

COMMISSION SANTE – GROUPE SANTE DES FEMMES :  
**COMPTE-RENDU DE L'ATELIER D'ECHANGES D'EXPERIENCES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE**  
JEUDI 12 DECEMBRE, DE 9H A 17H30 AU SIEGE PU-AMI.

**Liste des participants en pj.**

**I. Introduction par Elise Lesieur (PU-AMI):**

Cf. présentation « L'intégration de la PF dans les projets – intro ».

1/ Objectifs de l'atelier :

- Favoriser les échanges d'expériences centrés sur la planification familiale dans les projets à l'international,
- Mettre en lumière des bonnes pratiques pour l'intégration de la PF dans les projets et pour les modalités de mise en place de ces projets.
- Alimenter la réflexion en vue de la production d'un document de recommandations sur l'intégration de la PF dans les projets des ONG. Cette production fera partie des axes de travail du groupe SSR/ Santé des femmes pour l'année 2014.

2/ Introduction du thème de l'atelier:

- Définitions de la PF, chiffres clés (besoins non satisfaits en contraception, taux d'utilisation des méthodes modernes, taux de fécondité et de mortalité maternelle, personnes formées à la PF).
- Impact de la PF : sur les femmes (PF et santé/lutte contre la mortalité maternelle, PF et autonomisation des femmes/accès à l'éducation/au marché du travail...) et plus globalement sur les pays (PF et lutte contre la pauvreté...).

**II. Contexte international par Nicolas Guihard (MDM):**

Cf. présentation sur le contexte international de la PF.

1/ Approche par les droits humains : texte de lois, droits sexuels et reproductifs

2/ Présentation de la conférence internationale du Caire : un changement de paradigme fondamental (approche par les droits), présentation de quelques engagements pris à l'époque.

3/ Les évolutions politiques concernant le PF :

- La démobilisation dans les années 2000 (baisse des financements internationaux, la non-intégration de la PF dans les OMD jusqu'en 2005...),
- Le regain d'intérêt ces dernières années avec le sommet de Londres et de Ouagadougou, place de la PF dans les post-OMD.

**III. La position de la France par Nicolas Rainaud (Equilibres & Populations):**

Sur la PF, le gouvernement français fait des choses, mais il y a un manque de transparence.

1/ Conférence dite de Ouagadougou, février 2011

Initiative de la Gates Foundation, Hewlett, USAID, Etat français (Ministère des affaires étrangères/AFD). Equilibre & Populations a joué le rôle de facilitateur.

La Conférence « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'ouest francophone : l'urgence d'agir » portait sur 9 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo).

Impact principal : prise de conscience, mobilisation différenciée selon les pays, mais qui n'aurait pas eu lieu sans le gouvernement français. Hewlett paie maintenant un secrétariat de la conférence à Dakar, mais cela reste minimaliste.

Chacun est reparti de son côté : USAID ; la France s'est engagée sur Muskoka, et les grandes fondations font leurs programmes. Pas de réel impact sur la synergie de l'aide.

La France y a vu une convergence avec ses propres engagements de Muskoka. Cependant, la France a toujours dit que les engagements de Muskoka ne concernaient pas que la PF, mais la santé maternelle.

## 2/ Les engagements de Muskoka :

La France n'est pas claire sur les engagements de Muskoka : entre santé sexuelle, santé maternelle, planification familiale, etc... Equilibres & Populations a fait poser une question parlementaire, et la réponse du Ministre Canfin n'a pas clarifié les choses.

Que sont les engagements de Muskoka ? Des engagements pris par de nombreux pays bailleurs au G8 canadien de juin 2010. Il s'agit d'une initiative sur la santé maternelle et infantile. La France s'est engagée à augmenter sa contribution aux OMD 4 et 5 (Réduire la mortalité infantile et post-infantile, Améliorer la santé maternelle) de 500 millions, soit 100 millions par an à partir de 2011 et jusqu'en 2015. Mais dans ces engagements Muskoka, la France comptabilise aussi, paradoxalement, la hausse de sa contribution au Fonds mondial contre le Sida (de 300 millions à 360 millions par an), qui contribue à l'OMD 6.

C'est une grosse part de l'aide française en santé.

Mais il y a un problème de transparence sur ces financements, en partie pour des raisons de manque de ressources humaines au sein du MAE. Cependant, il faut faire attention à la cohérence de nos demandes : on ne peut pas dire d'un côté qu'ils ne doivent pas travailler en silo, et ensuite que les budgets ne sont pas assez décomposés.

Ce qui est annoncé de manière schématique :

- Canal bilatéral, AFD : 48 millions par an. En accord avec les pays partenaires, l'Agence Française de Développement met en place des appuis pour la santé maternelle et infantile, ainsi que la santé sexuelle et reproductive.

Ce financement correspond dans sa totalité à des interventions visant l'amélioration de la santé des mères et des enfants. Seize pays africains, comptant parmi les moins avancés de la planète, sont considérés comme prioritaires pour ces appuis : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Les Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, RCA, RDC, Sénégal, Tchad et Togo. S'y ajoutent deux pays en crise : Haïti et Afghanistan.

- Canal bi/multi-bailleurs : Un projet conjoint et concerté avec 4 agences des Nations Unies (OMS, FNUAP, UNICEF, UN Women) financé sur le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) : 19 millions par an.

Ces quatre agences développent leurs programmes à travers un cadre commun d'activités coordonnées et harmonisées : espacement des naissances et prévention des grossesses non désirées, suivi des grossesses, naissances et post partum, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, vaccination, nutrition mère – enfant.

- Pour l'OMD 6, valorisation des efforts additionnels de 32,5 M€ par an, consentis en faveur du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et de l'Alliance Mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI).

### 3/ RSHC (Coalition pour les produits de santé de la reproduction) :

La Coalition pour les produits de santé de la reproduction est un partenariat mondial d'organisations publiques, privées et non-gouvernementales, centré sur les produits SSR (organisations multilatérales et bilatérales, des fondations privées, des gouvernements, des représentants de la société civile et du secteur privé, dont les labos).

Il y a trois principaux groupes de travail : «Approches de développement du marché », «Mobilisation de ressources et sensibilisation », «Renforcement des systèmes ».

Réunion annuelle en France en 2012. L'engagement de la France est devenu plus politique à ce moment-là (est dans le *steering committee*). Najat Vallaud-Belkacem a fait son premier discours sur le thème SSR lors de cet évènement.

### 4/ Positionnement post OMD de la France :

10 priorités : la 5<sup>ème</sup> concerne la santé pour tous.

Cette priorité promeut la couverture sanitaire universelle : continuum des soins comprenant notamment la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant, la lutte contre les trois pandémies (VIH/Sida, paludisme et tuberculose) et la prévention des maladies non transmissibles.

C'est intéressant mais aussi un peu vague... L'intégration genre / SSR risque d'être diluée dans l'ensemble, alors que c'est présent dans la nouvelle stratégie « Genre et développement : 2013-2017 », adoptée par le CICID fin juillet.

#### **IV. Retour de la conférence d'Addis Abeba sur la planification familiale par Dominique Audouze (Planning Familial) :**

La PF est un sujet difficile à traiter, y compris en Europe et en France.

Exemple du rapport européen sur la SSR (qui ne relève pas du domaine de compétence de l'UE mais voulait tirer les Etats Membres vers le haut) : il a été massivement rejeté par la droite (y compris la droite française) alors que 90% des recommandations du rapport sont en accord avec la législation française. Une pétition circule en Europe contre ce rapport, fort lobby des mouvements anti-choix, qui sont très vocaux actuellement en Europe.

La Conférence d'Addis-Abeba est dans la continuité d'une série de conférences (sur le VIH, la PF...). Elle a réuni des participants divers : société civile, chercheurs, décideurs politique. Ces conférences se revendiquent comme des plateformes stratégiques visant à influencer l'agenda politique.

La thématique de cette année était « Accès intégral, choix intégré ».

Les présentations concernaient des programmes spécifiques :

- Ciblant certains publics (ados),
- Sur la formation de personnels de santé,
- Sur les obstacles à la PF et les politiques nationales mise en œuvre.

Il y avait peu de présentations en français, la conférence était très pilotée par les ONG et les chercheurs américains.

En termes de participation, la France n'était presque pas représentée (2 officiels, 3 ou 4 ONGs). L'objectif de cette conférence était de remobiliser les décideurs, l'argumentaire mettait l'accent sur les questions du dividende démographique et de la croissance économique.

Le clivage sur la PF entre Afrique de l'Est / Ouest est patent:

- Dans l'Est, il y a de vraies avancées dans les pays,
- Dans l'Ouest, on note une grande force d'inertie et un immobilisme des décideurs sur la PF.

La conférence s'est conclue par un appel à l'action, quel impact cela aura-t-il sur les négociations du cadre de développement post-2015 ?

#### **V. La place de la planification familiale dans les projets des associations par Sandrine Simon (MDM).**

Cf. Présentation « PF et continuum de soin ».

Place de la PF dans le continuum de soins, importance de la PF dans les projets/ pourquoi elle ne devrait pas être oubliée

#### **VI. Les différentes méthodes contraceptives par Christine Mauget (Planning Familial).**

Cf. Présentation sur les types de contraception.

Croiser genre, planification familiale et déterminants socio-culturels.

#### **VII. Questions et réponses.**

- Qu'est-ce que l'infertilité secondaire ?

Ce sont les femmes qui ont déjà eu des enfants mais qui connaissent des troubles de la fertilité, la cause est souvent une IST.

L'argumentaire sur la PF autour des aspects démographiques, financiers sert souvent à remobiliser les Etats et les bailleurs de fonds. En effet ces arguments sont entendus par les décideurs. Mais les OSC doivent se dissocier et avoir un argumentaire qui traite de la santé publique et des droits humains, sinon ce sera contreproductif par rapport aux populations (argument autour de « les enfants sont une richesse », tentative des pays riches d'imposer l'eugénisme dans les pays pauvres, manque d'adhésion des décideurs qui n'adhèrent pas politiquement et personnellement).

- Forte mobilisation des ONG américaines est liée à l'environnement défavorable (politique et sociale aux USA) : il y a un vrai clivage aux Etats-Unis. La PF est aussi un sujet souvent politisé dans ce pays, mais aussi dans les autres. Des obstacles subsistent en France (loi Neuwirth).
- Problème également de la toute-puissance sur ces questions de certaines fondations américaines (La Gates) qui sont les principaux bailleurs.
- Sur les choix de contraception, est-ce pertinent de proposer des contraceptions à long terme dans des contextes d'instabilité où le suivi de la patiente sur la durée n'est pas garanti ? Même en situation d'urgence, il faut répondre aux besoins exprimés par la patiente, et former des personnes au niveau communautaire pour réaliser l'accompagnement et le suivi. D'où l'importance de travailler en étroite collaboration avec le personnel de santé local.
- Question des avortements illégaux : souvent la législation permet l'avortement dans des cas précis (violence, inceste, danger pour la vie de la mère), il s'agirait en premier lieu que les lois soient appliquées ce qui n'est pas toujours le cas. Par ailleurs, certains services médicaux au niveau local le pratique déjà sans le dire

#### **VIII. Travaux en ateliers**

Pour chaque atelier : une présentation a été réalisée par une ONG, pour alimenter le débat. Chaque groupe a ensuite exprimé des attentes claires en terme de recommandations (sur l'offre, la demande, les personnels de santé...).

### **1/ PF et VIH (double protection, rôle dans la PTME, droits sexuels et reproductifs des personnes vivant avec le VIH...) : présentation d'expériences par Planning Familial.**

Dans ce groupe, il y a eu peu d'échange d'expérience parce que peu d'organisations avaient des expériences de terrain.

Comment intégrer la question du VIH dans la thématique PF ?

- ❖ Sur les services, il y a déjà pas mal de recommandations internationales, mais elles sont peu appliquées sur le terrain, on fonctionne encore beaucoup de manière cloisonnée.
- ❖ Il y a quand même eu quelques avancées, des centres de PF proposent le dépistage et la sensibilisation au VIH.
- ❖ Les freins :
  - Problème de l'organisation des soins,
  - Manque de formation des personnels de santé,
  - Question de la surcharge de travail des personnels de santé,
  - Résistance aux changements des pratiques, et enjeux autour de la peur de la nouveauté et de ne pas savoir,
  - Préjugés et représentations sur le VIH.
- ❖ La PF est un pilier de la PTME, mais l'évolution récente de contexte peut expliquer cela : avant pour un séropositif, exprimer le désir d'une contraception (qui ne soit pas le préservatif) était doublement stigmatisant. Aujourd'hui, le risque de transmission est diminué pour les personnes sous traitement, donc on se pose la question de la contraception.
- ❖ Blocage de la parole dans un sens et dans l'autre : peur d'être jugé (femmes séropositives qui n'osent pas faire suivre leur grossesse), les soignants n'osent pas toujours parler de PF avec des séropositifs.
- ❖ Lien PF/ VIH ? En Afrique australe, le taux de prévalence de PF est élevé et le taux d'infection au VIH est élevé aussi. Il y a plus de financement pour le VIH, donc par contre coups pour la PF ? Pas sûr que ce soit le cas, il s'agit surtout d'une question d'engagement politique.

### **2/ Les Déterminants socioculturels et la PF (impact de la religion, des représentations des personnels soignants et des populations, la place des femmes et des hommes en terme de PF...) : présentation d'expériences par Mdm.**

Impliquer les hommes, facilite l'accès mais peu renforcer les inégalités liées au genre. Il faut les impliquer en interrogeant les inégalités hommes/femmes, il ne faut pas que la PF devienne un levier de contrôle supplémentaire des hommes sur les femmes.

- ❖ Proposer des activités communautaires, en s'appuyant sur le soutien entre pairs (éducateurs pairs), mais attention à ne pas valoriser des « comportements modèles » culpabilisants. Vigilance aux messages qui sont portés par ces pairs.
- ❖ Encourager les initiatives de dialogue mixte même si c'est très compliqué à mettre en œuvre
- ❖ Déstigmatiser la PF en l'abordant à travers d'autres sujets autour de la famille et de la santé,
- ❖ Décloisonner pour contourner les représentations sur le centre de soin et assurer le continuum de soin. Il faut multiplier les offres de PF, y compris en stratégie avancée et les distributions à base communautaire mais aussi des lignes vertes de conseils pour le PF.
- ❖ Renforcer la formation des personnels soignants, en ne proposant pas uniquement des formations techniques mais aussi des formations au conseil en proposant une pédagogie participative.

- ❖ Dialoguer avec et s'appuyer sur les syndicats et ordres professionnels pour sensibiliser sur la PF et désamorcer les représentations sociales du personnel soignant.
- ❖ Identifier et s'appuyer sur les faiseurs d'opinion et décideurs politiques pour réduire les barrières socio-culturelles de l'accès à la PF.
- ❖ Intégrer systématiquement une phase de diagnostic approfondi des DSC en amont du projet, puis un monitoring/ évaluation du projet avec un volet qualitatif et une étude de satisfaction des usagers.
- ❖ L'information sur la PF doit être présentée de manière compréhensible et sous une forme favorisant son appropriation : exemple de la mallette pédagogique.

### **3/ La PF et les projets en direction du public adolescent (quelles particularités, comment le prendre en charge, ...) : présentation de projet par EquiPop**

Il faut intégrer les ados dans la PF, mais comment ? Est-ce que cette catégorie nous aide à répondre aux besoins de ce public, ou alors est-ce qu'on généralise indûment ? On cible aussi ce public parce que c'est un public oublié des politiques, mais cette catégorisation peut se discuter.

- ❖ Cette tranche d'âge est vaste donc il faut proposer des réponses adaptées aux différentes situations de vie : entrée dans la sexualité plus ou moins tôt, dans des contextes différents (mariages forcés, célibataires...). La désagrégation des données est un enjeu : mieux on connaît les bénéficiaires, mieux on peut répondre à leurs attentes.

Cette catégorie est très hétéroclite et on a également notre propre vision des jeunes.

- ❖ Il faut avoir une approche transversale mais aussi spécifique : cibler les ados dans les programmes PF, et intégrer la PF dans d'autres projets ados.
- ❖ Il peut y avoir des situations extrêmes chez les ados mais il n'y a pas de méthodes de contraception à prioriser par rapport aux adultes. L'accompagnement et le conseil sont d'autant plus importants. Et il faut aussi insister sur les préservatifs comme double protection.
- ❖ Messages à privilégier : travailler avec les deux sexes, avec une approche par les droits, et travailler sur la notion d'intimité.
- ❖ L'offre de service a longtemps été priorisée, aujourd'hui prioriser la demande serait logique.
- ❖ Pour responsabiliser le public masculin, il est aussi intéressant de cibler les hommes jeunes, ce qui est plus stratégique en termes d'impact que de cibler un public masculin âgé qui aura plus de difficultés à faire évoluer ses représentations sociales.
- ❖ Comment faire au niveau de l'offre de service pour assurer l'accès de la PF aux ados (certains centres de soin demandent des autorisations aux parents...)? Il faut sensibiliser le personnel soignant, et tout le personnel en contact avec le jeune (décloisonner et multiplier les offres).

Faire évoluer les représentations, y compris les nôtres, demeure un passage obligé.

## **IX. Conclusions**

### **Recommandations générales identifiées:**

1) Promouvoir les investissements dans la PF dans le cadre des politiques nationales et de l'aide internationale (couvrir la totalité des besoins en PF requiert 4 Mds USD/an supplémentaire soit doublement des budgets actuellement mobilisés) :

- Accroître les budgets nationaux alloués à la PF ;
- Augmenter l'APD en faveur de la PF ;
- Mettre en place un mécanisme de suivi des engagements ;

- Renforcer la participation de la société civile dans les processus d'élaboration des politiques nationales.

## 2) Promouvoir les politiques nationales en termes de SSR :

- Dynamiser et soutenir les débats au niveau national et local sur les droits des femmes, éducation sexuelle,
- Créer un environnement favorable et travail sur les législations (contraception, contraception d'urgence, avortement, barrière sur certains publics).

## 3) Renforcer l'offre :

- Généraliser la disponibilité des méthodes modernes de contraception (y compris contraception d'urgence) et améliorer l'offre concernant les méthodes à longue durée d'action (implants, DIU, etc) ;
- Améliorer les systèmes d'approvisionnement et de logistique afin d'éviter les ruptures de stocks de contraceptifs ;
- Investir dans la formation des prestataires de santé en vue d'améliorer la qualité des services et soins dispensés ;
- Procéder à la délégation ou partage des tâches (task-shifting) afin de faciliter la mise en place de services au sein des communautés ;
- Intégrer la PF à d'autres services de santé (par ex. dans les services relatifs au VIH) ainsi qu'à des services non liés à la santé (secteur agricole, micro-finance, etc) ;
- Intégrer la PF dans la phase de post-partum ;
- Conseil et suivi ;
- Intégrer la PF dans les dispositifs minimum d'urgence, en situation de crises.

## 4) Accroître la demande :

- Rendre les diverses méthodes et services de PF accessibles financièrement y compris pour les plus vulnérables ;
- Impliquer largement la communauté (à travers les leaders communautaires, les leaders religieux, les groupes de femmes, etc) afin de faciliter l'acceptation de la planification familiale ;
- Accroître la participation des hommes et des jeunes célibataires dans les programmes de PF ;
- Soutenir l'éducation à la sexualité dans les structures éducatives formelles et non-formelles, en tant que partie intégrante des apprentissages en gestion de la vie quotidienne / ou Rendre obligatoire l'éducation à la sexualité pour les jeunes dans les écoles et soutenir l'accès universel à des programmes d'éducation à la sexualité pour les jeunes non-scolarisés ;
- Veiller à ce que les services soient ouverts et adaptés à la jeunesse, accessibles sans consentement parental ou marital, et encourager les adolescents à faire des choix éclairés.

## Suites à donner :

- Appropriation des recommandations par les différentes organisations,
- Recommandations doivent être portées par la Commission Santé de CSUD : lobby auprès des bailleurs, des gouvernements.
- Etape d'après : partage d'expérience sur ce qui sera mis en place par chacun, y compris au niveau européen et international. En priorisant peut-être 4 ou 5 points où l'on constate un vrai besoin d'approfondissement.

**Des attentes pour un prochain atelier :**

- Partage d'expériences pratiques sur la PF,
- Passer au concret, exemple du terrain et de pratiques quotidiennes.
- Septembre 2014, session spéciale à l'AG des NU sur le bilan du Caire +20, un rapport des NU sera publié (mais outil difficilement réutilisable à notre niveau).
- Un document de position a déjà circulé au sein de la commission Santé mais il n'a pas eu trop de succès.