

INTRODUCTION

En 1994, le programme d'action de la conférence internationale du Caire affirmait que les droits sexuels et reproductifs étaient indispensables pour lutter contre la pauvreté et atteindre le développement et se donnait pour objectif d'assurer l'accès universel, en 2015, aux services et produits de la santé sexuelle et de la procréation. Objectif repris depuis par le Sommet du Millénaire et les OMD.

Qu'en est-il ? Certes, des progrès considérables ont été accomplis: dans les quarante dernières années, le taux de contraception moderne est passé de 10 à près de 60%, et la fécondité de 6 à 2,4 enfants par femme. En moyenne, mais dans certaines régions, et d'abord en Afrique subsaharienne francophone de l'Ouest et du Centre, il dépasse encore largement 5 (toujours plus de 7 au Niger), tandis que la prévalence contraceptive moderne est, presque partout, loin d'atteindre ne serait-ce que 10%.

Or, rien que du fait de la croissance démographique, le nombre des personnes susceptibles d'avoir besoin de contraceptifs va augmenter, dans le monde, de plus de 20%. Tout cela, vous le savez. Mais il faut répéter inlassablement qu'aujourd'hui plus de 220 millions de femmes (et de couples) n'ont toujours pas accès aux produits et services de la planification familiale, alors qu'ils ont clairement exprimé leur volonté de n'avoir plus d'enfants ou d'espacer davantage leur naissance.

C'est clair : après la conférence du Caire, il y a eu, pendant une dizaine d'années, tant chez les bailleurs de fonds que de la part des Etats concernés, un fléchissement de la volonté politique. Avec pour conséquence une diminution des investissements destinés à rendre toujours plus disponibles les services et produits indispensables à l'exercice d'une liberté de choix pourtant reconnue par toutes les conventions internationales. N'est-il d'ailleurs pas symbolique qu'il ait fallu attendre la révision des OMD de 2005 pour voir l'accès universel à la santé sexuelle et de la procréation reconnu comme condition nécessaire au recul de la morbi-mortalité maternelle ?

D'où la création, en 2004, de la Reproductive Health Supplies Coalition afin de remobiliser les acteurs qui avaient perdu de vue l'importance stratégique des droits et services de santé sexuelle et de la procréation, et de les faire davantage travailler ensemble, pour plus d'efficacité.

Parmi ces acteurs, Equilibres & Populations a été pendant quelques années l'organisation pionnière. C'est pour cette raison que nous prenons la parole en introduction de cette adresse de la société civile française. Equilibres &

Populations a rejoint la Coalition peu de temps après son lancement, et nous pouvons dire que nous avons largement contribué à l'adhésion du ministère des Affaires étrangères à la Coalition en 2008. Nous tenons d'ailleurs à féliciter l'équipe de la sous-direction du développement humain pour leur implication désormais importante au sein de ce partenariat, à commencer par l'organisation de cette semaine de réunions.

Nous allons donc, en deux temps, vous présenter la vision des quelques organisations de la société civile qui, si elles ne sont pas membres, ou pas encore membres de la Coalition, s'intéressent à nos sujets à des degrés divers. Nous avons tenté de synthétiser les approches de chacune, avec leurs spécificités et leurs complémentarités. Citons ces organisations par ordre alphabétique : AIDES, Care, Médecins du Monde, Oxfam France, le Planning Familial et Sidaction.

PARTIE 1 : lue par Serge Rabier

Avant l'adhésion officielle de la France à la Coalition, en 2008, il y avait eu, outre le financement, à partir de 2006, de plusieurs programmes ciblant la santé des femmes et des filles, une étape fondamentale pour les politiques françaises d'aide au développement : l'élaboration (là aussi avec la société civile) des deux documents d'orientation stratégique (DOS) adoptés en 2007, l'un sur le genre, et l'autre sur les droits et santé des femmes en Afrique. Et c'est essentiel, pour nous qui sommes par définition au plus près des réalités du terrain, directement comme par nos partenaires locaux. Car si le travail sur l'offre est évidemment indispensable, celui sur la demande l'est tout autant, bien qu'il ait été trop longtemps négligé.

Il est effectivement impensable, quand on recense tous les engagements internationaux en la matière, que des produits ne soient toujours pas disponibles parce qu'ils n'ont pas été fabriqués en quantité suffisante, ou acheminés au plus près des populations. C'est ce à quoi penserait spontanément une personne non spécialiste qui entendrait parler de la Coalition pour la première fois.

Mais, et c'est la première chose que nous voulons souligner en temps que société civile, encore faut-il que ces produits soient adaptés, par leur diversité, à toute la diversité des besoins. Et qu'on n'oublie pas qu'au-delà de la contraception, il y a aussi le souci des maladies sexuellement transmissibles (y compris le sida), avec tous leurs produits de prise en charge spécifiques. Qu'on n'oublie pas non plus les produits existants mais encore trop peu promus, comme le préservatif féminin, et encore le soutien à la recherche de produits qui pourraient représenter une véritable révolution pour les rapports entre les femmes et les hommes, comme ce qu'on appelle les microbicides.

En d'autres termes, nous insistons sur trois points :

- (1) l'impératif de rejeter toute approche pouvant amener à une injonction contraceptive et la nécessité d'une approche par les droits.
- (2) la disponibilité des produits : il faut promouvoir l'accès à une large gamme de méthodes de contraception moderne, en insistant notamment sur les méthodes longue durée (notamment implants) et sur la contraception d'urgence. Selon la formule consacrée, la meilleure contraception est celle que l'on choisit.
- (3) la réduction du coût des produits, et la promotion d'un accès gratuit au point d'utilisation des services pour l'ensemble de ces méthodes, grâce par exemple à des politiques d'exemption pour certaines catégories les plus défavorisées.
- (4) l'accessibilité et l'acceptabilité.

Nous sommes là au carrefour de l'offre et de la demande, et c'est pour cela que ces sujets sont déterminants dans cette enceinte dite « supply ».

Notre rôle en tant que société civile ce soir est, je le répète donc, de défendre la prise en compte de la demande. Car comme nous avons l'habitude de le dire à Equilibres & Populations : à quoi sert-il à une femme qu'on mette à sa disposition une structure de santé « modèle » si, dans les faits, elle ne peut y accéder, pour des raisons financières (éloignement économique), de transport (éloignement géographique) ou de tradition (éloignement culturel) ?

La réponse tient d'abord, bien sûr, de la simple écoute, mais encore faut-il, pour entendre la voix des autres, cesser de la couvrir avec la sienne. Et pour tout dire que la fameuse « appropriation » tant prônée par la déclaration de Paris, cesse d'être celle des conceptions du Nord par les populations du Sud, pour en venir enfin à une véritable prise en compte du point de vue de ces dernières. Que ce point de vue soit clairement exprimé ou pas. Car dans des sociétés où la femme n'est considérée qu'au nombre de ses enfants, comment pourrait-elle, spontanément, exprimer librement sa volonté d'être considérée comme autre chose qu'un utérus ?

On est là dans le changement des comportements, dont seules les organisations des sociétés civiles locales ont évidemment la légitimité de pouvoir s'occuper. A condition d'en avoir les moyens, et donc d'être appuyées pour cela, et c'est bien là l'apport spécifique qui est celui de nos ONG : aider nos partenaires à, comme on dit, « renforcer leurs capacités », et notamment dans leur façon d'appréhender les questions de genre, tant dans leurs communautés que par rapport à leurs gouvernements.

Pour conclure cette première partie, après un trou d'air jusqu'à la moitié des années 2000, le thème de la santé sexuelle et de la procréation n'a cessé de progresser sur l'agenda de la communauté internationale, que ce soit dans le cadre des G8 ou de celui, plus large, des Nations unies. Les références en la matière étant évidemment les engagements pris au G8 de Muskoka, en

particulier par la France, la relance des politiques de planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone, résolument engagée à Ouagadougou il y a un an et demi, là aussi avec l'apport décisif de la société civile, et enfin, et surtout, la mobilisation au niveau mondial lors du sommet de Londres sur la planification familiale en juillet dernier.

Aujourd'hui, il n'y a plus grand monde pour nier le rôle stratégique joué par les services et les droits en santé sexuelle et de la procréation, dans la réussite de toute politique de développement durable. Mais il n'est pas trop tard pour se préoccuper de ce qu'il en sera après 2015. Certes, la perspective d'Objectifs du développement durable (ODD) succédant aux OMD n'a, en elle-même, rien de particulièrement inquiétant. Mais rien ne va jamais de soi, et le résultat des deux dernières sessions des commissions compétentes de l'ONU, celle de la condition des femmes et la commission « population et développement », n'a rien de rassurant en matière des droits des femmes et des filles. Autre sujet d'inquiétude, l'omission de la notion de droits reproductifs dans le document final de Rio+20.

Même si, en France, la position des ministres compétents -Pascal Canfin pour le Développement, et Najat Vallaud-Belkacem pour les Droits des femmes- a tout pour nous rassurer, comme on vient encore de l'entendre tout à l'heure, la France n'est pas seule à décider, à commencer au sein de l'Union européenne, où le passage de l'Europe à quinze à l'Europe à vingt-sept s'est plutôt, pour ce qui nous concerne ici, traduit par une régression que par un progrès. C'est dire que la nécessité d'organisations comme la Supplies Coalition est plus que jamais indiscutable, et pas près de cesser de l'être. CQFD.

Je laisse maintenant la parole à la secrétaire générale du Planning Familial pour le second volet de la vision de la société civile française, qui reflète plus spécifiquement la vision des associations centrées sur le vih/sida.

PARTIE 2 : lue par MFPP

1/ Les coûts des produits :

L'utilisation des contraceptifs comporte des avantages substantiels pour la santé sexuelle et de la reproduction, pour les femmes bien entendu, mais au-delà pour les familles. Outils de planning famille, les contraceptifs préviennent les grossesses non planifiées, contribuent à réduire le nombre d'avortements. Ils ont, pour certains, une action sur l'incidence des morbidités et de la mortalité liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement ; d'autres ont une action directe sur la réduction de la transmission sexuelle du VIH, maladie mortelle dans la plupart des pays à ressources limitées. Ils sont aussi la clef pour

éviter la transmission du VIH et autres IST. En sommes, ils sont essentiels pour atteindre trois des Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies — améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité infantile et combattre le VIH/sida.

En 2012, environ 645 millions de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde en développement utilisent des méthodes modernes de contraception — soit 42 millions de plus qu'en 2008. Pourtant, dans le monde en développement, la proportion de femmes mariées utilisant des contraceptifs modernes — qui représentent 92 % de toutes les utilisatrices de méthodes modernes — a à peine changé entre 2008 (56 %) et 2012 (57 %). En Afrique subsaharienne, la proportion de femmes qui expriment avoir besoin d'un contraceptif mais n'y ayant pas accès va jusqu'à 81 % .

Plusieurs raisons sont invoquées dont l'opposition du partenaire ou d'autres personnes de l'entourage, une connaissance insuffisante des méthodes et une difficulté à obtenir des produits à cause de facteurs tels que la distance, le coût, ou encore l'épuisement des stocks.

Les moyens contraceptifs sont subventionnés dans la plupart des pays. Ainsi un préservatif masculin est acheté 38,06 francs CFA et un préservatif féminin 333 francs CFA par la centrale d'achat nationale du Burkina Faso. Après subvention de l'Etat, ils sont vendus respectivement 10 et 100 francs au patient d'une structure nationale. Mais ce coût, dans un pays où le salaire de 90 % de la population est de 1,3 dollars (1 euros) soit 1 000 francs CFA par jour, c'est une part importante des revenus. Les implants sont achetés 12 900 francs CFA par la centrale d'achat de Ouagadougou au laboratoire allemand Bayer et revendus 1000 francs au patient.

Ces prix payés par les centrales d'achat nationales puis par le patient sont trop élevés et présentent une entrave à l'accès aux moyens contraceptifs alors qu'ils sont l'une des clefs les plus sûres pour éviter la transmission du VIH. Le travail sur les prix de la Coalition est donc essentiel pour favoriser la production de contraceptifs, faire jouer la concurrence et ainsi atteindre une baisse des prix.

Jusqu'ici l'Inde produit 20% des médicaments génériques de la planète. Au Burkina, au Cameroun et dans la plupart des pays pauvres, 92% des malades du sida bénéficiant d'un traitement, le reçoivent des industries génériques indiennes telles que Cipla, Rambaxi, Hereto, etc. Grâce à la concurrence des médicaments génériques indiens, le prix d'une année de traitement contre le sida pour un patient a été ramené de 12 000 dollars à 120 dollars selon l'un de nos partenaires camerounais (3SH). En dépit de cette baisse considérable, aujourd'hui, environ la moitié seulement des personnes séropositives à travers le monde ont accès à

un traitement (parmi celles déclarées en ayant un besoin urgent) et beaucoup de personnes n'ont pas toujours accès aux moyens de prévention. Alors qu'il faudrait au contraire intensifier la production de produits de santé de qualité à bas prix, les volontés institutionnelles et privées de renforcer les droits de propriété intellectuelle sont de véritables barrières à l'accès à ces produits en Afrique. En tant que membre de la Coalition, la France devra prendre position contre l'extension du champ de la propriété intellectuelle sur les produits de santé essentiels, tels que les contraceptifs, ce qui lui permettra d'agir en toute cohérence avec ses politiques de santé. Une position forte de la France est importante à l'heure où la production de produits de qualité et à moindre prix est mise à mal par des industries pharmaceutiques et l'Union Européenne.

2/ Les droits :

La lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) intègre une approche populationnelle. Cela signifie que des stratégies et des actions spécifiques sont prévues à l'égard des publics les plus exposés et les plus vulnérables par rapport au risque de transmission du VIH et des IST : en premier lieu, il faut rappeler que les femmes et les filles sont plus vulnérables vis-à-vis du VIH (par ex. en Afrique du Sud, dans la tranche d'âge des 15 – 24 ans, on compte une nouvelle infection chez les jeunes hommes pour 9 nouvelles infections chez les jeunes femmes). Mais d'autres populations sont également plus exposées au VIH que la population générale ; ce sont les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les personnes transgenre ; les travailleuses du sexe ; personnes détenues, usagers de drogues et handicapés. Aujourd'hui seulement 26% des pays ont mis en place une politique de prévention à l'égard des personnes travailleuses du sexe, 30 % à l'égard des usagères de drogue et 18 % à l'égard des personnes ayant des relations homosexuelles .

Aujourd'hui, nous savons que nous pouvons avoir un véritable impact sur l'épidémie de sida grâce aux traitements et aux autres outils de préventions. Si l'argent est le nerf de la guerre, il ne règle pas tout. Impossible d'enrayer durablement l'épidémie sans une prise de conscience mondiale contre les discriminations qui la nourrissent. Les personnes séropositives sont encore montrées du doigt. Trop d'Etats criminalisent encore les malades en pénalisant la transmission du VIH.

Malgré de nombreuses avancées, des lois anti-gay perdurent, les violences faites aux femmes aussi, avec la passivité sinon l'activisme coupable des gouvernements pour stigmatiser ces franges entières de la population. C'est la stigmatisation et la vulnérabilité socio-économique qui nourrissent l'épidémie.

Il incombe de s'assurer d'une égalité d'accès aux droits, à la prévention et aux soins, pour ces populations en matière de santé sexuelle et reproductive, car elles

sont à la fois plus vulnérables aux IST et au VIH mais dans le même temps moins susceptible d'être « servies » par les systèmes de soins. Les discriminations contre les personnes vivant avec le VIH, l'inégalité des sexes, la violence à l'égard des femmes et des filles, la marginalisation des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, celle des consommateurs de drogues et des professionnels du sexe peuvent endiguer l'efficacité des ripostes nationales et grandement freiner l'accès à des contraceptifs tels que les préservatifs féminins et masculins lorsqu'elles s'ajoutent à des lois, des politiques et des pratiques répressives.