'**accouchement sans risque**, et aux **soins postnatals**, en particulier l'allaitement maternel, les soins aux **nourrissons et aux femmes** ;
- prévention et traitement de l'**infécondité** ;
- prévention des **avortements** non médicalisés et prise en charge de leurs complications ;
- traitement des infections de l'appareil reproducteur, des **maladies sexuellement transmissibles** et des autres **pathologies liées à la santé génésique** ;

- information, éducation et orientation, selon le cas, en matière de **sexualité humaine**, de santé génésique et de parenté responsable ;
- mesures actives dissuadant de recourir à des **pratiques nocives**, telles les mutilations sexuelles féminines.

MESURE DES RÉSULTATS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

Relativement plus facile à effectuer, la mesure des effets négatifs dans le domaine de la santé sexuelle et génésique se substitue généralement à celle des bienfaits (par le biais des services de soins de santé énumérés ci-dessus) tels que définis par la CIPD. C'est ainsi qu'en mesurant la réalisation des **intentions en matière de fécondité**, nous avons dénombré les grossesses non désirées, les cas d'infécondité, les avortements compliqués ; en mesurant les **accouchements sans risque**, les décès maternels, les pathologies (fistules, anémie) ; en mesurant la **santé des nouveau-nés et l'allaitement maternel**, les décès néonataux, la mortalité périnatale, l'insuffisance pondérale

à la naissance ; en mesurant les **rapports sexuels à moindre risque**, les rapports sexuels non protégés, les IST ; en mesurant le **bien-être en matière génésique**, les cancers de l'appareil reproducteur ; et en mesurant l'**épanouissement sexuel**, l'insatisfaction sexuelle, les mutilations sexuelles féminines.

Dix des 17 indicateurs de la santé génésique définis aux fins de la surveillance mondiale mesurent des résultats.¹³ Le Tableau 1 présente ces mesures des résultats pour différents aspects de la santé sexuelle et génésique. On constate que les mesures de certains aspects de la santé sexuelle et génésique (planification familiale, santé maternelle) sont plus solidement établies que d'autres (IST, santé sexuelle).

LE RÔLE DES SOINS DE SANTÉ ET DES DÉTERMINANTS SOCIAUX

Les affections présentées dans le Tableau 1 requièrent des soins préventifs et curatifs efficaces. C'est pourquoi l'"accès universel aux soins de santé génésique" - ou, plus concrètement, l'"accès équi-

Tableau 1. Mesures des résultats liés à la santé sexuelle et génésique figurant parmi les 17 indicateurs de l'OMS

Santé sexuelle et génésique	Mesure des résultats
Fécondité/planification familiale	Taux de fécondité totale Pourcentage des femmes en âge de procréer indiquant qu'elles essaient d'être enceintes depuis deux ans ou plus
Santé maternelle et périnatale	Pourcentage des femmes en âge de procréer dont le taux d'hémoglobine révèle une anémie Ratio de mortalité maternelle Taux de mortalité périnatale Pourcentage des naissances vivantes avec un petit poids de naissance
Santé maternelle et périnatale et IST (VIH compris)	Prévalence des sérologies positives pour la syphilis chez les femmes enceintes à la consultation prénatale Prévalence du VIH chez les femmes enceintes
IST chez les hommes	Incidence déclarée de l'urétrite chez les hommes
Pratiques sexuelles dangereuses	Prévalence déclarée des mutilations sexuelles féminines

table aux soins de santé génésique” - est l'objectif des programmes de pays qui s'emploient à assurer le bien-être de leur population en matière génésique.

L'accès aux soins de santé, comme indiqué dans la présente section, est apparu difficile à mesurer en raison de la multiplicité de ses composantes (disponibilité physique, coût, information et qualité). Aussi l'évaluation de l'accès repose-t-elle d'ordinaire sur l'utilisation. Une manière pratique de mesurer le degré d'avancement de la réalisation de l'accès universel (ou de l'“égalité d'accès”) consiste à examiner et expliquer les disparités au plan de l'utilisation des interventions efficaces. Ce n'est qu'en s'efforçant avec soin de déterminer les raisons de ces écarts que l'on pourra :

- évaluer si les différences sont réellement préoccupantes (si elles tiennent aux besoins cliniques et correspondent à des choix délibérés, l'inéquité n'est peut-être pas en cause) ;
- déterminer les mesures requises pour y remédier (il n'est par exemple pas indispensable d'ouvrir davantage de dispensaires si la véritable raison de leur sous-utilisation réside dans l'attitude négative du personnel clinique vis-à-vis de certains groupes de population).

On pourra expliquer les inégalités moyennant une approche économique simple dans laquelle l'interaction de l'offre et de la demande détermine si une personne bénéficie des soins nécessaires. Les causes des écarts seront d'autant plus faciles à reconnaître que l'on distinguera entre les influences sur l'utilisation qui sont liées à l'offre et celles qui sont liées à la demande.

Pour ce qui est de l'offre, des différences au niveau de l'accès peuvent résulter de l'exclusion de certains groupes due aux coûts directs et indirects de l'accès, aux écarts dans la qualité des soins proposés, au manque d'information, et à la propension à filtrer, qui varie selon les professionnels médicaux. L'offre n'explique cependant pas toutes les différences au plan de l'accès.

De nombreux facteurs d'utilisation sont liés à la demande ; c'est ainsi qu'un service donné n'est pas uniformément nécessaire, que les avantages et les

risques associés à un traitement peuvent être évalués diversement, que la disponibilité et l'efficacité ne sont pas également perçues, que les avis médicaux peuvent être interprétés différemment, et qu'il convient de tenir compte du coût/prix implicite de l'utilisation, et de l'existence d'autres soins possibles. Dans ce contexte, les besoins peuvent être définis en fonction du niveau de morbidité ou de la capacité à en bénéficier, et ils peuvent varier selon le stade de la maladie auquel ils sont mesurés.

Les besoins ne restent pas non plus nécessairement constants dans tous les groupes. Même la mesure brute du besoin, comme la morbidité auto-déclarée, peut changer selon la culture ou le lieu de résidence d'une personne. Un programme de pays doit donc préciser dans ses plans quelles populations ont besoin des services particuliers énumérés précédemment dans la présente section.

L'interprétation de données empiriques suppose une connaissance des sources pertinentes d'écarts par opposition aux sources non pertinentes. Une plus grande utilisation peut parfois être le signe d'une utilisation inappropriée et inéquitable (comme les taux de césariennes). Des taux d'utilisation très faibles peuvent indiquer qu'il existe d'autres solutions publiques/privées/familiales. Il faudra par ailleurs surveiller les variations au niveau des besoins, les inconvénients multiples, et le “sophisme écologique”. Il faut rester prudent lorsqu'on interprète des données sur une petite échelle par opposition à une grande échelle, et garder à l'esprit que l'association de plusieurs facteurs n'établit pas nécessairement entre eux un lien de cause à effet.

Il est particulièrement important de tenir compte de certains facteurs extérieurs au système de santé lorsqu'on étudie la question de l'accès dans le domaine de la santé sexuelle et génésique : les facteurs comportementaux, socio-culturels, politiques et économiques jouent un rôle majeur dans les résultats sanitaires apparentés et dans la capacité d'obtenir les services nécessaires. Le désir d'avoir une famille nombreuse, par exemple, était en partie imputable au besoin futur de soins pendant la vieillesse là où les systèmes de sécurité sociale font défaut.

Les réglementations et les politiques en vigueur peuvent faciliter l'amélioration de la santé sexuelle et génésique ou l'entraver. Des milieux restrictifs peuvent interdire l'éducation sexuelle des jeunes, limiter le libre choix, en connaissance de cause, en matière de régulation de la fécondité, et réduire le financement public de la planification familiale et des soins de maternité. Les milieux favorables garantissent des congés de maternité (et de paternité) adéquats, encouragent la diffusion d'informations sur la disponibilité des services de santé sexuelle et génésique, et reconnaissent aux femmes le pouvoir de prendre elles-mêmes les décisions concernant leur fécondité. On tiendra compte de ces influences en examinant les variations dans l'utilisation des soins de santé, ainsi que dans les mesures déployées pour assurer l'égalité en matière de soins de santé génésique.

1.6 Résumé et recommandations

- L'objectif principal de la CIPD est d'assurer l'"accès à la santé" ; il ne se limite donc pas aux soins de santé. Pour sa réalisation, cependant, le programme d'action propose le recours aux soins de santé primaires bien qu'il reconnaisse l'influence du contexte élargi qui affecte le comportement vis-à-vis de la santé et l'utilisation des services. Les indicateurs des soins de santé constituent donc un élément majeur déterminant le degré de réalisation du but de la CIPD. Le suivi doit néanmoins porter également sur des facteurs sociétaux importants.
- Le concept de l'"accès universel" doit témoigner de l'équité (à besoin égal, accès égal) et de la capacité de déterminer des niveaux variables de besoin selon les personnes et sur des durées différentes pour chaque personne. L'équité est difficile à définir et à mesurer. Au nombre des indications indirectes figurent la mesure des différences relatives aux plans de l'accès et de l'utilisation selon le besoin.
- Il est important de s'atteler aux disparités économiques et géographiques qui restreignent les bienfaits des services de santé sexuelle et génésique. Les ressources financières et humaines pour la santé doivent être équitablement réparties, et les services de santé sexuelle et génésique doivent être intégrés dans un dispositif de santé essentiel.
- Certains des résultats en matière de santé sexuelle et génésique se prêtent davantage à des interventions thérapeutiques (morbidité et mortalité maternelles, par exemple) que d'autres (telles les mutilations sexuelles féminines et la violence à l'encontre des femmes). Ce deuxième groupe est fortement influencé par les déterminants sociaux et culturels, et l'élaboration d'indicateurs solides dépend de la manière dont nous les mesurons et les surveillons.
- La gamme des indicateurs doit inclure des déterminants sociaux, des indicateurs de méthodes, la mesure de l'accès, de l'utilisation et de la qualité, ainsi que des mesures de résultats.
- L'accès universel suppose un accroissement des services proposés mais des mesures doivent aussi être prises pour assurer l'augmentation et le maintien de l'utilisation. L'accès universel doit donc être considéré dans le contexte de la disponibilité, de l'accessibilité financière, de l'adéquation, de la qualité, de l'acceptabilité, et de la continuité/pérennité des services.
- L'évaluation des services de santé sexuelle et génésique requiert des moyens comme des ressources administratives, financières et humaines ; des produits comme des informations sanitaires, des services, et la qualité ; et des résultats tels que l'utilisation (démographique et géographique) pour établir des comparaisons avec la mesure des résultats tels que le bien-être, la morbidité, les incapacités et la mortalité.
- Les indicateurs de méthodes qui mesurent le travail accompli plus en aval de la "chaîne de causalité" (c'est-à-dire les indicateurs de résultats intermédiaires de l'utilisation des services et de la pratique) sont des indicateurs de substitution plus solides que ceux qui se situent plus en amont de la ligne des interventions (c'est-à-dire les indicateurs de moyens et de produits directs de la disponibilité, de l'accessibilité physique et de la qualité des soins) dont l'influence sur le résultat final sera exercée par les facteurs intermédiaires.

2. Cadre pour le suivi de la réalisation de l'accès universel à la sante sexuelle et génésique



Sur la base des discussions et des recommandations résumées dans le chapitre précédent, les participants à la consultation sont convenus d'établir un cadre de suivi intégrant les cinq aspects prioritaires de la santé sexuelle et génésique énoncés dans la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique.^a Le cadre inclura des indicateurs de résultats des activités de santé sexuelle et génésique, des indicateurs de l'accès aux soins et de leur utilisation (indicateurs de méthodes), et des déterminants sociaux et contextuels.

Des groupes de travail correspondant aux aspects prioritaires de la santé sexuelle et génésique ont été constitués. Ces groupes ont conçu et proposé une gamme d'indicateurs principaux dans chacun des grands domaines suivants :

- planification familiale ;
- santé maternelle, périnatale et du nouveau-né, y compris l'élimination des avortements non médicalisés ;
- infections sexuellement transmissibles (VIH compris) et infections de l'appareil reproducteur et autres pathologies liées à la reproduction, cancers compris ; et
- santé sexuelle, y compris la sexualité des adolescents et les pratiques à risque.

Les groupes de travail ont examiné les ensembles d'indicateurs existants, en particulier la liste OMS des 17 indicateurs de santé génésique. Les groupes se sont ensuite employés à compléter et combler les lacunes dans les indicateurs de résultats liés à certains domaines de la santé sexuelle et génésique, ainsi que dans les principales interventions (au niveau des soins de santé et au niveau social/politique), afin d'améliorer les résultats.

^a La stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique décrit cinq aspects prioritaires dans le domaine de la santé sexuelle et génésique: améliorer les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et du post-partum et les soins au nouveau-né ; dispenser des services de planification familiale de qualité, et notamment des services spécialisés dans les problèmes de stérilité ; éliminer les avortements non médicalisés ; combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col de l'utérus et d'autres pathologies gynécologiques ; et promouvoir la santé sexuelle.



Les indicateurs définis par chaque groupe de travail ont été présentés en séance plénière et examinés. Les résultats des travaux des groupes, les exposés et les discussions ont été inclus dans les Tableaux 2a à 2d à la Section 2.1. Ces tableaux donnent les indicateurs recommandés pour chacun des cinq aspects principaux de la santé sexuelle et génésique définis par la stratégie mondiale OMS pour la santé génésique et répartis en quatre catégories, comme suit :

- déterminants : facteurs sociaux et liés à la politique en vigueur ;
- indicateurs d'accès : disponibilité, information/demande, qualité ;
- indicateurs d'utilisation ; et
- indicateurs de résultats/d'impact.

On distingue des indicateurs **principaux, supplémentaires** ou **élargis**, selon leur importance relative, la possibilité de recueillir des données, et leur pertinence contextuelle. Les indicateurs principaux devront faire l'objet de rapports de tous les pays ; les indicateurs supplémentaires pourront faire l'objet de rapports selon les besoins spéciaux des pays, leurs caractéristiques contextuelles, et leurs capacités (par ex. s'ils disposent de nombreuses données de base) ; et les indicateurs **élargis** pourront convenir aux pays qui sont en butte à des problèmes particuliers (mutilations sexuelles féminines, par ex.).

Ces classifications sont susceptibles d'évoluer progressivement, et elles revêtiront un niveau d'importance différent selon les pays. La plupart des indicateurs principaux devront être aisément disponibles, tandis que les indicateurs supplémentaires et élargis pourront nécessiter des études spéciales à l'appui des changements.

Les participants à la consultation ont aussi appelé l'attention sur les domaines où des lacunes freinent l'élaboration d'indicateurs. Ils ont enfin recommandé la poursuite des travaux afin de combler ces insuffisances (voir le Tableau 3).

2.1 Indicateurs recommandés

Tableau 2a. Indicateurs des déterminants politiques et sociaux

DETERMINANTS: FACTEURS POLITIQUES ET SOCIAUX				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur (principal, supplémentaire, élargi) ^a	Source de données
Domaine général	Politique (ou stratégie) nationale en matière de santé sexuelle et génésique	Oui/Non	Principal	Examen de la politique en vigueur
	Allocation de crédits spéciaux pour la santé sexuelle et génésique dans le budget national ou d'autres sources relevant du secteur public	Oui/Non	Principal	Registres administratifs
Planification familiale	Note attribuée aux mesures de planification familiale ^b (indicateurs multiples)	Note	Supplémentaire	Analyse (d'experts)
	Plan pluriannuel pour l'achat de chaque produit lié à la planification familiale	Oui/Non	Supplémentaire	Examen de la politique en vigueur
	Engagement des parties prenantes à l'égard du plan d'achat	Oui/Non	Supplémentaire	Evaluation par des experts
	Financement des activités de planification familiale par des donateurs	Oui/Non (Montant en US\$)	Supplémentaire	Registres administratifs
	Financement national des activités de planification familiale	Oui/Non (Montant en US\$)	Essentiel	Registres administratifs
Santé maternelle et périnatale	Il existe des systèmes d'information pour déterminer les groupes capables d'atteindre les services en une heure au plus (Système d'information géographique)	Oui/Non	Supplémentaire	Système d'information sanitaire
	Enveloppe minimale de services de soins prénatals défini	Oui/Non	Essentiel	Registres administratifs
	Dépistage de l'anémie inclus dans l'enveloppe des soins prénatals de base	Oui/Non	Essentiel	Registres administratifs
	Enregistrement à l'accouchement de l'incidence des mutilations sexuelles féminines	Oui/Non/sans objet	Elargi	Système d'information sanitaire
	Enregistrement des naissances (avec informations sur le poids) obligatoire	Les deux/ Enregistrement des naissances seulement/Ni l'un ni l'autre	Principal	Registre d'état civil

^a Les indicateurs nécessitant des activités spéciales de collecte de données (telles les enquêtes) et/ou des systèmes d'information sanitaire plus ou moins élaborés sont classés comme supplémentaires et non comme principaux, sauf lorsqu'il s'agit de mesures clefs.

^b Cet indicateur est une note (de 0 à 120) qui mesure la force du programme national de planification familiale sur la base des rapports des experts interrogés dans un pays donné au sujet de quatre dimensions (activités relatives à la définition des orientations et des conditions générales, activités des services et activités liées aux services, évaluation et tenue des registres, disponibilité et accessibilité des fournitures et des services de régulation de la fécondité) (*Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 6, 2002).

DETERMINANTS : FACTEURS POLITIQUES ET SOCIAUX				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
IST/infections de l'appareil reproducteur/ pathologies liées à la reproduction	Politique de dépistage du cancer du col de l'utérus	Oui/Non	Principal	Examen de la politique en vigueur
	Politique de lutte contre les IST	Oui/Non	Principal	Examen de la politique en vigueur
Santé sexuelle	La loi interdit la discrimination fondée sur l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle ou les incapacités physiques et intellectuelles	Oui/Non	Principal	Examen de la politique
	La loi interdit le mariage des hommes et des femmes de moins de 18 ans	Oui/Non	Elargi	Examen de la politique
	La loi exige le consentement libre et entier des parties à un mariage	Oui/Non	Principal	Examen de la politique
Sérvices sexuels	La loi interdit les sérvices sexuels	Oui/Non	Principal	Examen de la politique
	La loi interdit le viol dans le mariage	Oui/Non	Principal	Examen de la politique
	Stratégie/plan de lutte contre les sérvices sexuels, y compris le viol conjugal	Oui/Non	Principal	Examen de la politique
Pratiques dangereuses	La loi interdit toute forme de mutilation sexuelle féminine	Oui/Non/ sans object	Elargi	Examen de la politique
	Stratégie/plan pour l'abandon des mutilations sexuelles féminines (selon les besoins locaux, sur la base des recherches locales sur les pratiques culturelles)	Oui/Non/ sans object	Elargi	Examen de la politique
	Existence d'une réglementation médicale contre la pratique des mutilations sexuelles féminines	Oui/Non/ sans object	Elargi	Examen de la politique
Santé sexuelle des adolescents ^c	L'éducation sexuelle est obligatoire à l'école	Oui/Non	Principal	Examen de la politique

^c La définition de l'adolescent (de 10 à 19 ans) utilisée ici est celle de l'OMS. Mais pour certains indicateurs de la santé sexuelle et génésique concernant les adolescents, les sources de données habituelles ne permettent d'obtenir des données que pour le groupe des 15–19 ans ; l'inclusion des 10–14 ans dépend des pratiques et décisions locales.

Table 2b. Indicators of access

ACCES: DISPONIBILITE				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
Planification familiale	Nombre de centres de prestation de services de planification familiale pour 500 000 habitants	Taux	Principal	Système d'information sanitaire
	Population vivant à moins de deux heures de route des centres où sont dispensés des services de planification familiale	Pourcentage	Supplémentaire	Système d'information sanitaire
	Centres de soins de santé primaires qui dispensent des services de planification familiale	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
	Nombre d'autres sources ^d d'informations, de services et de fournitures liés à la planification familiale pour 500 000 habitants	Taux	Supplémentaire	Système d'information sanitaire/Enquête (établissement)
Santé maternelle et périnatale	Cinq (5) établissements de soins obstétricaux d'urgence ^e pour 500 000 habitants, dont l'un au moins dispense des soins complets	Oui/Non	Principal	Système d'information sanitaire
	Population vivant à moins d'une heure de route d'un établissement dispensant des soins obstétricaux d'urgence	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Population vivant dans des zones dotées de systèmes locaux d'orientation et de transport des malades vers des services spécialisés	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
Elimination des avortements non médicalisés	Nombre d'établissements assurant des services médicalisés d'interruption de grossesse ^f pour 500 000 habitants	Taux	Supplémentaire	Système d'information sanitaire
	Soignants formés à l'interruption de grossesse médicalisée ^f dans la mesure autorisée par la loi	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (établissement)
	Population vivant à moins de deux heures de route d'un établissement assurant des services médicalisés d'interruption de grossesse ^f	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
IST/ infections de l'appareil reproducteur	Centres de soins de santé primaires appliquant des méthodes globales reconnues pour la prise en charge des cas d'IST symptomatiques	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
Santé sexuelle	Soignants formés au conseil en matière de santé sexuelle	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (établissement)
	Autres mécanismes ^g pour la distribution d'informations, de services et de fournitures liés à la santé sexuelle	Oui/Non	Supplémentaire	Evaluation par des experts
Sévéces sexuels	Centres de prestation de services fournissant un appui médical, psychologique et juridique aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste	Pourcentage	Principal	Enquête (établissement)
	Soignants formés au dépistage des signes de sévéces sexuels	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (établissement)
	Policiers formés à la lutte contre les sévéces sexuels	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (spéciale)

^d Les autres sources incluent (par exemple) les organisations non gouvernementales ou les pharmacies.

^e Révision de l'original "Au moins quatre structures sanitaires de SOE de base et une structure sanitaire de SOE complets"

^f Cet indicateur est applicable dans le contexte des lois nationales en matière d'avortement.

^g Les autres mécanismes de prestation incluent les services assurés (par exemple) par les organisations non gouvernementales, ou par des secteurs publics extérieurs au système de santé (écoles, lieux de travail, par ex.).

ACCES : DISPONIBILITE				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
Pratiques dangereuse	Centres de prestation dispensant des services médicaux, psychologiques et autres services indispensables aux victimes de mutilations sexuelles féminines, et assurant leur orientation vers des services spécialisés	Pourcentage	Elargi	Enquête (établissement)
	Etablissements d'enseignement médical dispensant une formation à la prévention et la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines	Nombre	Elargi	Enquête (établissement)
Santé sexuelle des adolescents	Centres de prestation dispensant des services accueillants pour les jeunes ^h	Pourcentage	Supplémentaire	Système d'information sanitaire
	Personnels soignants formés à la prestation de services accueillants pour les jeunes	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (établissement)
	Disponibilité d'autres mécanismes de prestation de services pour la santé sexuelle et génésique des adolescents (éducation assurée par d'autres jeunes, marketing social des préservatifs, par ex.)	Oui/Non	Supplémentaire	Evaluation par des experts
ACCES : INFORMATION				
Santé maternelle et périnatal	Connaissance d'au moins trois facteurs de risque/signaux de complications de la grossesse	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Connaissance des services disponibles pour les complications de la grossesse	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
Elimination des avortements non médicalisés	Population connaissant la législation en matière d'avortement	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Personnel de santé connaissant la législation en matière d'avortement	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (établissement)
IST/infections de l'appareil reproducteur et pathologies liées à la reproduction Santé sexuelle (jeunes)	Jeunes hommes et femmes (15–24 ans) OU groupes "à risque" connaissant les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetant les principales idées fausses au sujet de la transmission du VIH ^{i,j}	Pourcentage (males/females)	Principal	Enquête (population)

^h Définis conformément aux normes de l'OMS.

ⁱ Les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH sont l'utilisation du préservatif et la limitation des rapports sexuels à un(e) partenaire fidèle non infecté(e). Les trois principales idées fausses sont définies localement, et notamment : une personne apparemment saine ne peut pas transmettre le VIH.

^j Le choix des groupes cibles doit être fonction des priorités du pays et du niveau de l'épidémie (généralisée ou concentrée).

ACCES : DEMANDE				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
Planification familiale	Femmes de 15–49 ans désireuses de différer une grossesse ou de ne pas avoir d'autre enfant	Pourcentage	Principal	Enquête (population)
	Besoins de planification familiale non satisfaits ^k	Pourcentage	Principal	Enquête (population)
ACCES : QUALITE				
Planification familiale	Centres de prestation prêts (dotés de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins trois méthodes de planification familiale	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
	Centres de prestation en rupture de stock de chaque méthode à tout moment d'une période donnée	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (établissement)
	Prestataires de soins de santé faisant état (d'au moins une) pratique définie (localement) comme un obstacle médical ^l	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (établissement)
Elimination des avortements non médicalisés	Centres de prestation de services pratiquant l'avortement chirurgical pour les interruptions volontaires de grossesse (là où la loi les autorise)	Oui/Non	Supplémentaire	Enquête (établissement)
	Centres de prestation de services pratiquant l'avortement chirurgical pour la prise en charge des complications de l'avortement	Oui/Non	Supplémentaire	Enquête (établissement)
IST/infections de l'appareil reproducteur	Disponibilité de normes de prestation de services et de protocoles applicables au diagnostic, au traitement et au conseil liés aux IST/infections de l'appareil reproducteur	Oui/Non	Supplémentaire	Enquête (établissement)
Santé sexuelle	Disponibilité de normes de prestation de services et de protocoles favorisant la santé sexuelle	Oui/Non	Supplémentaire	Enquête (établissement)

^k Les besoins non satisfaits sont définis par la proportion de toutes les femmes à risque de grossesse et désirant espacer ou limiter les naissances, qui n'utilisent pas de contraception.

^l Les obstacles médicaux définis localement peuvent, par exemple, inclure l'interdiction de certaines méthodes du fait de certaines caractéristiques comme la parité ou l'âge, en dépit des recommandations reposant sur des données factuelles adressées au pays.

Tableau 2c. Indicateurs de l'utilisation des services

UTILISATION DES SERVICES				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
Planification familiale	Prévalence de la contraception	Taux	Principal	Enquête
Santé maternelle et périnatale	Femmes ayant bénéficié au moins quatre fois de soins prénatals ^m pendant leur grossesse	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Femmes enceintes dépistées pour le VIH	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Femmes enceintes dépistées pour la syphilis	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Femmes enceintes dépistées pour l'anémie	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Soins qualifiés à l'accouchement	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Naissances dans un établissement de santé	Pourcentage	Supplémentaire	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Pourcentage des césariennes sur la totalité des naissances vivantes	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire ou Enquête (population)
	Femmes bénéficiant de conseils en matière de planification familiale après l'accouchement/ une interruption de grossesse (en pourcentage des femmes examinées)	Pourcentage	Supplémentaire	Système d'information sanitaire
Femmes qui allaitent trois mois après l'accouchement	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)	
IST/infections de l'appareil reproducteur et pathologies liées à la reproduction	Utilisation du préservatif lors des derniers rapports à risque	Pourcentage	Principal	Enquête (population)
	Utilisation du préservatif lors des premiers rapports	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Femmes enceintes positives pour la syphilis bénéficiant d'un traitement type approprié	Pourcentage	Supplémentaire	Système d'information sanitaire

^m Dans la liste des 17 indicateurs de santé génésique, une femme a bénéficié de soins prénatals lorsqu'elle a effectué "au moins une visite prénatale". L'indicateur révisé porte à "au moins quatre" le nombre des visites.

UTILISATION DES SERVICES				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
IST/infections de l'appareil reproducteur et pathologies liées à la reproduction	Femmes enceintes positives pour le VIH bénéficiant d'une prophylaxie antirétrovirale complète contre la transmission mère-enfant du VIH	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
	Nouveau-nés de mères positives pour le VIH sous ARV – pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH – à la naissance	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
	Femmes de 20–50 ans dépistées pour le cancer du col de l'utérus conformément à la politique nationale de prévention du cancer du col de l'utérus	Pourcentage	Supplémentaire	Système d'information sanitaire
	Femmes présentant une fistule vésico-vaginale ayant bénéficié d'un traitement chirurgical (réparateur)	Pourcentage	Elargi	Enquête (spéciale)
Séviçes sexuels	Nombre de cas de séviçes sexuels, viols conjugaux compris, signalés aux forces de l'ordre et/ou aux professionnels de la santé ces cinq dernières années	Nombre	Supplémentaire	Registres administratifs (police)
	Cas signalés ci-dessus ayant entraîné des poursuites	Pourcentage (de tous les cas signalés)	Supplémentaire	Registres administratifs (police)
Santé sexuelle	Adolescents ayant bénéficié d'une éducation complète en matière de santé sexuelle et génésique en milieu scolaire	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)

Tableau 2d. Indicateurs de résultats

RESULTATS				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
Domaine général	Fonds publics alloués à la santé	Pourcentage	Principal	Registres administratifs
	Budget de la santé alloué à la santé sexuelle et génésique	Pourcentage	Principal	Registres administratifs
Planification familiale	Taux de fécondité totale	Taux	Principal	Registres d'état civil/Enquête (population)
	Taux de natalité chez les adolescentes (taux de fécondité par âge des 15–19 ans)	Taux	Principal	Registres d'état civil/Enquête (population)
	Femmes et hommes de 18–24 ans devenus parents avant leurs 18 ans	Pourcentage (femmes/hommes)	Supplémentaire	Enquête (population)
	Naissance ces 3 ou 5 dernières années d'enfants nés moins de 24 mois après le précédent	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Femmes de 15–49 ans sexuellement actives, exposées au risque de grossesse, qui ne sont pas enceintes, n'utilisent aucune méthode de contraception, n'allaitent pas, déclarant essayer d'être enceintes depuis deux ans ou plus	Taux	Supplémentaire	Enquête (population)
Santé maternelle et périnatale	Femmes en âge de procréer (15–49 ans) dont le taux d'hémoglobine a révélé l'anémie	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
	Ratio de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)	Ratio	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (population)/registre d'état civil
	Taux de létalité de causes obstétricales directes ⁿ	Taux	Supplémentaire	Enquête (établissement)
	Prévalence/incidence des fistules obstétricales	Taux	Elargi	Enquête (spéciale)
	Taux de mortalité périnatale (décès périnataux pour 1000 naissances vivantes)	Taux	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (population)/ registre d'état civil
	Taux de mortinaissances (enfants mort-nés pour 1000 naissances vivantes)	Taux	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (population)/ registre d'état civil
	Taux de mortalité néonatale (décès néonataux pour 1000 naissances vivantes)	Taux	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (population)/ registre d'état civil

ⁿ Nombre de femmes qui meurent des suites de complications obstétricales directes sur une période donnée parmi les femmes présentant des complications obstétricales directes (hémorragies, troubles tensionnels, interruptions de grossesse, accidents septiques, grossesses extra-utérines, embolies et problèmes liés à l'anesthésie).

RESULTATS				
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur	Source de données
	Naissances vivantes de petit poids de naissance (moins de 2500 g)	Taux	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (population)/ registre d'état civil
	Incidence du tétanos néonatal	Taux	Principal	Système d'information sanitaire/Registres administratifs
Elimination des avortements non médicalisés	Admissions en obstétrique et gynécologie consécutives à une interruption de grossesse	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
	Taux d'hospitalisation pour des avortements non médicalisés pour 1000 femmes	Taux	Supplémentaire	Système d'information sanitaire
	Interruptions de grossesse pour 1000 naissances vivantes	Ratio	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (population)
	Décès maternels imputés à des interruptions de grossesse	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (spéciale)/statistiques d'état civil
IST/infections de l'appareil reproducteur	Femmes enceintes de 15–24 ans se présentant à la consultation prénatale positives pour la syphilis ^o	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire
	Femmes enceintes de 15–24 ans se présentant à la consultation prénatale positives pour le VIH ^o	Pourcentage	Principal	Système d'information sanitaire/Enquête (population)
	Hommes de 15–49 ans déclarant au moins un épisode d'urétérite ces 12 derniers mois	Pourcentage	Supplémentaire	Système d'information sanitaire/Enquête (population)
Santé sexuelle	Femmes déclarant avoir subi des mutilations sexuelles féminines	Pourcentage	Elargi	Enquête/Système d'information sanitaire
	Taux de natalité chez les adolescentes ^p	Taux	Principal	Statistiques d'état civil / Enquête (population)
	Adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels ^q	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Adolescents possédant une expérience sexuelle ayant utilisé des préservatifs lors des premiers/ derniers rapports sexuels ^q	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Adolescents célibataires sexuellement actifs qui utilisent régulièrement des préservatifs ^q	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)
	Hommes et femmes (15–24 ans) ayant eu des rapports sexuels avant leurs 15 ans	Pourcentage	Supplémentaire	Enquête (population)

^o Références croisées avec les indicateurs de santé maternelle/périnatale.

^p Références croisées avec les indicateurs de planification familiale.

^q Ventilés par sexe.

Tableau 3. Domaines nécessitant l'élaboration de nouveaux indicateurs

Domaine	Suggestions/insuffisances
Planification familiale	Coût des services Besoin d'un indicateur d'"acceptabilité"
Santé maternelle/périnatale	Désignation de la césarienne comme une question relevant de la politique gouvernementale (pour combattre son utilisation excessive) Naissances en établissement pour les grossesses à haut risque Soins qualifiés à l'accouchement ou accouchement en établissement – selon le contexte national Coût de l'accouchement en établissement Lutte contre les infections dans les maternités (qualité)
IST/infections de l'appareil reproducteur	Indicateur de l'urétrite – examen d'autres résultats, ulcérations génitales, par ex. Stérilité – primaire par opposition à secondaire – à reformuler éventuellement selon les lignes directrices de l'OMS Indicateurs des comportements à l'origine des IST Qualité des soins Indicateurs pour les groupes vulnérables (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnels du sexe) Utilisation d'autres sources pour le traitement des IST, les pharmacies, par ex. – à formuler
Santé sexuelle/sexualité saine	Sexualité saine/indicateur de satisfaction sexuelle Liens avec l'autonomisation des femmes (OMD3) (comme déterminants) Dysfonctionnement sexuel Accès et utilisation par des groupes vulnérables, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe
Santé sexuelle des adolescents et santé génésique	Croyances (parmi les adolescents) relatives au besoin de services préventifs Respect de la vie privée, confidentialité, consentement éclairé dans la prestation des services Satisfaction des clients
Sérvices sexuels	Mesure des résultats concernant les sérvices sexuels (à déterminer) – problème: différences de perception des sérvices sexuels selon la culture Traite de jeunes filles
Mutilations sexuelles féminines	Centres de prestation de services non médicaux, services de soutien social, formation de policiers, etc. Besoins de services pour les mutilations sexuelles féminines

2.2 Discussion et recommandations

Les indicateurs recommandés par la présente consultation ont été conçus pour compléter et développer les 17 indicateurs de santé génésique définis précédemment.²⁴ L'exercice a porté sur les domaines de la santé sexuelle et génésique qui n'avaient pas été pris en compte dans ce contexte antérieur, ainsi que sur les facteurs plus larges qui influent sur le bien-être sexuel et génésique. Plusieurs recommandations ont été formulées au sujet des questions à examiner pour faciliter la mise en oeuvre du cadre dans les programmes de pays, et notamment les suivantes.

PRINCIPES

- Le cadre issu de la consultation servira à diagnostiquer les problèmes de santé sexuelle et génésique qui se posent dans les pays. L'existence d'enquêtes en population pour certains indicateurs offre des possibilités mais les données fournies par ces enquêtes ne seront pas nécessairement utilisables aux niveaux infra-national ou de la prestation des services. Les dispensateurs de services devront être formés à la collecte et à l'utilisation des données. Les enquêtes ne pouvant pas couvrir la totalité des établissements de santé, un échantillonnage d'établissements fournira néanmoins des données de qualité qui étayeront l'élaboration des programmes ou les interventions.
 - Tous les indicateurs (supplémentaires ou élargis) ne sont pas applicables à toutes les situations nationales ; chaque pays devra choisir ses indicateurs supplémentaires et élargis parmi ceux qui sont proposés ici, en fonction de ses problèmes et de ses besoins dans le domaine de la santé sexuelle et génésique.
 - Les indicateurs nationaux servent à l'évaluation des progrès des pays sur la voie de l'objectif déclaré de l'accès universel et des cibles intermédiaires. La prise des décisions relatives aux interventions requises pour assurer l'accès universel exige une bonne connaissance des écarts entre les indicateurs selon les populations ; aussi faut-il impérativement savoir interpréter les données aux niveaux locaux et pour les sous-groupes de population. Les méthodes de collecte des données devront au minimum, et le cas échéant, conserver la capacité d'accéder aux informations ventilées par âge, sexe, situation géographique et appartenance ethnique, et de diffuser ces informations.
- Du point de vue de la politique gouvernementale, il est important de prendre la mesure des inégalités et de leur importance relative. Ces considérations incluent l'ampleur des différences d'utilisation ; la dimension des groupes touchés ; l'existence éventuelle d'inégalités multiples dans un groupe ; et les incidences de ces inégalités sur l'état de santé.

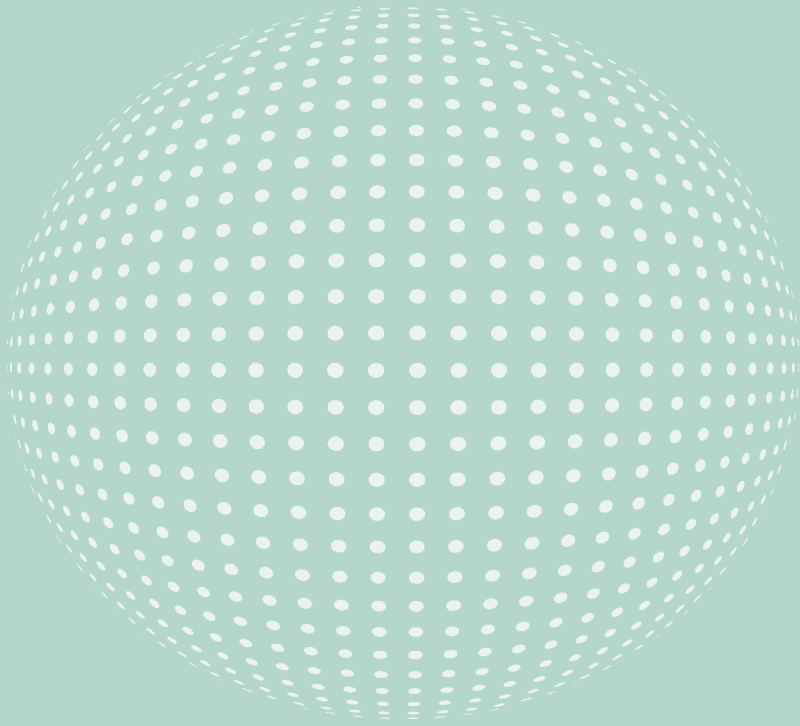
CONTRAINTES

- Au niveau national, le suivi et l'évaluation peuvent être entravés par le niveau des investissements en faveur de l'élaboration des systèmes d'information sanitaire. Le potentiel de génération ou d'analyse des données est généralement limité.
- L'existence d'un large éventail de programmes verticaux peut entraîner la fragmentation des processus de suivi et d'évaluation dans les pays, les systèmes d'information sanitaire de capacité réduite tendant à s'acquitter en priorité de leur obligation de rendre compte aux donateurs.
- Les tensions entre la demande d'informations sanitaires pour répondre aux besoins des communautés, des établissements, et des districts/régions sanitaires, et la demande pour répondre aux besoins en données mondiales peuvent limiter l'utilisation des informations pour la prise des décisions locales.
- Quantité de données sont déjà recueillies auprès des établissements de santé, d'ordinaire sans que soient contrôlées leur exhaustivité et leur qualité. Cette faille réduit la confiance de certains usagers, qui sont ainsi amenés à sous-utiliser les données à tous les niveaux, et notamment lorsqu'il s'agit de soutenir l'élaboration des politiques.
- De nombreux pays ne recueillent pas de données auprès du secteur privé, sous-évaluant ainsi l'accès aux soins de santé/l'utilisation des informations concernant une part considérable de la population.

- Les informations relatives aux déterminants sociaux de la santé sexuelle et génésique – telles la pauvreté, la mobilité et les inégalités entre les sexes – font souvent défaut.
- Si certains indicateurs sont régulièrement fournis par les pays dotés de statistiques d'état civil et d'autres systèmes d'information sanitaire, la plupart des indicateurs servant au suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique nécessiteront la réalisation d'enquêtes en population. La plupart des pays ne sont toutefois pas en mesure d'effectuer régulièrement de telles enquêtes. Pour les pays inclus dans le système des Enquêtes démographiques et sanitaires, un maillage sera nécessaire pour intégrer les nouveaux indicateurs (ou les définitions révisées des indicateurs existants) et faire en sorte que le système des enquêtes démographiques et sanitaires soit à même de fournir les informations requises. Il faudra améliorer l'harmonisation des mesures entre les programmes d'enquêtes (Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF, et enquêtes nationales). A plus long terme, les systèmes d'information sanitaire des pays en développement devront être renforcés. Dans ce contexte, une liaison pourra également être établie avec des initiatives telles que le Réseau de métrologie sanitaire.
- Les pays ont témoigné de leur détermination en s'engageant en faveur de la réalisation des objectifs de développement internationaux liés à la santé génésique. Ces objectifs incluent les OMD ; les initiatives régionales (comme celles du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, les indicateurs de santé génésique du projet (REPROSTAT) de l'Union européenne, et l'Organisation panaméricaine de la Santé) à l'appui de ces objectifs ; les nombreuses consultations qui examinent le concept de l'accès universel et fixent des cibles ; et l'importante expérience internationale résultant du travail de nombreuses parties prenantes avec certains des indicateurs. Cette approche facilitera la mise en oeuvre du cadre de suivi présenté dans ce document.
- Des mesures devront être prises pour assurer la qualité des données et leur comparabilité entre pays, et ceux-ci devront accepter des directives claires relatives à la collecte, l'analyse et la publication des données. Ces mesures sont nécessaires car des systèmes différents peuvent compliquer la comparabilité des données entre les pays. Cette nécessité vaut autant pour les pays industrialisés que pour les pays en développement.
- Des études de faisabilité devront être effectuées dans deux ou trois pays afin d'évaluer l'ensemble des indicateurs proposés. Des données fondées sur la recherche seront également nécessaires pour évaluer la relation entre indicateurs de méthodes et indicateurs de résultats. Les résultats des recherches devront être diffusés et appliqués dans la conception et la gestion des programmes.

MESURES À PRENDRE

- Les pays ont besoin d'un soutien pour renforcer leur capacité technique en matière de triangulation de courants d'informations multiples, pour définir et concevoir les programmes qui combleront le déficit de services révélé par les informations recueillies.
- Pour suivre les progrès réalisés sur la voie de la réalisation de l'accès universel (à la santé sexuelle et génésique), les pays devront fixer des cibles pour les principales interventions et surveiller leur mise en oeuvre au moyen d'activités de suivi et d'évaluation régulières.
- Les participants à la consultation ont recommandé la création d'un groupe de référence officiel pour les indicateurs de santé sexuelle et génésique et les indicateurs concernant les liens politiques et programmatiques entre la santé sexuelle et génésique et les autres services de santé. Ce groupe s'attachera à suivre les progrès réalisés dans l'élaboration et l'utilisation des indicateurs, et à fournir en permanence des contributions techniques pour les applications nationales, régionales et mondiales.



3. Indicateurs potentiels sur les liens entre santé sexuelle et génésique et VIH/sida



3.1 Généralités et justification

Des faits récents ont permis l'analyse des synergies entre les programmes de santé sexuelle et génésique et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi l'appel à l'action de Glion et l'appel de New York en faveur du renforcement des liens entre les activités de santé sexuelle et génésique et la lutte contre le VIH/SIDA (2004)^{25,26} et la Déclaration politique de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2006),²⁷ qui soulignait "la nécessité de renforcer les liens, sur les plans de la politique et des programmes, entre le VIH/sida, la santé en matière de sexualité et de procréation". Un tel maillage des services de santé sexuelle et génésique devrait donner des résultats supérieurs à ceux de services isolés.

Les raisons du maillage ou de l'intégration incluent le fait que les programmes de santé sexuelle et génésique et de lutte contre le VIH/sida s'adressent aux mêmes populations cibles (hommes, femmes et jeunes sexuellement actifs). De plus, ces deux types de programmes encouragent un comportement sexuel sûr et responsable, et ils ont le pouvoir d'accroître la double protection et l'utilisation de préservatifs en même temps qu'une action coordonnée en matière de santé sexuelle et génésique.

La synergie des méthodes réduira la transmission mère-enfant du VIH et la stigmatisation associée au VIH/sida, et elle limitera au maximum les occasions manquées d'accroître l'accès et la couverture. Le potentiel d'efficacité accrue entraînera une baisse des coûts, éliminera les doubles emplois et favorisera la coordination. Les synergies renforceront vraisemblablement la prévention. Ainsi, l'objectif général sera d'améliorer l'accès et d'accélérer les progrès concernant la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, ainsi que la santé sexuelle et génésique, en stimulant le maillage ou l'intégration.

Le présent chapitre traite de la mise au point d'indicateurs potentiels qui pourront faciliter le suivi des appels mondiaux en faveur du renforcement des liens ainsi que des efforts nationaux déployés pour les mettre en oeuvre.



Encadré 3. Définitions opérationnelles

- **Intégration** : l'intégration des services issus de la CIPD compte tenu de la nécessité de fournir des services complets qui répondent simultanément à plusieurs besoins.
- **Liens** : des liens ont été créés montrant qu'il existe d'autres manières d'associer les services, et notamment d'offrir des possibilités de transferts systématiques à l'intérieur des programmes.
- **Synergies** : parce que les résultats des services intégrés ou synergiques sont supérieurs aux résultats des services isolés.

3.2 Indicateurs potentiels

Les indicateurs au **niveau de la prise des décisions** pourraient inclure les suivants :

- existence (ou nombre de pays dotés)^a d'une stratégie nationale de santé sexuelle et génésique incluant la prévention, les soins et le soutien liés au VIH ;
- existence (ou nombre de pays dotés)^a d'une stratégie nationale pour le changement des comportements concernant la prévention et les soins liés au VIH dans le cadre des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique ;
- nombre de centres de prestation de services pour 500 000 habitants qui dispensent des services de santé sexuelle et génésique (prévention, soins et soutien liés au VIH) dans le cadre des soins de santé de base essentiels ;
- (nombre de) pays intégrant la santé sexuelle et génésique et la prévention du VIH dans les programmes de fin d'études primaires et secondaires ;
- proportion du budget des soins de santé allouée aux services de santé sexuelle et génésique essentiels dans le cadre des services liés au VIH, et proportion allouée à la prévention et aux soins liés au VIH dans le cadre des services de santé sexuelle et génésique ; et
- existence de matériels de formation et de programmes d'études sur le maillage santé sexuelle et génésique/VIH au niveau des programmes et de la prestation des services, dans le cadre de la formation préalable et en cours d'emploi.

Il conviendrait également de définir des indicateurs de comportement, comme les suivants :

- proportion des couples sérodifférents qui utilisent des préservatifs pour prévenir l'infection du partenaire ; et
- proportion des couples (officiels ou non) qui déclarent utiliser des préservatifs pour prévenir le VIH.

Un éventail d'indicateurs potentiels qui pourraient être utilisés pour évaluer le maillage au **niveau de la prestation des services** est présenté à l'Annexe 3. Le Tableau 4 donne un choix d'indicateurs dans le contexte des dimensions du cadre décrit au chapitre 2, classés selon différentes composantes de la prestation des services.

3.3 Discussion et recommandations

- Le maillage ou l'intégration de la santé sexuelle et génésique dans les services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH favoriserait de nouvelles opportunités de nature à améliorer les résultats (même population cible, renforcement possible de la double protection et de l'utilisation du préservatif, élimination des doubles emplois, et promotion de l'efficacité, entre autres facteurs).
- Il faudra évaluer les acteurs concernés pour déterminer les services présents et reconnaître les freins, afin que les responsables, forts des enseignements retirés, puissent concevoir des soins complets. Dans certains cas, il faudra renforcer les services existants pour assurer des services complémentaires. Dans d'autres situations, des aiguillages systématiques devront être organisés.

^a Globalement.

- D'autres indicateurs relatifs aux aspects comportementaux du maillage devront être inclus.
- Certains indicateurs sont nouveaux et ils devront être mis à l'essai.
- Au niveau de l'application, le maillage des services s'est avéré difficile là où les bailleurs de fonds encouragent les programmes verticaux.

Table 4. Indicateurs du maillage entre les programmes de santé sexuelle et génésique et les programmes de lutte contre le VIH/sida

Type d'indicateurs	Indicateurs de maillage proposés
Politique générale	<p>Nombre de pays qui ont conçu et appliqué une stratégie nationale de changement des comportements pour la prévention et les soins liés au VIH dans le cadre des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique</p> <p>Nombre de pays dotés d'une stratégie nationale de santé sexuelle et génésique incluant la prévention, les soins et le soutien liés au VIH</p>
Déterminants sociaux	<p>Proportion des couples sérodifférents qui utilisent des préservatifs et un traitement pour prévenir l'infection du partenaire</p> <p>Proportion des centres de prestation de services de soins de santé primaires (SSP) qui sont a) accueillants pour les adolescents et b) encouragent les hommes à prendre des responsabilités en matière de santé sexuelle et génésique</p>
Accès : disponibilité des services	<p>Nombre de centres, pour 500 000 habitants, qui proposent des services de santé sexuelle et génésique – prévention, soins et soutien liés au VIH compris – dans le cadre des soins de santé de base essentiels</p> <p>Proportion des centres de prestation de services de SSP qui proposent a) trois ou plus, ou b) six ou plus, des services suivants de santé sexuelle et génésique et de lutte contre le VIH/sida : planification familiale, soins prénatals, soins post-natals, services de lutte contre les IST, conseil et dépistage volontaires pour le VIH, dépistage et conseil à l'initiative du soignant, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, ARV, dépistage du cancer du col de l'utérus, et dépistage du cancer de la prostate</p>
Accès : information	<p>Nombre de pays qui intègrent la santé sexuelle et génésique et la prévention du VIH dans les programmes de fin d'études primaires et secondaires</p> <p>Proportion des centres de prestation de services SSP qui proposent a) le conseil et le dépistage volontaires pour le VIH, et notamment le suivi des partenaires aux fins du traitement et du conseil, et b) la communication pour le changement de comportement</p>
Utilisation des services	<p>Proportion des femmes enceintes positives pour le VIH qui bénéficient a) d'un traitement ARV approprié et b) d'une thérapie de prévention de la transmission mère-enfant à l'accouchement</p>
Résultats ^b	<p>Incidence du VIH parmi les patientes des services prénatals</p> <p>Proportion des partenaires de femmes enceintes positives pour le VIH ou pour la syphilis qui bénéficient d'un traitement et d'un conseil appropriés</p> <p>Incidence de la transmission du VIH par des femmes infectées par le VIH à leur nourrisson</p>

^b Ces types d'indicateurs n'ont pas été examinés pendant la réunion mais ils sont donnés comme exemples de mesures potentielles de l'amélioration de l'état de santé.

Bibliographie

1. Organisation des Nations Unies. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York : Nations Unies ; 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1).
2. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique*. Genève : OMS ; 2004 (WHO/RHR/04.8).
3. Organisation des Nations Unies. *Rapport du Secrétaire général sur l'activité de l'Organisation. Documents officiels. Soixante et Unième session, Supplément N° 1(A/61/1)*. New York: Assemblée générale des Nations Unies ; 2006.
4. Wilkinson R. The challenge of prevention: a response to Starfield's "Commentary: pathways of influence on equity in health". *Social Science & Medicine* 2007 ; 64 : 1367–70.
5. Organisation mondiale de la Santé. *Interpreting reproductive health*. Document non publié 1999.
6. Wilkinson R, Marmot M. *The solid facts*. Copenhague: Organisation mondiale de la Santé ; 2003.
7. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005 ; 365 : 1099–104.
8. Organisation mondiale de la Santé. *Indicators for measuring access to reproductive health care. Report of a WHO and UNFPA technical consultation*. Genève : OMS ; 2004.
9. Mooney G. Equity in health care : confronting the confusion. *Effective Health Care* 1983 ; 1:179–85.
10. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 2001 ; 53:1149–62.
11. Dominick KL, Dudley TK, Grambow SC, Oddone EZ, Bosworth HB. Racial differences in health care utilization among patients with osteoarthritis. *Journal of Rheumatology* 2003 ; 30:2201–2206.
12. Fonds des Nations Unies pour la population. *Indicators for population and reproductive health programmes*. New York : UNFPA ; 1998.
13. Organisation mondiale de la Santé. *Reproductive health indicators for global monitoring : guidelines for their generation, interpretation and analysis*. Genève : OMS ; 2006.
14. Organisation mondiale de la Santé. *Technical consultation on reproductive health indicators. Summary report*. Geneva ; WHO ; 2007.
15. Organisation mondiale de la Santé. *Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals. A framework for implementing the WHO global reproductive health strategy*. Genève : OMS ; 2006.
16. Union africaine. *Plan d'action de Maputo pour la mise en oeuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique 2007–2010*. Maputo : Union africaine ; 2007.
17. Organisation des Nations Unies. *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Commission sur les droits de l'homme. Soixante-deuxième session, Point 10 de l'ordre du jour provisoire*. New York: Nations Unies ; 2006.
18. Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemmenkamp KW, et al. Reproductive health indicators in the European Union : the REPROSTAT project. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 2006 ; 126:3–10.
20. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration du Millénaire. Assemblée générale des Nations Unies, 55ème session. Point 60 b) de l'ordre du jour*. New York : Nations Unies ; 2000 (A/RES/55/2. 1–9-2000).
19. Wang CC, Wang Y, Zhang K, Fang J, Liu W, Luo S, et al. Reproductive health indicators for China's rural areas. *Social Science and Medicine* 2003 ; 57:217–25.
21. Projet du Millénaire. *Investir dans le développement: plan d'action pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement, 2005 : 82–4.
22. Projet du Millénaire. *Choix publics, décisions privées : la santé sexuelle et reproductive et les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement ; 2006.
23. Organisation mondiale de la Santé. *Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants*. Genève : OMS ; 2005 (résolution WHA58.31).
24. Organisation mondiale de la Santé. *Reproductive health indicators for global monitoring. Report of an interagency technical meeting*. Genève : OMS ; 2001.
25. Organisation mondiale de la Santé. *The Glion call to action : family planning and HIV/AIDS in women and children*. <http://www.who.int/reproductive-health/stis/linking.html> (3–5 mai 2004)
26. Fonds des Nations Unies pour la population/Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA/Family Care International. *The New York call to commitment : Linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health*. New York : UNFPA, 2004.
27. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration politique sur le VIH/sida. Assemblée générale des Nations Unies, Soixantième session, point 45 de l'ordre du jour*. New York : Organisation des Nations Unies; 2006 (A/RES/60/262. 15-6-2006).

Annexe 1. Application d'indicateurs définis au niveau mondial à des contextes locaux – études de cas

A. L'expérience de la Chine rurale ^a

En 1997, le Ministère chinois de la Santé déclarait pour les zones rurales un ratio de mortalité maternelle de 80,4/100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile de 37,7/1000 naissances vivantes – chiffres sensiblement supérieurs à ceux des zones urbaines. Les efforts déployés par les agents de santé ruraux pour combler cet écart se heurtent à l'absence d'indicateurs de santé génésique pratiques et mesurables qui expliqueraient les données relatives à la morbidité et à la mortalité.

La liste des 17 indicateurs de santé génésique de l'OMS pourrait contribuer à combler ce déficit mais leur mise en oeuvre a rencontré d'importantes difficultés. Les agents de santé ruraux ont besoin d'indicateurs plus pratiques, réalistes et mesurables, conçus pour guider l'élaboration des programmes au niveau local (afin d'accroître au maximum la pertinence des interventions et des services) et au niveau national (pour définir les cibles et les politiques nationales). Face à ce problème, une étude a été réalisée avec pour objectif l'élaboration et la mise à l'essai d'indicateurs de santé génésique à assise communautaire.

Deux techniques fondées sur la participation, la méthode du groupe nominal et l'enquête Delphi, ont été employées. La méthode du groupe nominal a d'abord été utilisée comme instrument à base communautaire par les agents de santé génésique de base pour établir une liste complète d'indicateurs potentiels. La méthode Delphi a ensuite servi à la recherche d'un consensus entre experts nationaux et internationaux sur la hiérarchisation de ces indicateurs locaux. Les indicateurs retenus devaient être pratiques, réalistes et mesurables en milieu rural en Chine.

GROUPE NOMINAL

Des chercheurs, des praticiens et des administrateurs travaillant dans le domaine de la santé génésique, ainsi que des responsables de la santé maternelle et infantile, ont participé à l'élaboration des indicateurs de santé génésique. Le groupe a centré son attention sur les facteurs biomédicaux, économiques et socio-politiques qui influent sur la santé génésique.

Les participants, 32 femmes et 20 hommes, étaient répartis en huit groupes de travail. Au total, ils ont produit 180 indicateurs couvrant les sept domaines suivants :

- fécondité et régulation de la fécondité (26 articles) ;
- grossesse et accouchement (27 articles) ;
- santé de l'enfant (7 articles) ;
- santé sexuelle (25 articles) ;
- action/politique gouvernementale (15 points) ;
- statut de la femme – épanouissement et autonomisation (37 articles) ; et
- développement des communautés rurales (43 articles).

Dix-huit de ces 180 articles ont été éliminés car ils n'étaient ni pratiques, ni réalistes (attitude des agents de santé, caractéristiques culturelles des minorités ethniques, par ex.). D'autres ont été supprimés en raison du peu d'importance que leur accordaient les membres du groupe nominal. Il est resté 126 articles consensuels qui ont été réorganisés pour l'enquête Delphi.

^a Plus d'information disponible dans : Wang CC, Wang Y, Zhang K, Fang J, Liu W, Luo S, et al. Reproductive health indicators for China's rural areas. *Social Science and Medicine* 2003 ; 57:217-25.

ENQUÊTE DELPHI

L'enquête Delphi a été autoadministrée par correspondance, ce qui a permis la participation d'un grand nombre de personnes réparties sur une vaste zone géographique, y compris des experts chinois et internationaux (santé publique, soins de santé, sciences sociales, études sur les femmes). Tous, à des degrés divers, avaient l'expérience des zones rurales dans les pays en développement.

Les experts ont été invités à s'interroger sur le caractère pratique, réaliste et mesurable des indicateurs pour les zones rurales des pays en développement, et à les classer par catégorie : "important", "assez important", "pas important", "importance incertaine" ou "concept inconnu". L'enquête Delphi par correspondance a été envoyée à 63 experts chinois et 60 experts internationaux. Soixante et 43 d'entre eux, respectivement, ont répondu au premier questionnaire. Seuls les experts ayant répondu au premier questionnaire ont reçu le deuxième (Delphi II). Sur ce nombre, 57 experts chinois et 43 experts internationaux ont rempli le deuxième questionnaire.

Tous les articles jugés "importants" par une majorité simple à la première étape ont été inclus dans Delphi II (n=50/126). Les six des 17 indicateurs de l'OMS qui

n'étaient pas issus du groupe nominal ont été omis dans le questionnaire Delphi I mais inclus dans le questionnaire Delphi II. Celui-ci incluait en outre 17 nouveaux indicateurs proposés par les experts interrogés. A ce stade, 73 indicateurs potentiels au total étaient en lice.

Aux fins de l'enquête Delphi II, les articles jugés "importants" ont reçu la note 2, les articles jugés "assez importants" la note 1 et les articles jugés "pas importants" la note 0. Les indicateurs de santé génésique à base communautaire ayant obtenu les notes moyennes les plus élevées ont été retenus. L'encadré A1.1 énumère huit variables considérées comme des déterminants pour la mesure de l'amélioration de la santé génésique. La liste finale de 21 indicateurs est donnée dans l'encadré A1.2. Six indicateurs sont identiques à ceux de la liste de l'OMS, et deux autres sont comparables.

Le cas de la Chine témoigne de l'efficacité des stratégies visant à associer la communauté à l'élaboration d'indicateurs appropriés. Il montre aussi l'influence des contextes locaux sur les priorités au sein de la communauté. Cet exercice a mis en présence des experts locaux et internationaux, qui ont apporté leurs compétences et validé la sélection finale des indicateurs.

Encadré A1.1 Déterminants servant à mesurer l'amélioration de la santé génésique

- Proportion des villages dotés de services de soins de santé essentiels de base
- Proportion du budget des pouvoirs publics locaux allouée aux questions de santé génésique
- Proportion des villages approvisionnés en eau potable
- Proportion des villages dotés d'un moyen de transport pour la ville
- Proportion des villages raccordés au réseau d'électricité
- Existence d'une organisation chargée des interventions en faveur des femmes en situation de crise
- Proportion des femmes associées aux décisions concernant les dépenses familiales
- Proportion des femmes en âge de procréer vaccinées contre le tétanos

Encadré A1.2 Indicateurs de santé génésique à base communautaire pour les zones rurales de Chine et comparaison avec les 17 indicateurs de santé génésique de l'OMS

Indicateurs de santé génésique comparables aux indicateurs de l'OMS (Numéro sur la liste OMS)	NOUVEAUX indicateurs de santé génésique pour les zones rurales de Chine
<ul style="list-style-type: none"> • Taux de fécondité totale (1) • Taux de prévalence de la contraception (2) • Taux de mortalité maternelle (3) • Pourcentage des femmes examinées au moins une fois pendant leur grossesse par du personnel de santé qualifié (4) • Proportion des villages ayant accès aux services d'une sage-femme qualifiée (comparable au 5) • Proportion des femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals réguliers (comparable au 6) • Taux de mortalité périnatale (8) • Prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer (16) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des femmes habilitées à décider de procréer ou non • Proportion des femmes libres de choisir la méthode contraceptive qu'elles utilisent • Taux d'interruptions volontaires de grossesse • Proportion des femmes présentant des infections de l'appareil reproducteur • Proportion des femmes capables de prendre en charge leur santé prénatale • Proportion des accouchements se déroulant dans de bonnes conditions d'asepsie • Incidence des avortements compliqués • Proportion des femmes ayant une grossesse à haut risque qui accouchent à l'hôpital • Taux de mortalité néonatale • Proportion des enfants de 0–5 ans qui sont vaccinés • Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par âge, sexe) • Proportion des villages dotés de services de soins obstétricaux d'urgence • Effectif des personnels de santé pour 100 00 habitants capables de diagnostiquer et traiter les infections courantes de l'appareil reproducteur

B. L'expérience de l'Union européenne (projet REPROSTAT)^b

Un projet a été mis sur pied sous les auspices du programme de surveillance de la santé de l'Union européenne (UE) en vue de concevoir un ensemble d'indicateurs de santé génésique pour les Etats Membres de l'UE. L'objectif de REPROSTAT était de créer un noyau commun d'indicateurs qui permettrait aux professionnels de la santé, aux décideurs et aux chercheurs d'évaluer la santé génésique et les soins de santé connexes à l'intérieur de l'UE. Ce système de surveillance devait signaler rapidement les échecs liés à la prévention et aux soins et suggérer d'autres mesures et activités de recherche. Un seul ensemble d'indicateurs ne pouvant couvrir tous les aspects, des liens ont été établis avec d'autres groupes tels que PERISTAT (projet similaire visant à élaborer un ensemble principal d'indicateurs de santé périnatale) et des registres du cancer, notamment. Ce projet a duré de 2001 à 2003.

Pour créer le premier ensemble d'indicateurs, REPROSTAT a évalué la liste des indicateurs de santé génésique mondiaux de l'OMS, y ajoutant d'autres indicateurs conformément aux objectifs du projet. Les indicateurs sélectionnés devaient faire apparaître les améliorations nécessaires au plan de la santé sexuelle et génésique des citoyens de l'UE ; contribuer à l'évaluation et au suivi réguliers de la qualité, de l'efficacité et des progrès des programmes de santé génésique en Europe ; et permettre de comparer les données relatives à la santé génésique dans les Etats membres de l'UE et entre eux. Une liste finale de 13 indicateurs principaux a été dressée en 2002 (voir l'encadré A1.3). Quatre autres indicateurs ont ensuite été recommandés, dont les trois derniers restent à affiner (Encadré A1.4).

^b Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemmenkamp KW, et al. Reproductive health indicators in the European Union : the REPROSTAT project. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 2006 ; 126:3-10.

Encadré A1.3 Indicateurs principaux

- Acceptation du dépistage du VIH par les femmes enceintes
- Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées pour le VIH (tous les âges)
- Prévalence de Chlamydia
- Déclaration de l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque
- Age médian des premiers rapports sexuels
- Proportion de l'utilisation d'un moyen contraceptif lors des premiers rapports sexuels
- Taux de fécondité par âge chez les adolescentes
- Age de la mère à la naissance du premier enfant
- Taux de fécondité totale
- Proportion de femmes qui essaient d'être enceintes depuis une année ou plus
- Proportion d'accouchements associés à des techniques de procréation médicalement assistée
- Fréquence des interruptions volontaires de grossesse
- Proportion de femmes de 50 ans ou plus ayant subi une hystérectomie

Encadré A1.4 Indicateurs supplémentaires

- Proportion des femmes souffrant d'incontinence urinaire
- Troubles de l'érection
- Santé sexuelle
- Violence au cours de la grossesse

Les indicateurs proposés ont été élaborés à partir de données préexistantes dans de nombreux pays parmi les informations recueillies de manière systématique, tandis que d'autres pays s'appuieront sur des informations issues d'enquêtes spéciales. Les indicateurs ont été mis à l'essai en Allemagne et en Italie et il est apparu à l'examen que les variations au plan des méthodes de collecte et de la disponibilité des informations entre les pays restaient problématiques.

Si certains Etats membres sont dotés de systèmes d'information sanitaire complets, enquêtes nationales comprises, les méthodes de collecte des données diffèrent et il faudra les harmoniser pour obtenir des données comparables.

Ce cas fait ressortir les difficultés que pose l'utilisation de différents systèmes de collecte des données dans différents pays d'une même région. Les données sont difficiles à comparer entre les pays lorsque les systèmes sont différents. Les questions prioritaires en matière de santé sexuelle et génésique et les problèmes de santé connexes varient aussi sensiblement entre pays industrialisés et pays en développement, voire même entre pays industrialisés.

La procréation médicalement assistée et l'infécondité sont apparues comme des questions de première importance dans certains pays, tandis que le vieillissement des populations et les problèmes de santé qui en résultent peuvent être prioritaires dans d'autres pays (comme au Japon). Alors que le VIH/sida constitue une crise majeure en Afrique sub-saharienne, il ne revêt qu'un faible rang de priorité dans d'autres pays en développement. Il est important de s'interroger sur l'adaptation des outils dans les pays et de reconnaître la nécessité d'assurer l'existence de capacités et de ressources à l'appui de la collecte des données aux niveaux national et local. Tous les pays, industrialisés et en développement, auront besoin d'un soutien pour analyser et appliquer les données.

Annexe 2. Prestation de services de santé génésique dans les pays en développement : facteurs propices et obstacles – le cas du Congo

LA SITUATION

Le Congo est un pays fortement endetté, qui supporte une lourde charge de pauvreté (70% de la population vit avec moins de 1 dollar par jour). Soixante pour cent des 4 millions d'habitants vivent en zone urbaine. La prévalence du VIH est de 6% et l'espérance de vie à la naissance est de 49,6 ans pour les hommes et de 53,7 ans pour les femmes. Le taux brut de natalité est de 40/1000, 55% des Congolaises ayant leur première grossesse avant 20 ans.

La faible prévalence de la contraception (13%) et le taux de fécondité élevé [taux de fécondité totale = 4,8] expliquent les niveaux très élevés de mortalité maternelle (781/100 000 naissances vivantes) en dépit d'une déclaration de taux très élevés de soins qualifiés à l'accouchement (86% globalement, 95% en milieu urbain, 72% en zone rurale), 82% des naissances se déroulant dans un établissement de santé et 75% des femmes effectuant au moins deux visites prénatales. Le taux des césariennes n'est que de 3,2% et le taux de mortalité néonatale est de 33/1000 naissances vivantes. L'interruption de grossesse n'est autorisée que pour sauver la vie de la mère, de 36 à 41 % de ces actes ayant lieu dans un établissement de santé. Les décès maternels sont consécutifs à une hémorragie (40%), une infection post-avortement (19%), une infection puerpérale (13%), une éclampsie (11%), au paludisme (10%) et à d'autres causes (7%).

OPPORTUNITÉS ET CONTRAINTES

L'amélioration de la santé génésique est associée, entre autres facteurs, au rétablissement de la paix après une décennie de conflits armés. Cette paix a réduit l'insécurité et amélioré l'accès aux services, notamment pour les citoyens, et ouvert la voie à la réhabilitation des établissements de santé. Le Président Sassou-Nguesso, qui présidait l'Union africaine en 2006, a amené l'Union africaine à s'engager en faveur de l'accélération des progrès sur la voie de

la réalisation des OMD. Ce processus a attiré diverses sources de financement, et notamment les revenus pétroliers.

La première Journée nationale de la maternité sans risque a été célébrée en 2005, en collaboration avec la Banque mondiale, l'OMS, le UNFPA, l'UNICEF et l'UE (groupes thématiques sur la santé). L'inclusion d'un ensemble minimum de soins dans le "plan de campagne" pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, dont le début était prévu pour juin 2007, a été préconisée. Un plan national pour le secteur de la santé est en préparation, les données issues de l'Enquête démographique et sociale pour 2005 devant servir de base d'information pour guider la planification, la sensibilisation, et la mesure des progrès. La Banque mondiale a financé un projet de prévention de la transmission mère-enfant, et l'UE un projet de soutien au secteur de la santé. Des fonds d'urgence ont également été fournis en 2006 et 2007 pour les soins obstétricaux d'urgence.

Les obstacles existants incluent l'insuffisance des investissements nationaux en faveur des services sociaux essentiels et des restructurations économiques. L'accès géographique restreint aux zones rurales (du nord et de l'ouest surtout), qui réduit la présence des organisations internationales non gouvernementales (ONG), les faibles capacités des ONG locales et la petite taille du secteur privé (certaines missions et pharmacies mises à part) figurent au nombre des obstacles majeurs aux bienfaits des soins de santé.

Le potentiel des ressources humaines dans le secteur de la santé est très faible. Les personnels existants sont mal payés et démotivés, tandis que le recrutement des personnels nouveaux est fait au mépris des critères établis, ce qui contribue à la mauvaise qualité des services de santé et des capacités des prestataires. Cette situation est exacerbée par la pénurie de

fournitures dans les services de santé. Les prestations des services de santé coûtent trop cher pour la majorité de la population, du fait du co-financement et de la corruption passive de rigueur.

CADRE STRATÉGIQUE

Les principes et approches stratégiques qui sous-tendent le plan de campagne consistent notamment à s'entendre sur un responsable (le ministère de la santé), un plan national et un système de surveillance et d'évaluation pour la survie de la mère et de l'enfant qui intègre le plan de campagne pour la santé maternelle et néonatale dans le plan de développement sanitaire national et la stratégie régionale. Ce processus suppose que tous les acteurs concernés conviennent d'une enveloppe de soins minimum et de l'utilisation d'instruments à base factuelle. Les partenariats avec les institutions des Nations Unies et des organismes bi/multilatéraux, et la répartition des responsabilités (géographique, technique et au plan du financement) devraient renforcer la participation de la population locale et du secteur privé à la planification et la fourniture des services.

A court terme, (en 2007), l'accent portera sur la planification familiale, les campagnes nationales de vaccination et la mise au point du plan de campagne pour l'OMD4 et l'OMD5. A moyen terme (2007–2009), on s'emploiera à améliorer les services de soins de santé urbains et de district – en veillant en particulier à améliorer la qualité, la couverture et l'accès dans le domaine des soins obstétricaux et néonataux essentiels ; la promotion de pratiques communautaires essentielles ; et l'accès aux produits de base et leur qualité. A long terme (2009–2013), l'attention portera sur la relance des districts de santé ruraux, et la mise au point d'un ensemble minimum de soins pour les zones rurales, avec la mise en place d'équipes mobiles et de proximité pour servir les populations dispersées, et la promotion de pratiques domestiques essentielles et de l'accès aux produits de base.

RÉSUMÉ ET DISCUSSION

Le Congo, pays à faible revenu dont 70% de la population vit avec moins de 1 dollar par jour, élabore un plan d'action destiné à améliorer les services aux mères et aux nourrissons pour combattre le taux élevé de mortalité maternelle (781 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 40% des décès étant consécutifs à des hémorragies).

La discussion concernant ce taux élevé de mortalité maternelle, dans un pays où le pourcentage des naissances en présence de personnel qualifié est élevé (86%), a mis en lumière la question de la sensibilité de l'indicateur "soins qualifiés à l'accouchement" pour témoigner avec exactitude des progrès réalisés sur la voie de la réduction des risques de mortalité maternelle. Cette discussion a montré qu'il était nécessaire d'aider les pays à renforcer la capacité d'interprétation de ces informations sur la base de questions plus large liées à la santé sexuelle et génésique, et notamment l'accès à des soins obstétricaux d'urgence complets (avec un taux de césariennes de 3%) et des facteurs de risque tels qu'une parité élevée (avec un taux de fécondité totale de 4,8) et une faible prévalence de la contraception (à 13%, dont 10% pour l'utilisation du préservatif), pour comprendre et combattre les sources de risques de mortalité maternelle.

Annexe 3. Indicateurs potentiels des liens entre santé sexuelle et génésique et VIH au niveau de la prestation des services

Les mesures ci-après ont pour objectif de suivre, pour les différents services, l'évolution des liens existants, compte tenu de leurs composantes particulières telles que décrites dans les Figures A3.1–A3.3.

Pour les **services de soins de santé primaires** (Figure A3.1), les indicateurs potentiels sont notamment les suivants :

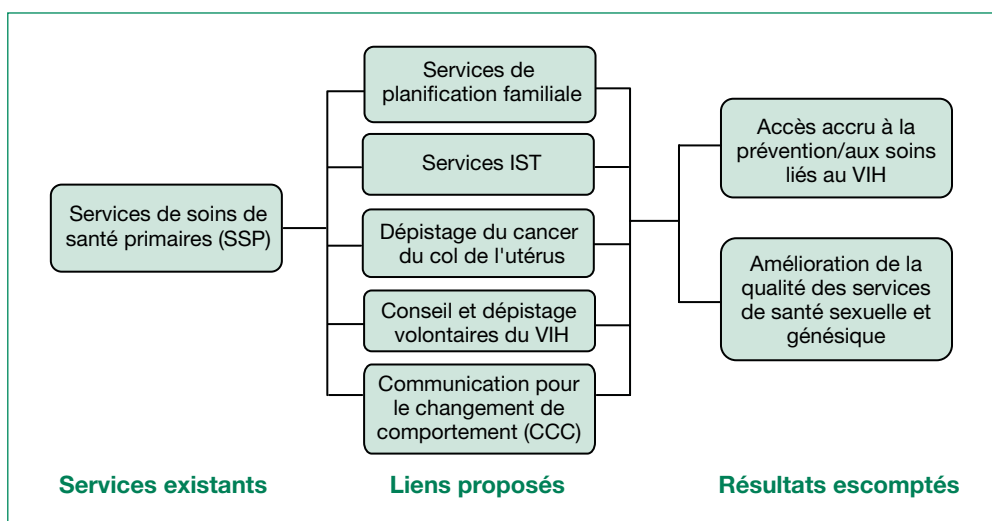
- proportion des services de soins de santé primaires qui dispensent des services de planification familiale, et notamment la fourniture de préservatifs, le conseil et le dépistage du VIH, les soins ou l'orientation vers un centre spécialisé ;
- proportion des services de soins de santé primaires qui dispensent des services de conseil, diagnostic, traitement ou orientation en matière d'IST ;
- proportion des services de soins de santé primaires qui encouragent/assurent la communication pour le changement de comportement ;

- proportion des usagers des services de soins de santé primaires qui bénéficient de services de santé sexuelle et génésique, et notamment du conseil et du dépistage du VIH, de soins et de l'orientation vers un centre spécialisé ;
- proportion des dispensateurs de services de soins de santé primaires qui sont formés à la santé sexuelle et génésique, et notamment au conseil et aux soins en matière de VIH.

Pour les services de **planification familiale** (Figure A3.2), les indicateurs pourraient inclure les suivants :

- proportion des centres de services de planification familiale qui dispensent des services de conseil et de dépistage du VIH, de soins ou d'orientation vers un centre spécialisé ;
- proportion des usagers des centres de services de planification familiale qui bénéficient, pour

Figure A3.1. Services de soins de santé primaires



le VIH, de services de conseil, de dépistage, de traitement ou d'orientation vers un centre spécialisé ;

- proportion des personnes utilisant une méthode de planification familiale qui acceptent d'utiliser un préservatif (aux fins de la planification familiale ou de la prévention des IST ou du VIH) ;
- proportion des usagers des centres de services de planification familiale qui bénéficient de services de communication pour le changement de comportement ;
- proportion des usagers des centres de services de planification familiale qui bénéficient, pour les IST, de services de conseil, d'orientation vers un service spécialisé, ou d'un traitement ;
- proportion des usagers des centres de services de planification familiale qui bénéficient, pour un problème d'infécondité, de services de conseil, d'orientation vers un service spécialisé, ou d'un traitement ;
- proportion des femmes positives pour le VIH qui sont privées de services de planification familiale.

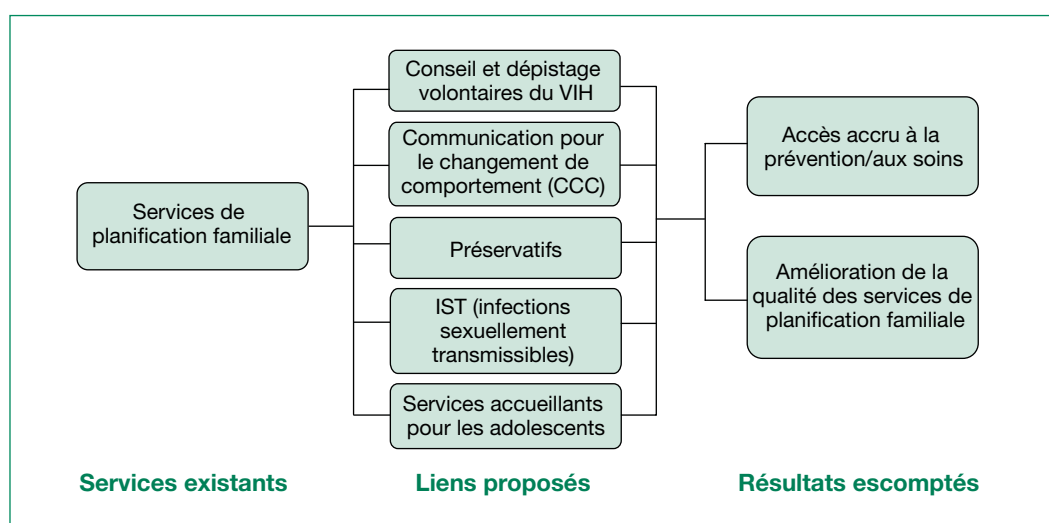
Pour les services de **santé maternelle** pendant la grossesse et l'accouchement, les indicateurs pourraient inclure les suivants :

- proportion des services de soins prénatals et d'accouchement qui encouragent la stratégie à quatre volets¹ de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- proportion des usagers des services de soins prénatals et d'accouchement qui bénéficient, pour les IST, de services de conseil et d'un traitement, et notamment du suivi du partenaire masculin aux fins du traitement et du conseil.

Les services de **santé maternelle après l'accouchement** incluront des indicateurs qui mesurent :

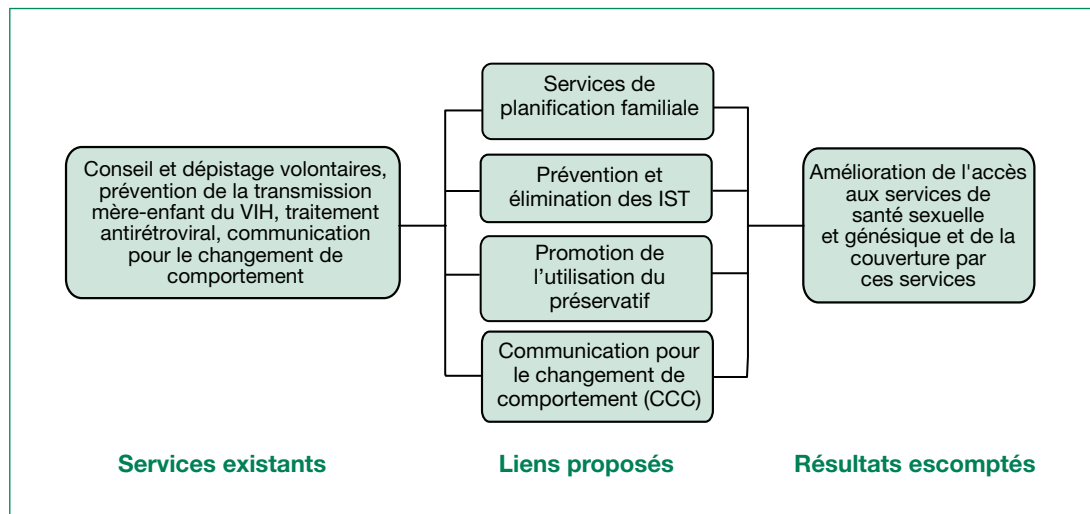
- la proportion des services de soins après l'accouchement qui dispensent des conseils et proposent des méthodes de planification familiale, et notamment des préservatifs ;
- proportion des usagers des services de soins après l'accouchement qui bénéficient, pour le VIH, de services de conseil et d'orientation vers un service spécialisé pour le dépistage et le traitement.

Figure A3.2 Services de planification familiale



¹ Les liens pour le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH incluent les activités suivantes : (1) prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes ; 2) prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ; 3) prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; et 4) fourniture d'un traitement, de soins et d'un soutien aux mères vivant avec le VIH, à leur nourrisson et à leur famille.

Figure A3.3 Services de prévention, de soins et de traitement pour le VIH/sida



Les services de **soins post-avortement et d'interruption volontaire de grossesse** pourraient inclure des indicateurs tels que les suivants :

- proportion des femmes bénéficiant de soins post-avortement qui reçoivent des conseils et à qui sont proposés des méthodes de planification familiale et des préservatifs ;
- proportion des femmes bénéficiant de soins post-avortement qui reçoivent des conseils et sont orientées vers un service spécialisé pour le diagnostic, le dépistage et le traitement des IST/du VIH.

Les programmes axés sur la prévention et l'élimination des **IST/infections de l'appareil reproducteur** incluront les indicateurs suivants :

- proportion des centres de services de lutte contre les IST qui dispensent des services de conseil et de dépistage du VIH ;
- proportion des centres de services de lutte contre les IST qui encouragent la CCC ;
- proportion des usagers des services de lutte contre les IST qui bénéficient d'un conseil en matière de planification familiale et à qui sont proposés des préservatifs.

Les services de **prévention, de soins et de traitement pour le VIH/sida** (Figure A3.3) mesureront :

- la proportion des centres de prestation de services pour le VIH/sida qui proposent des préservatifs ;
- la proportion des centres de prestation de services pour le VIH/SIDA qui intègrent des matériels de CCC ;
- la proportion des personnes positives pour le VIH auxquelles est proposé un traitement et qui bénéficient d'un conseil sur la santé sexuelle et génésique et leurs droits dans ce domaine, planification familiale comprise ;
- proportion des centres de prestation de services de lutte contre le VIH/sida qui dispensent, pour les IST, des services de diagnostic et de traitement, ou l'orientation vers un service spécialisé.

Annexe 4. Définitions

SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

Définition de la santé sexuelle et génésique par la CIPD :

un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.

ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

L'«accès universel à la santé sexuelle et génésique» pourrait être défini comme suit :

La même capacité pour toutes les personnes en âge de procréer de bénéficier en temps opportun, selon leurs besoins, de services appropriés d'information, de dépistage, de traitement et de soins qui leur permettront, indépendamment de leur âge, sexe, classe sociale, lieu de résidence ou appartenance ethnique :

- de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, et de différer ou de prévenir une grossesse ;
- de concevoir, d'accoucher dans de bonnes conditions et d'élever des enfants en bonne santé, et de combattre les problèmes d'infécondité ;
- de prévenir, de traiter et de combattre les infections de l'appareil reproducteur et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida, et les autres pathologies liées à l'appareil reproducteur, comme le cancer ; et
- d'avoir des relations sexuelles saines, sûres et satisfaisantes, qui contribuent à l'amélioration de la vie et des relations personnelles.

SOINS DE SANTÉ GÉNÉSIQUE DANS LE CONTEXTE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DANS LA CIPD

Au niveau des soins primaires, les services de santé génésique suivants devraient être disponibles. Ces services devraient être conçus pour répondre aux besoins des femmes tout en étant également accessibles aux hommes (et notamment aux adolescents et aux personnes âgées), avec l'orientation nécessaire vers les services spécialisés. Ces services devraient satisfaire aux besoins suivants :

- conseil, information, éducation, communication et services en matière de planification familiale ;
- éducation et services pour les soins prénatals, l'accouchement sans risque et les soins après l'accouchement, en particulier l'allaitement maternel et les soins de santé aux femmes ;
- prévention et traitement approprié de l'infécondité ;
- prévention de l'avortement non médicalisé et prise en charge de ses conséquences ;
- dépistage et traitement des infections de l'appareil reproducteur, des infections sexuellement transmissibles, et d'autres problèmes liés à la santé génésique, comme les cancers de l'appareil reproducteur ;
- information, éducation, et conseil (selon le cas) concernant la sexualité humaine, la santé génésique, et la parenté responsable ; et
- dissuasion active du recours à des pratiques dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines, et notamment la prévention et la réduction des sévices sexuels.

Annexe 5. Programme de la réunion

Mardi 13 mars 2007

Horaire	Description	Animateur
09: 00 – 09: 30	Bienvenue/remarques préliminaires	M. Mbizvo H. Belhadj
09: 30 – 10: 00	Généralités Objectifs/résultats escomptés	M. Mbizvo L. Say
10: 00 – 10: 30	“Accès universel à la santé génésique” dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement	S. Bernstein
11: 00 – 12: 00	Objectifs/indicateurs Internationaux– contexte national: questions à examiner Discussion et recommandations	V. Li M. Temmerman
	Déjeuner	
14: 00 – 15: 00	Santé sexuelle et génésique et soins de santé (conformément à la CIPD) Discussion et recommandations	L. Say
15: 00 – 15: 30	Déterminants sociaux et contextuels de la santé sexuelle et génésique Discussion and recommandations	S. Malarcher
16: 00 – 17: 30	Soins de santé: accès/accès universel/accès équitable Discussion et recommandations	M. Goddard

Mercredi 14 mars 2007

Horaire	Description	
09: 00 – 09: 30	Résumé de la journée précédente – structure proposée d'un cadre pour mesurer l'accès à la santé sexuelle et génésique Organisation des groupes de travail	Animateur
09: 30 – 12: 00	Groupes de travail	Tous
	Déjeuner	
14: 00 – 15: 30	Rapport des groupes de travail Discussion et recommandations	Tous
16: 00 – 17: 30	Rapport des groupes de travail Discussion et recommandations	Tous

Jeudi 15 mars 2007

Horaire	Description	
09: 00 – 09: 30	Résumé de la journée précédente – cadre pour mesurer l'accès à la santé sexuelle et génésique Discussion et recommandations	Animateur
09: 30 – 10: 30	Prestation des services de santé génésique dans les pays en développement (exemple du Congo) – facteurs propices et contraintes Discussion et recommandations	R. Dackam- Ngatchou
11: 00 – 11: 30	Application aux programmes de pays – questions à examiner Discussion et recommandations	Y. Gebre
11: 30 – 12: 00	Conseils/soutien aux pays pour suivre (et planifier les interventions pour accélérer) la réalisation de l'accès universel to accelerate achievement of universal access Discussion et recommandations	Animateur
	Déjeuner	
14: 00 – 15: 00	Liens entre santé sexuelle et génésique et VIH – indicateurs possibles Discussion et recommandations	M. Mbizvo
15: 00 – 16: 00	Prochaines étapes Remarques de clôture	Tous

Annexe 6. Liste des participants

CONSEILLERS TEMPORAIRES

Dr Saifuddin Ahmed
 Department of Population, Family and
 Reproductive Health
 Bloomberg School of Public Health
 Johns Hopkins University
 615 North Wolfe Street, Room W4030
 Baltimore, MD 21205
 United States of America

Dr Cristina Alvarez
 Medicus Mundi Catalunya
 Ap Correos 419
 Rubi 08191
 Barcelona
 Spain

Dr Hyam Bashour
 Department of Family and Community Medicine
 Faculty of Medicine
 Damascus University
 PO Box 9241
 Damascus
 Syrian Arab Republic

Dr Stuart M. Berman
 Epidemiology and Surveillance Branch
 Division of STD Prevention
 Centers for Disease Control and Prevention
 Atlanta, GA 30333
 USA

Mr John Cleland
 Centre for Population Studies
 London School of Hygiene and
 Tropical Medicine
 49–51 Bedford Square
 London, WC1B 3DP
 United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Dr Alex Chika Ezeh
 African Population and Health Research Center
 Shelter Afrique Building, 2nd Floor
 PO Box 10787, 00100 GPO
 Nairobi
 Kenya

Dr Yitades Gebre
 PAHO/WHO, Bahamas and Turks & Caicos
 Health Surveillance and Disease Management
 Nassau
 Bahamas

Dr Maria Goddard
 Centre for Health Economics
 University of York
 Heslington
 York, YO10 5DD
 United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Dr Virginia Li
 Community Health Sciences
 UCLA School of Public Health
 17368 Sunset Blvd
 PH2
 Pacific Palisades
 CA 90272
 United States of America

Dr Anthony Mbonye
 Reproductive Health Division
 Department of Community Health
 Ministry of Health
 PO Box 7272
 Kampala
 Uganda

Dr Affette McCaw-Binns
 University of the West Indies
 Department of Community Health and Psychiatry
 3 Gibraltar Camp Way
 Mona, Kingston 7
 Jamaica

Dr Vittal Mogasale
 Family Health International, India
 501–505, Balarama, Near Sales Tax Office
 Bandra Kurla Complex, Bandra (East)
 Mumbai, 400051
 India

Dr Stephen P. Munjanja
Department of Obstetrics and Gynaecology,
University of Zimbabwe
152 Baines Avenue
Harare
Zimbabwe

Dr Alberto Palloni
Center for Demography and Ecology
University of Wisconsin-Madison
4437 Social Science Bldg
1180 Observatory Drive
Madison, WI 53706
United States of America

Dr Mahesh Puri
Center for Research on Environmental Health
and Population Activities
Kusunti, Lalitpur
Kathmandu
Nepal

Dr Marleen Temmerman
Department of Obstetrics
Ghent University Hospital
Faculty of Medicine and Health Sciences
De Pintelaan 185
9000 Ghent
Belgium

DFID

Ms Sandra MacDonagh
Policy Division
Department for International Development
1 Palace Street
London, SW1E 5HE
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

FHI

Dr Ward Cates
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

IPAS

Dr Joan Healy
IPAS
Training and Service Delivery Improvement
PO Box 5027
Chapel Hill, NC 27514
United States of America

IPPF

Dr Nono Simelela
Technical Knowledge and Support
International Planned Parenthood Federation
4 Newhams Row
London, SE1 3UZ
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

MEASURE EVALUATION

Dr Sian Curtis
 Measure Evaluation
 University of NC at Chapel Hill
 Carolina Population Centre
 CB#8120, 123 Franklin Street, Suite 304
 Chapel Hill, NC 27516-3997
 United States of America

UNPD

Dr Vasantha Kandiah
 Fertility and Family Planning Section
 Population Division
 DC2-1970, United Nations
 New York, NY 10017
 United States of America

Dr Jose Antonio Ortega
 Fertility and Family Planning Section
 Population Division
 DC2-1970, United Nations
 New York, NY 10017
 United States of America

UNFPA

Dr Hedia Belhadj
 United Nations Population Fund
 220 East 42nd St
 New York, NY 10017
 United States of America

Mr Stan Bernstein
 Technical Support Division
 United Nations Population Fund
 220 East 42nd St
 New York, NY 10017
 United States of America

Mr Hamedh Chekir
 United Nations Population Fund
 Old Nablus Road Sheik Jarrah
 POB 67149
 Jerusalem 91517
 Israel

Mr Richard Dackam-Ngatchou
 United Nations Population Fund
 Avenue Kalemie 20
 Boulevard du 30 juin
 BP 7248
 Kinshasa 1
 Democratic Republic of Congo

BANQUE MONDIALE

Dr Samuel Mills
 The World Bank
 1818 H Street, NW
 Washington, DC 20433
 United States of America

SECRETARIAT OMS**Département Santé et Recherche génésiques**

Dr Mike Mbizvo
 Dr Lale Say
 Ms Jane Cottingham
 Ms Eszter Kismodi
 Ms Shawn Malarcher
 Dr Iqbal Shah
 Dr Kenneth Wind-Andersen
 Ms Jennifer Bayley

Pour une grossesse à moindre risque

Dr Ana Pilar Betran

Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

Dr Krishna Bose