



UNION INTERPARLEMENTAIRE
126^{ème} Assemblée et réunions connexes
Kampala (Ouganda), 31 mars - 5 avril 2012



Troisième Commission permanente
Démocratie et droits de l'homme

C-III/126/R
15 décembre 2011

**L'ACCES A LA SANTE, UN DROIT FONDAMENTAL :
QUEL ROLE LES PARLEMENTS PEUVENT-ILS JOUER POUR GARANTIR
LA SANTE AUX FEMMES ET AUX ENFANTS ?**

Rapport présenté par

***Mme S. Ataullahjan (Canada), M. F. Sardinha (Inde)
et Mme P. Turyahikayo (Ouganda), co-rapporteurs***

Situation de la santé maternelle, néonatale et infantile

A. Objectifs internationaux

1. En 2000, les Etats membres de l'ONU ont adopté la Déclaration du Millénaire pour le développement, qui définit les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le Secrétaire général de l'ONU les a décrits en 2010 comme "une étape décisive pour la coopération internationale" et "l'émanation des droits fondamentaux de la personne humaine : du droit de tous à la santé, à l'éducation et au logement".

2. Deux OMD traitent directement de la santé des femmes et des enfants : l'OMD 4 vise à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans par rapport à 1990, tandis que l'OMD 5 vise à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Etant donné la nature globale du développement, quatre autres objectifs sont liés aux facteurs déterminants du droit à la santé. La mortalité maternelle et infantile restera élevée tant que subsisteront des problèmes de pauvreté et d'alimentation (OMD 1), d'accès à l'éducation (OMD 2), d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes (OMD 3) et de prévalence du VIH/sida et du paludisme (OMD 6). La liste des indicateurs utilisés pour mesurer l'application des OMD témoigne du rôle primordial que joue la santé dans le développement. En outre, une conception du développement axée sur les droits de l'homme comportant le droit à un cadre de santé est fondamentale pour réaliser ces objectifs.

3. La communauté internationale s'est engagée à réaliser les huit OMD à l'horizon 2015. Cependant, nombre de pays ne sont pas bien partis pour y parvenir. En outre, les progrès dans la réalisation des divers OMD sont très variables. Dans l'ensemble, les progrès n'ont pas été suffisants au vu des indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile. Ce rapport met en avant le rôle que les parlementaires peuvent et doivent jouer pour accélérer les progrès dans la réalisation des OMD et réaliser le droit fondamental de toutes les femmes et de tous les enfants d'avoir accès aux soins de santé essentiels.

B. Les statistiques

4. On estime que le taux de mortalité maternelle dans les régions en développement a baissé de 34 pour cent entre 1990 et 2008, passant de 440 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à 290. Cependant, on estime que 358 000 femmes mourraient toujours en 2008 de causes liées à la maternité et qu'un nombre considérablement plus élevé d'entre elles souffraient d'infections, de blessures et de handicaps. Le déclin annuel moyen du taux de mortalité (2,3 %) reste bien en deçà du taux nécessaire pour la réalisation de l'OMD 5 (5,5 %)ⁱ.

5. Les décès maternels sont largement concentrés dans les pays en développement et plus encore en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (qui représentaient ensemble 87 % des décès en 2008). En Afrique subsaharienne, où se produisent près de trois cinquièmes des décès maternels, pour une jeune fille de 15 ans, le risque de mourir de causes liées à la grossesse est de 1 sur 31, voire plus dans certains pays, alors que, dans les pays développés, il n'est que de 1 sur 4 300ⁱⁱ.

6. Au niveau mondial, le taux de mortalité infantile a baissé d'environ un tiers depuis 1990, passant d'environ 88 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 57 en 2010, soit 12 000 décès de moins par jour. Pourtant, ce taux reste beaucoup trop élevé, sachant qu'en 2010 près de 7,6 millions d'enfants sont morts avant leur cinquième anniversaireⁱⁱⁱ. En outre, il faut intensifier les efforts dans le domaine de la santé maternelle, car les décès de nouveau-nés représentaient plus de 40 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans en 2008^{iv}.

7. Les décès maternels et infantiles évitables demeurent inacceptablement nombreux. Et c'est précisément pour cette raison qu'il faut mettre l'accent sur la prévention dans le cadre des programmes sanitaires nationaux.

8. Il faut absolument intervenir, notamment parce que la santé maternelle et infantile a une incidence sur le développement économique et, partant, sur le progrès social. La mortalité maternelle et néonatale entraîne des pertes de productivité d'un montant total de 15 milliards de dollars E.-U. par an^v.

C. Principaux défis

9. Comme cela a été dit plus haut, beaucoup de décès maternels sont évitables. Les hémorragies et l'hypertension sont responsables d'un peu plus de la moitié des décès, or ces affections peuvent être traitées par des interventions de base. De même, les diarrhées, les pneumonies et le paludisme, causes majeures de décès des jeunes enfants, peuvent être prévenus par des mesures bien connues et d'un bon rapport coût-efficacité. En 2010, les dirigeants du G8 ont souligné que nombre de décès maternels "pourraient en grande partie être évités si les femmes concernées avaient plus facilement accès à des systèmes de santé renforcés, ainsi qu'à des soins et des services de santé sexuelle et génésique, y compris en matière de planification familiale volontaire"^{vi}.

10. La nutrition est aussi un facteur important de la santé maternelle et infantile. Comme il est noté dans le Rapport 2011 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, "la nutrition doit être une priorité absolue du développement national si l'on veut atteindre les OMD". Malgré les progrès récents en matière de réduction de l'extrême pauvreté, l'ONU estime que la proportion de la population des pays en développement ayant souffert de la faim

entre 2005 et 2007 était au même niveau (16 %) qu'entre 2000 et 2002. Les problèmes de nutrition sont la cause "fondamentale" d'environ un tiers des décès de jeunes enfants en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud^{vii}.

11. La plupart des pays en développement sont toujours aux prises avec des systèmes de santé peu performants et sous-financés. Il s'agit là de la principale difficulté à surmonter si l'on veut améliorer les indicateurs de santé des femmes et des enfants. Les systèmes de santé englobent les ressources humaines d'une nation, la gouvernance et les cadres réglementaires, le financement de la santé, les médicaments, les traitements et les informations disponibles sur la santé, et les prestations. On peut renforcer les systèmes de santé en privilégiant une approche fondée sur les soins de santé primaires, qui mettent l'humain au cœur des soins^{viii}.

12. S'agissant de la gouvernance du domaine de la santé, trop peu de pays autorisent les sages-femmes à accomplir les actes nécessaires^{ix}. Pourtant, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a conclu que 3,6 millions de décès pourraient être évités chaque année si l'on développait la profession de sages-femmes et leur formation dans les pays en développement^x.

13. En outre, nombre de pays ayant des taux de mortalité très élevés n'ont pas suffisamment de professionnels de santé formés. Non seulement cette carence limite l'accès aux services, mais elle pèse sur les ressources existantes. Globalement, dans les pays en développement, la proportion de femmes enceintes ayant été accompagnées par un professionnel de santé lorsqu'elles ont accouché est passé de 55 pour cent en 1990 à 65 pour cent en 2009. Cependant, en 2009, la moitié des femmes enceintes en Asie du Sud et moins de la moitié des femmes enceintes en Afrique subsaharienne (46 %) avaient accès au personnel qualifié^{xi}.

14. L'une des cibles de l'OMD 5 est de rendre l'accès à la médecine procréative universel à l'horizon 2015, ce qui est un élément du droit internationalement reconnu à la santé. Pourtant, il est noté dans le Rapport 2010 de l'ONU sur les Objectifs du Millénaire pour le développement que les statistiques agrégées indiquant une utilisation accrue de la contraception depuis 1990 masquent deux tendances : "un ralentissement considérable des progrès depuis 2000 et un écart grandissant entre les régions". En Asie de l'Est, région bien partie pour réaliser l'OMD 5, le taux de prévalence de la contraception est de 86 pour cent. En comparaison, l'Afrique subsaharienne, région présentant l'une des baisses annuelles de la mortalité maternelle les plus lentes (1,7 %), a un taux de prévalence de la contraception de 22 pour cent^{xii}. En 2008, quelque 3,2 pour cent de l'aide internationale destinée au développement sanitaire étaient consacrés à la planification familiale, alors que ce chiffre était de 8,2 pour cent en 2000^{xiii}.

D. Inégalités : la nécessité d'aller vers les plus vulnérables

15. Les progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile ont été inégaux dans les régions et au sein des pays. Ces tendances témoignent de la persistance d'inégalités considérables liées aux déterminants sociaux de la santé, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit comme "les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie"^{xiv}.

16. Autrement dit, les femmes confrontées au risque le plus élevé de mourir de causes liées à la grossesse ont des chances d'être pauvres, rurales, peu instruites et d'avoir un statut inférieur dans leur groupe social. Les femmes et les enfants de ces groupes portent le fardeau

de la mauvaise santé. Les données agrégées au niveau national ou régional masquent ces réalités.

17. Les femmes pauvres sont confrontées à une incidence disproportionnée de violence familiale et sexuelle, de grossesses adolescentes, de grossesses non désirées, d'accouchements dans des conditions peu sûres et d'infections sexuellement transmissibles. Les enfants des ménages les plus pauvres ont deux à trois fois plus de risques de mourir avant leur cinquième anniversaire que ceux des ménages les plus riches^{xv}. De même, les enfants naissant dans la pauvreté ont statistiquement plus de risques d'avoir une insuffisance pondérale et ont moins de chances d'être traités en cas de pneumonie ou de diarrhée, ou d'être vaccinés contre la rougeole.

18. Les différences en matière de prestations sanitaires dans les localités rurales des pays en développement révèlent aussi des inégalités dans l'accès aux services. Les zones rurales disposent d'un moins grand nombre de personnels qualifiés et d'installations médicales, et reçoivent généralement moins d'informations sur la santé. Les pauvres des zones rurales disposent généralement d'une éducation formelle limitée, ce qui les rend moins à même de comprendre quels sont leurs choix et leurs droits en matière de santé, et par conséquent, de négocier pour obtenir les services adéquats. En outre, les modes de transport et les infrastructures de communication empêchent souvent les femmes des zones rurales d'accéder aux soins obstétricaux d'urgence^{xvi}. D'après le Rapport 2011 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, les enfants des zones rurales risquent davantage de mourir, même dans les régions où la mortalité infantile est faible. En outre, les enfants vivant dans des régions victimes de conflits ou au sortir de conflits sont souvent les premiers touchés.

19. Des difficultés particulières se posent aux adolescentes, qui sont confrontées à des risques accrus pendant la grossesse et l'accouchement. L'ONU estime que le taux de grossesse des adolescentes (nombre de grossesses pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans) a baissé entre 1990 et 2000 dans "presque toutes les régions. "Cependant, ce taux a ensuite "cessé de chuter, ou a même augmenté au cours des huit années qui ont suivi. " L'Afrique subsaharienne enregistre le taux le plus élevé de grossesses chez les adolescentes, "un taux qui n'a guère changé depuis 1990"^{xvii}. L'ONU note que plusieurs statistiques indiquent que "l'on a fait peu de progrès pour améliorer l'accès à la santé reproductive chez les adolescentes"^{xviii}.

20. Dans certains pays, les fillettes et les adolescentes sont aussi victimes de la pratique traditionnelle des mutilations génitales - une violation de leurs droits fondamentaux. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) juge que ces pratiques "ne présentent aucun avantage pour la santé" et entraînent au contraire "des risques immédiatement et à long terme", notamment un risque accru de complications lors de l'accouchement et de décès des nouveau-nés". Pourtant, on estime entre 100 et 140 millions le nombre de jeunes filles et de femmes "qui vivent actuellement avec les séquelles de mutilations sexuelles"^{xix}.

21. Les femmes contaminées par le VIH/sida sont confrontées à des problèmes de santé supplémentaires. Dans certains cas, elles sont également confrontées à la discrimination ou à la stigmatisation lorsqu'elles tentent d'accéder aux soins de santé essentiels. On estime que 42 000 décès de femmes enceintes en 2008 étaient dus au VIH/sida^{xx}. L'épidémie touche aussi la santé des enfants. On estime que 370 000 enfants ont contracté le VIH en 2009 "durant la période périnatale et l'allaitement...". Malgré les progrès récents, l'accès aux médicaments salvateurs et aux services de prévention qui peuvent mettre un terme à la transmission mère-enfant doit encore être renforcé dans de nombreuses régions. En outre, en

2009, près de 16,6 millions d'enfants âgés de 0 à 17 ans avaient perdu leurs parents à cause du VIH/sida^{xxi}.

22. Le Comité de l'ONU pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a indiqué qu'il faut accorder une attention particulière aux besoins et aux droits des femmes et des filles appartenant à tous les groupes vulnérables et désavantagés, notamment les femmes immigrées, les réfugiées et les femmes déplacées, les travailleuses du sexe, les femmes autochtones et les femmes handicapées^{xxii}.

23. L'étude des déterminants sociaux de la santé permettrait des améliorations tangibles en matière de prestations sanitaires. Une étude récente attribue 51,2 pour cent de la baisse des décès d'enfants entre 1970 et 2009 à "l'amélioration du niveau d'instruction chez les femmes en âge de procréer"^{xxiii}. De même, une étude de l'UNICEF conclut qu'une démarche reposant sur la notion d'équité en matière de santé peut permettre de réaliser les OMD de manière plus rapide, durable et économique que les stratégies existantes^{xxiv}.

Le droit international à la santé

24. Améliorer la santé des femmes et des enfants est bien plus qu'un objectif politique. Parvenir au meilleur état de santé est un droit fondamental internationalement reconnu. Le cadre détaillé ci-après demande aux Etats parties de garantir le droit des femmes et des enfants à la santé sans que ceux-ci soient l'objet de discrimination d'aucune sorte (de nombreux Etats ont également inclut ces obligations dans leur constitution et leur législation).

A. Le cadre international des droits de l'homme

25. Conformément aux traités internationaux juridiquement contraignants, les Etats doivent respecter, promouvoir et réaliser le droit à la santé. Au niveau le plus général, le droit de ne pas être arbitrairement privé de vivre est un élément fondamental du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (167 Etats parties). Le droit à la santé est garanti dans certains instruments largement ratifiés, notamment : le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (160 Etats parties); la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (174 Etats parties); la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (187 Etats parties); la Convention relative aux droits de l'enfant (193 Etats parties); et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (101 Etats parties).

26. Le droit à la santé est également reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme. Elle figure dans les systèmes régionaux de protection des droits de l'homme et dans certaines normes doctrinales non contraignantes, notamment le Programme d'action de Beijing (1995).

27. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît "le plein exercice du droit de toute personne de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale". Ce droit doit être réalisé par des mesures telles que la réduction de la mortalité in utero et de la mortalité infantile, et la création de "conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie" (Article 12).

28. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) prévoit que "les Etats parties fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin,

gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement" (Article 12). Les Etats parties ont aussi la responsabilité de protéger le droit des femmes à la santé, notamment en luttant contre la violence familiale et sexuelle.

29. La Convention relative aux droits de l'enfant demande explicitement aux Etats parties de "réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants", de lutter contre les maladies et la malnutrition et "d'assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires", l'accent étant mis sur "les soins de santé primaires" (Article 24).

30. Comme l'explique le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, le droit à la santé ne saurait se comprendre comme le droit d'être en bonne santé^{xxv}. Au lieu de cela, il comporte des libertés - comme le droit de ne pas être soumis à un traitement sans son consentement - et des droits, notamment "le droit à un système de protection garantissant à chacun la possibilité de jouir du meilleur état de santé".

31. De manière générale, les services de santé doivent être : disponibles, accessibles, acceptables et d'une qualité suffisante.

32. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et politiques prévoit la "réalisation progressive" de certains droits, au vu des contraintes en matière de ressources. Cependant, il impose aussi des obligations immédiates, notamment les soins de santé primaires essentiels, la non-discrimination dans la prestation des soins de santé et l'obligation de prendre des mesures concrètes, efficaces et rapides au niveau national et dans le cadre de l'aide économique et technique internationale, pour réaliser les droits qui y sont énoncés. En d'autres termes, il est demandé à chaque Etat partie de garantir le droit à la santé dans toute la mesure du possible^{xxvi}.

B. Garantir la non-discrimination

33. Tous les droits consacrés par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels découlent de la dignité intrinsèque de chaque être humain et reposent sur l'égalité. Le traité stipule que "les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation".

34. De même, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes impose aux Etats de lutter contre les inégalités, en les obligeant à garantir l'égalité d'accès des hommes et des femmes aux services de santé, "y compris ceux qui concernent la planification de la famille" (Article 12). La Convention souligne l'attention particulière qui doit être accordée aux groupes vulnérables. Elle mentionne particulièrement le droit des femmes dans les zones rurales à "avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille" (Article 14).

35. La Convention relative aux droits de l'enfant demande également l'application universelle du droit des enfants à la santé.

Les lacunes en matière de reddition de comptes

36. Malgré ces obligations juridiques et les Objectifs du Millénaire pour le développement, établis au plan international, nombre d'Etats n'assument pas leurs responsabilités. On constate des lacunes en matière d'application dans les Etats qui ne mettent pas à disposition les

ressources nécessaires pour assurer les services de santé maternelle et infantile ou n'adoptent pas les lois et ne prennent pas les mesures nécessaires pour permettre un accès universel des femmes et des enfants à la santé.

37. Cette lacune est révélée par les statistiques sur les prestations de santé. En 2008, sur les 87 pays qui avaient un taux de mortalité maternelle supérieur à 100 (pour 100 000 naissances vivantes) en 1990, on estimait que 10 étaient "sur la bonne voie" et que 47 "faisaient des progrès" dans la réalisation de l'OMD 5. Cependant, 22 pays n'avaient pas fait "suffisamment de progrès" et l'on estimait que huit pays n'avaient fait "aucun progrès"^{xxvii}.

38. S'agissant de l'affectation des ressources nécessaires au renforcement des systèmes de santé et à la formation de personnels qualifiés, dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé nationales sont passées de 1,7 pour cent du PIB en 2000 à seulement 1,8 pour cent en 2008, ce qui est insuffisant^{xxviii}.

39. La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a évoqué l'absence de données sérieuses dans nombre de pays comme le "scandale de l'invisibilité"^{xxix}. Au niveau politique, des données sont nécessaires pour établir la véritable ampleur des difficultés dans le domaine de la santé maternelle et infantile et fournir des services adaptés à ceux qui en ont le plus besoin. Les données pluriannuelles et les données désagrégées par groupes vulnérables permettent aux gouvernements, aux parlements et aux citoyens de suivre les progrès et de procéder aux ajustements politiques nécessaires. Ces informations sont vitales pour le dialogue national sur les réformes et les priorités en matière de santé. Toutefois, seulement 63 pays ont mis en place des systèmes d'état civil pour enregistrer les naissances et les décès et établir de manière claire les causes des décès. L'état civil est la condition de base pour le suivi des indicateurs sanitaires.

40. Dans l'ensemble, il faut souligner que la reddition de comptes découle de l'appropriation des projets par les pays et de leur responsabilité dans leur mise en place. C'est ce qui a été affirmé dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005) et le Programme d'action d'Accra (2008) qui a suivi.

41. A leur tour, les initiatives nationales doivent être étayées par l'assistance internationale, qui doit être conçue pour soutenir les plans et les priorités impulsés par les pays en matière de santé. Il ne faut pas oublier que l'OMD 8 sollicite un partenariat mondial pour le développement.

42. En outre, les principes de reddition de comptes en matière d'efficacité de l'aide exigent des donateurs qu'ils coopèrent entre eux et avec les pays bénéficiaires pour coordonner leurs efforts et alléger la charge que représente l'établissement de rapports pour les pays dont les ressources sont limitées. Près de 40 organismes d'aide bilatérale, 26 organismes des Nations Unies et 20 fonds mondiaux et régionaux, en plus des diverses autres institutions multilatérales, travaillent actuellement sur la santé mondiale^{xxx}. Comme le montre la Stratégie mondiale de l'ONU pour la santé maternelle et infantile, l'alignement des donateurs sur les systèmes nationaux de suivi est une des stratégies d'atténuation de la mortalité maternelle et infantile.

Interventions récentes de la communauté internationale

43. Il y a des raisons d'être optimiste. L'attention internationale a été axée sur la nécessité d'accélérer les progrès en matière de santé infantile et maternelle.

44. Au Sommet du G8 au Canada en juin 2010, les pays membres et non membres du G8 et les fondations partenaires ont promis 7,3 milliards de dollars des E.-U. en faveur d'une série d'initiatives mondiales dans les pays les plus pauvres^{xxxii}. Ceux qui participent à cette initiative, intitulée initiative de Muskoka, contribueront à la Stratégie mondiale de l'ONU pour la santé maternelle et infantile, qui a été annoncée par le Secrétaire général de l'ONU en septembre 2010.

45. Dans le cadre de la Stratégie mondiale, les Etats membres de l'ONU, le secteur privé, les fondations, les organisations internationales, la société civile et les instituts de recherche ont promis plus de 40 milliards de dollars des E.-U. pour les cinq prochaines années. En coopérant, ces partenaires ont pour objectif d'améliorer de manière significative l'accès des femmes et des enfants à des prestations de santé vitales et abordables.

46. Globalement, la Stratégie mondiale a pour but de sauver la vie de 16 millions de femmes et d'enfants entre 2011 et 2015. Les parlementaires doivent jouer un rôle actif et central dans la réalisation de cet objectif.

47. La Stratégie mondiale vise à apporter des améliorations vitales des plans de santé impulsés par les pays et des systèmes de santé à l'échelon des pays. L'accent sera mis également sur l'innovation et la reddition de comptes. C'est dans cette perspective qu'a été créée la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant en janvier 2011. Les recommandations qu'elle émet peuvent contribuer à orienter l'action parlementaire^{xxxii}.

48. La santé maternelle et infantile est également abordée au niveau régional. L'un des exemples clés en est le Sommet de l'Union africaine en juillet 2010, en Ouganda. Entre autres initiatives, les dirigeants africains se sont engagés à : fournir un financement national durable, conformément à leur engagement pris à Abuja en 2001 de consacrer 15 pour cent des revenus à la santé; lancer une campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique; et mettre l'accent sur le suivi et la responsabilité à l'échelon des pays^{xxxiii}.

49. Les parlements se concentrent aussi de plus en plus sur la santé des femmes et des enfants, comme on l'a vu aux récentes Assemblées de l'UIP et avec la décision de la troisième Commission permanente de se consacrer à ce thème pendant l'année à venir. L'UIP a lancé un projet visant à développer les capacités et les compétences de certains parlements pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. Enfin, les Présidentes de parlement se sont engagées, en juillet 2010, "en partenariat avec les hommes et les femmes parlementaires, à faire de la réalisation des OMD 4 et 5 une priorité absolue de [leurs] parlements".

50. Ces initiatives correspondent au sentiment exprimé par la Secrétaire général de l'ONU en 2010, selon lequel : "ce sont les parlements qui fournissent un cadre législatif national propice à la réalisation des OMD et eux qui sont sur la ligne de front dans la lutte pour l'amélioration des conditions de vie et l'accès aux services de base"^{xxxiv}.

51. On peut prendre appui sur de nombreux succès au niveau des pays. Pour prendre un exemple, la Tanzanie a réduit sa mortalité infantile de 15 à 20 pour cent, en partie grâce au développement de la vaccination et aux compléments de vitamine A. En Malaisie, à la suite de l'adoption dans les années 1940-1950 d'une législation tendant à certifier les sages-femmes, et au développement des services de santé ruraux qui s'en est suivi, le niveau des accoucheurs qualifiés a atteint 90 pour cent^{xxxv}. Ces initiatives et d'autres initiatives prises dans divers pays montrent ce que l'on peut obtenir avec des politiques reposant sur des données factuelles et

étayées par la volonté politique et un financement adéquat. En effet, les OMD ne sauraient être réalisés uniquement grâce aux ressources financières. L'innovation, la bonne gouvernance, la responsabilité dans l'utilisation des ressources de santé et une conception reposant sur les droits sont aussi des éléments essentiels au succès d'une stratégie.

La nécessité de renforcer l'action parlementaire

52. La responsabilité des Etats de réaliser le droit à la santé exige qu'ils adoptent des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles et d'autres mesures appropriées. Dans ce cadre, les parlements sont essentiels pour progresser dans la réalisation des OMD si l'on veut atteindre les OMD relatifs à la santé à l'horizon 2015.

53. Les parlementaires doivent prendre la responsabilité de veiller à ce que toutes ces améliorations nécessaires en matière de santé des femmes et des enfants soient réalisées au niveau national, et dans le cadre de l'aide internationale de leur pays. Il incombe à tous les parlementaires – femmes et hommes – de défendre des politiques et un cadre législatif donnant la priorité à la santé maternelle et infantile.

54. En premier lieu, les parlementaires doivent représenter au Parlement les préoccupations de tous les membres de leur circonscription en matière de santé.

55. Ensuite, ils doivent mener une action de sensibilisation au sein du Parlement et des groupes parlementaires, de même qu'auprès du public sur les problèmes fondamentaux touchant la santé des femmes et des enfants, en s'employant à renforcer l'éducation du public et à mettre davantage d'informations sur la santé à la disposition des femmes. En outre, il faudrait tenir des débats parlementaires réguliers pour examiner les progrès du pays dans la réalisation des OMD et la réalisation du droit à la santé.

56. Troisièmement, ils peuvent utiliser les outils législatifs qui sont à leur disposition pour veiller à ce que le droit à la santé soit appliqué pour tous : présentation, mise à jour ou amendement de lois pour garantir l'égalité d'accès aux soins dans le cadre d'un système de santé universel, ou éliminer les obstacles financiers ou autres à l'accès aux soins.

57. Les parlementaires doivent réviser toutes les lois afin qu'elles respectent l'égalité des sexes et le droit à la santé, et intégrer les considérations en matière de santé à toutes les lois pertinentes. Cela concerne notamment les lois érigeant de manière explicite en infraction pénale les mauvais traitements infligés aux femmes et aux enfants, les lois prévoyant l'égalité d'accès des femmes et des filles aux perspectives d'éducation et les dispositions du droit du travail concernant les femmes enceintes. Les parlementaires doivent suivre de près la mise en œuvre des instruments ayant trait au droit à la santé, en veillant à ce que le cadre législatif national respecte, protège et remplisse les obligations juridiques internationales pertinentes.

58. Quatrièmement, les parlementaires doivent veiller à ce que des ressources financières adéquates soient consacrées à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile dans le processus budgétaire. Comme il apparaît dans la mise à jour annuelle de la Stratégie mondiale de l'ONU, l'amélioration de la santé des mères et des enfants exige "un investissement accru, durable et plus judicieux".^{xxxvi}

59. Il convient de répéter encore que l'on ne réalisera pas les OMD à moins de fournir des efforts ciblés pour que les femmes et les enfants vulnérables accèdent aux services de santé essentiels. Des crédits suffisants – sous la forme de fonds préaffectés ou de programmes

attractifs – doivent être dirigés sans discrimination vers les plus vulnérables, notamment les familles les plus pauvres, les populations rurales, et les minorités.

60. Les parlementaires doivent exiger des chiffres transparents sur toutes les dépenses nationales – prévues et effectives – consacrées à la santé et s’assurer que les moyens promis pour la santé maternelle et infantile ont bien été mis en œuvre. Pour ce faire, ils peuvent s’appuyer sur différents instruments, dont les commissions parlementaires. Ils doivent aussi demander qu’il soit fait rapport de manière régulière et transparente sur l’utilisation de l’ensemble de l’aide internationale prévue pour le système de santé. Enfin, dans toute la mesure du possible, les débats parlementaires sur la santé maternelle et infantile et les réunions des commissions compétentes – avec les contributions d’un large éventail de parties prenantes – doivent se tenir avant la rédaction de la loi de finances, afin que le budget puisse être adopté en connaissance de cause. Les parlementaires ont en effet besoin d’un espace politique suffisant pour pouvoir débattre et contrôler les crédits budgétaires alloués à la santé maternelle et infantile. Ils ont en outre besoin de pouvoir accéder aux informations pertinentes pour ce travail.

61. Outre les initiatives nationales touchant à la santé maternelle et néonatale, les parlementaires doivent aussi soutenir les initiatives régionales connexes. Par exemple, les parlementaires des Etats africains doivent utiliser le contrôle parlementaire et d’autres outils dont ils disposent pour veiller à ce que les gouvernements remplissent leur engagement de consacrer 15 pour cent des budgets nationaux au secteur de la santé, au titre de la Déclaration d’Abuja.

62. De leur côté, les parlementaires des pays donateurs doivent demander l’établissement de rapports – fondés sur la mise en place d’indicateurs internationaux communs – sur la proportion du budget d’aide internationale consacrée à tous les aspects de la santé des femmes et des enfants. Il faut évaluer le financement du développement pour veiller à ce qu’il soit orienté vers les pays, les secteurs et les populations qui en ont le plus besoin et qui sont les plus vulnérables. Les parlementaires peuvent aussi demander dans quelle mesure l’aide de leur pays est coordonnée avec celle des autres donateurs et harmonisée avec les systèmes de santé des pays bénéficiaires.

63. Les parlementaires doivent aussi suivre les dépenses publiques pour veiller à ce qu’elles soient conformes aux engagements pris dans le cadre de la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l’ONU pour la santé maternelle et infantile.

64. Enfin, les parlementaires doivent contrôler l’action du Gouvernement en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, en ce qui concerne la mise en œuvre et des politiques, et des programmes.

65. Il faut passer au crible les mesures sanitaires pour s’assurer qu’elles sont conformes à la réglementation de la santé, qu’elles reposent sur des données factuelles et qu’elles tiennent compte des résultats de bilans de performance réguliers. Le contrôle des programmes peut servir de garde-fou contre la discrimination en ce qui concerne l’accès aux services de santé et leur qualité. Les parlementaires doivent également suivre de près les initiatives visant à améliorer l’exactitude des registres des naissances et des décès, vérifier ces chiffres et mener des enquêtes pertinentes.

66. La Stratégie mondiale de l'ONU pour la santé maternelle et infantile, la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant et les dirigeants du G8 ont tous lancé un appel en faveur de l'innovation dans les programmes de santé. Les parlementaires peuvent évaluer les programmes pour déterminer s'ils tirent parti des nouvelles technologies et si tous les mécanismes de financement possibles y sont étudiés (par exemple les plans de santé liant les déboursments financiers aux "objectifs de performance convenus"^{ixxxvii}). Parmi les mécanismes de prestation innovants, on peut citer la délégation de certaines tâches aux sages-femmes pour décharger les médecins et les infirmières.

67. Pour suivre efficacement toutes les initiatives nationales, les parlementaires peuvent coopérer avec les gouvernements pour établir des cadres de responsabilité solides, qui prendraient la forme d'une commission nationale sur la santé des femmes et des enfants faisant rapport au Parlement. Cette commission examinerait différentes questions et initiatives – égalité des sexes, éducation, assainissement, nutrition, prévention des maladies et transports/infrastructures – touchant la santé des enfants. En plus d'une solide participation parlementaire, l'évaluation des systèmes et des politiques de santé doit faciliter la contribution des populations locales et des parties prenantes dans le secteur de la santé. Une commission pourrait aussi être un moyen de garantir une utilisation transparente des ressources affectées aux services de santé maternelle et infantile. Enfin, les parlementaires peuvent utiliser et renforcer les mécanismes de reddition de comptes existants, comme le Partenariat international pour la santé.

68. Les parlementaires doivent aussi renforcer leurs partenariats avec les acteurs pertinents du secteur de la santé, et relier leurs travaux en matière de santé maternelle et infantile aux initiatives de l'ONU et des autres organisations régionales et multilatérales, de la société civile, des collectivités locales et du secteur privé.

69. L'UIP devrait mettre en place un mécanisme pour suivre la mise en œuvre des recommandations de cette commission dans ses Parlements Membres à l'horizon 2015. Elle doit aussi faciliter les échanges et la coopération sur les questions sanitaires, entre ses Membres, en particulier en ce qui concerne le renforcement des capacités pour l'élaboration de cadres législatifs.

70. Dans ses observations finales à la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale 2010 sur les OMD, le Secrétaire général de l'ONU a déclaré : "Par le passé nous avons pu constater que lorsque les projecteurs s'éteignaient, l'attention mondiale se portait rapidement sur d'autres questions." Nous, parlementaires, qui représentons les citoyens du monde entier, ne pouvons permettre que cela se produise. Il faut défendre dès à présent avec cohérence et persistance le droit des femmes et des enfants au plus haut niveau de santé possible, jusqu'à la dernière année de la réalisation des OMD, en 2015, et après.

ⁱ Organisation des Nations Unies (ONU), *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2011*, New York, 2011, http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf, p. 29; et Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, OMS, 2010, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.

ⁱⁱ Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, 2010.

ⁱⁱⁱ ONU, "[Addendum: Goal 4 Reduce child mortality](#)," *The Millennium Development Goals Report 2011*, données publiées le 15 septembre 2011.

- iv The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health and the University of Aberdeen, "Knowledge Summary 1: Understand the Burden," *Sharing Knowledge for Action on Maternal, Newborn and Child Health*, 2010, p. 11.
- v Secrétaire général de l'ONU, *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, 2010, http://www.un.org/french/sg/pdf/global_strategy_2010.pdf, p. 6.
- vi Gouvernement du Canada, *Déclaration du G8 à Muskoka, Reprise et renaissance*, Muskoka, Canada, 25-26 juin 2010, <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/muskoka-declaration-muskoka.aspx?lang=fra&view=d>
- vii Organisation des Nations Unies (ONU), *Objectifs du Millénaire pour le développement 2011, Rapport 2011*, New York, 2011, http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf, pages 11 à 13 et 25.
- viii "Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris" WHA62.12, 62^{ème} Assemblée mondiale de la santé (2009), http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-fr-P2.pdf.
- ix Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival, *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010), Taking Stock of maternal, newborn and child survival*, OMS et UNICEF, 2010, <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>, p. 30. Pages du site Compte à rebours 2015 disponibles en français et documents à télécharger: http://www.countdown2015mnch.org/index.php?option=com_content&view=article&id=249
- x *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : naissances réussies, vies sauvées*, UNFPA, 2011, http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/fr_SoWMy_Full.pdf
- xi Organisation des Nations Unies (ONU), *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2011*, New York, 2011, http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf, p. 29.
- xii Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, p. 21.
- xiii Organisation des Nations Unies (ONU), *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2010*, New York, 2010, <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report2010.pdf>, p. 38.
- xiv OMS, "Déterminants sociaux de la santé," http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html
- xv Organisation des Nations Unies (ONU), *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2011*, New York, 2011, http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf, p. 26.
- xvi UNICEF, *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*, Numéro 9, septembre 2010, http://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children-No.9_EN_081710.pdf, p. 28.
- xvii Organisation des Nations Unies (ONU), *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2011*, New York, 2011, http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf, pages 31-32.
- xviii Ibid, p. 34.
- xix OMS, *Mutilations sexuelles féminines*, Aide mémoire n°241, février 2010.
- xx Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, p. 1.
- xxi Programme commun des Nations Unies sur le SIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010*, 2010, http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Full_Fr.pdf, p. 9 et 112.
- xxii Comité de l'ONU pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, General Recommendation No. 24 (20^{ème} Session, 1999), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>.
- xxiii Emmanuela Gakidou, Krycia Cowling, Rafael Lozano, et Christopher J. L. Murray, "Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis," *Lancet*, 376 (2010): pages 959-974.
- xxiv UNICEF, *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*, 7 septembre 2010, http://www.unicef.org/publications/files/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_090310_2a.pdf.
- xxv Conseil économique et social de l'ONU, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *General Comment No. 14 (2000): Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être*

- atteint : 11/08/2000 (Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), E/C.12/2000/4, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Fr](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Fr), par. 8.
- xxvi Haut Commissariat aux droits de l'homme et OMS, *The Right to Health*, Fact Sheet No. 31, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.
- xxvii Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, 2010, p. 22. On y explique ce qui suit : "Un pays est considéré comme étant "sur la bonne voie" si le déclin annuel [du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2008 est de 5,5% ou plus. Si le déclin annuel du taux de mortalité maternelle se situe entre 2% et 5,5%, on considère que le pays "progressé". On considère que les pays dont le déclin annuel du taux de mortalité maternelle est de moins de 2% ont fait des "progrès insuffisants" et que les pays dont le taux de mortalité maternelle est en hausse n'ont fait "aucun progrès".
- xxviii World Vision, *Improving Global Health Governance: Technical briefing paper for the Child Health Now campaign*, 2011, p. 7.
- xxix La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*, 2011, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy_FR.pdf, p. 9.
- xxx World Vision, *Improving Global Health Governance*, p.1.
- xxxi Gouvernement du Canada, *Déclaration du G8 à Muskoka, Reprise et renaissance*, Muskoka, Canada, 25-26 juin 2010, <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/muskoka-declaration-muskoka.aspx?lang=fra&view=d>.
- xxxii Voir: *Tenir les promesses, mesurer les résultats*, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy_FR.pdf.
- xxxiii Union africaine, "Actions dans le domaine de la santé maternelle, infantile et néonatale et du développement en Afrique d'ici 2015, " Assembly/AU/Decl.1(XI), Assemblée de l'Union africaine, 15^{ème} session ordinaire, 25-27 juillet 2010, Kampala (Ouganda), http://www.who.int/pmnch/events/2010/AUassemblydec_f.pdf.
- xxxiv UN News Centre, "Ban calls on world parliamentarians to support MDGs and disarmament efforts," 27 March 2010, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=34225&Cr=MDG&Cr1=>.
- xxxv Exemples tirés de : Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, 2010 http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_fr.pdf; The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, "Save Lives: Invest in Midwives, " *Knowledge Summary 14*; and, Maternal, Newborn and Child health Network for Asia and the Pacific, *Investing in Maternal, Newborn and Child Health: The Case for Asia and the Pacific*, WHO, 2009.
- xxxvi Every Woman, Every Child, *Saving the Lives of 16 Million*, September 2011 Update, Global Strategy for Women's and Children's Health (en anglais seulement).
- xxxvii The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health and the University of Aberdeen, "Knowledge Summary 3: Cost and Fund RMNCH Programs, " *Sharing Knowledge for Action on Maternal, Newborn and Child Health*, 2010, http://www.who.int/pmnch/topics/continuum/knowledge_summaries_introduction/en/index.html.