



# PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE VOLONTAIRE QUI RESPECTENT, PROTÈGENT ET EXERCENT LES DROITS HUMAINS

*Un cadre conceptuel*

avril 2014

---

Photos de couverture de (dans le sens des aiguilles d'une montre) : Davis Dennis, Bill & Melinda Gates Foundation, Shreyans Bhansali

Citation propose : Hardee, K., K. Newman, L. Bakamjian, J. Kumar, S. Harris, M. Rodriguez, et K. Willson (traduit par Catherine Utz). 2014. *Programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains : Un cadre conceptuel*. Washington, DC : Futures Group.

ISBN : 978-0-9605196-9-9

Ce rapport a été initialement écrit en anglais en Août 2013 et est disponible sur [www.futuresgroup.com](http://www.futuresgroup.com). En plus du français, ce rapport est aussi également disponible en espagnol et hindi.

Le présent rapport se fonde sur une recherche financée par la Fondation Bill & Melinda Gates. Les résultats et conclusions qu'ils avancent incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les positions ou politiques de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Ce travail, *Programmes de Planification Familiale Volontaire qui Respectent, Protègent et Exercent les Droits Humains: Un Cadre Conceptuel*, a été dédié par son titulaire de droits et de ses auteurs (K. Hardee, K. Newman, L. Bakamjian, J. Kumar, S. Harris, M. Rodriguez et K. Willson) au domaine public. Il n'est pas protégé par le droit d'auteur et peut être reproduit et distribué librement sans autorisation. Pour plus de détails, voir l'acte de licence complète à <http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>

---

---

# PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE VOLONTAIRE QUI RESPECTENT, PROTÈGENT ET EXERCENT LES DROITS HUMAINS

## Un cadre conceptuel

---

Par

Karen Hardee  
Karen Newman  
Lynn Bakamjian  
Jan Kumar  
Shannon Harris  
Mariela Rodriguez  
Kay Willson

Traduit par

Catherine Utz

**Avril 2014**



## Table des Matières

---

Remerciements.....	v
Résumé Analytique .....	v
Abréviations .....	viii
<b>I. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Droits Humains Et Santé Et Fondement De La Planification Familiale Volontaire</b>	
<b>Fondée Sur Les Droits .....</b>	<b>4</b>
Droits Humains Et Santé .....	4
Le Fondement De La Planification Familiale Volontaire Et Axée Sur Les Droits Humains .....	5
La Gamme De Violations Des Droits Reproductifs Et Choix Contraceptif .....	6
<b>III. Programmes Fondés Sur Les Droits Humains Et De Santé Publique.....</b>	<b>7</b>
<b>IV. Programmes De Planification Familiale Volontaire Fondée Sur Les Droits .....</b>	<b>9</b>
L'application Concrète Des Droits Humains À La Planification Familiale Volontaire .....	11
<b>V. Le Cadre De La Planification Familiale Volontaire Fondée Sur Les Droits .....</b>	<b>13</b>
Formulation Et Bien-Fondé Du Cadre .....	13
Composantes Du Cadre.....	15
Revue Des Preuves Et Outils À L'appui .....	16
Ressources Et Activités .....	20
<i>Contexte Du Pays</i> .....	20
<i>Niveau Politiques</i> .....	21
<i>Niveau Services</i> .....	23
<i>Niveau Communautaire</i> .....	24
<i>Niveau Individuel</i> .....	26
Produits.....	27
Effets Et Impacts .....	29
<b>VI. Récapitulatif Et Recommandations .....</b>	<b>31</b>
<b>Annexe 1. Traités, Déclarations Et Pactes Établissant Les Droits Reproductifs .....</b>	<b>33</b>
<b>Références .....</b>	<b>38</b>
<b>Glossaire De Termes .....</b>	<b>47</b>

## REMERCIEMENTS

---

Ce travail a débuté dans le cadre d'un petit contrat avec la Fondation Bill & Melinda Gates dans le dessein d'explorer les traits fondamentaux de la planification familiale volontaire et les incidences de coercition dans les programmes de santé sexuelle et reproductive. Le champ d'action s'est élargi quand nous avons commencé à collaborer avec Marie Stopes International (MSI) et l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) – deux organisations intéressées actuellement à guider et orienter les programmes nationaux de planification familiale axés sur les droits.

Nous sommes très reconnaissant de la réponse positive que notre travail a reçu jusqu'à présent et nous remercions les nombreuses personnes qui ont collaboré avec nous et nous ont apporté un feedback constructif. Nous tenons à faire mention de la Fondation Bill & Melinda Gates pour leur soutien et orientation très utiles, notamment Win Brown et Monica Kerrigan. Leurs contributions, de pair avec celles de Nel Druce, Sandra Jordan et Jane Hobson, ont relié notre travail à l'important effort de la Planification familiale 2020 (PF2020), surtout au niveau de son haut Groupe de Référence et des groupes d'experts, Habilitation et Droits ainsi que Suivi de la performance et Responsabilisation.

Il convient de faire une mention spéciale de Leo Bryant of MSI, qui a soutenue avec enthousiasme les efforts combinés de la planification familiale volontaire et fondée sur les droits et a facilité plusieurs consultations. Nous remercions aussi Lale Say et Maria Rodriguez et d'autres membres du comité directeur de la WHO pour leur revue du présent cadre conceptuel ainsi que le Groupe de Mobilisation des ressources et Sensibilisation de Reproductive Health Supplies Coalition qui a organisé deux consultations en webinaire, notamment Lou Componelle, Francis Fix, María Rosa Gárate, et Gloria Castany Prado. Nous remercions également le Réseau du Royaume Uni sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, hôte de la réunion où le cadre a été discuté ainsi que les participants de cette réunion pour leurs commentaires perspicace. En dernier lieu, nous souhaitons remercier les participants de la Consultation sur la planification familiale fondée sur les droits tenue sous l'égide de la WHO en 2013. Plus de 100 personnes de plus de 25 pays ont participé aux consultations sur le cadre et ont transmis à d'autres personnes pour une revue complémentaire. Nous les en remercions.

En dernière note, nous remercions Lori Merritt et Ginny Gordon et Aria Gray du Futures Group pour leur travail d'expert en révision et conception graphique respectivement.

## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

---

Lors du Sommet de planification familiale tenu à Londres en 2012, les dirigeants mondiaux se sont engagés à fournir un accès à la contraception à 120 millions de femmes et jeunes filles supplémentaires, d'ici 2020, initiative connue sous le nom de PF2020. Parallèlement, des parties concernées commençaient à passer en revue les progrès faits ces 20 dernières années dans le sillon de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD), envisageant par ailleurs un programme de développement post-2015 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (MDG). L'engagement politique ainsi démontré et le financement promis représentent une occasion unique de transformer les programmes de planification familiale dans le monde entier mais c'est aussi une gageure. Dans la réponse positive soulevée par PF2020 se fait entendre la voix de certaines organisations de la société civile qui craignent que l'atteinte d'un but numérique, soit 120 millions de nouvelles utilisatrices de la planification familiale, n'estompe l'approche axée sur les droits humains mise en avant par l'ICPD de 1994.

Des efforts concertés et coordonnés devront être déployés parmi les diverses parties prenantes dans les dix ans à venir et au-delà si on veut atteindre les millions de femmes et d'hommes en plus dans le monde pour leur apporter des services de planification familiale qui respectent et protègent les droits humains. Cela demandera aussi une nouvelle approche programmatique bénéficiant du soutien tant de la communauté de la santé publique que de celle des droits humains. Le principe du volontarisme est depuis longtemps la pierre angulaire du soutien international pour la planification familiale. Le respect, la protection et le plein exercice d'une liste plus longue des droits en matière de reproduction ont été tout particulièrement mis en exergue depuis l'ICPD de 1994.

### **Emergence d'un nouveau cadre conceptuel pour la planification familiale volontaire fondée sur les droits humains**

Ce document présente un nouveau cadre conceptuel pavant la voie tant de la réalisation du but de PF2020 que des engagements pris par les gouvernements de fournir des programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains. Le cadre répond à la question fondamentale suivante, « **Comment pouvons-nous garantir des programmes de santé visant à élargir l'accès à la planification familiale volontaire et qui sont conçus, mis en œuvre et évalués sous le sceau du respect, de la protection et du plein exercice des droits humains?** » Le cadre définit les contours d'un tel programme, tenant compte du contexte plus général dans lequel fonctionne le programme ainsi que des éléments programmatiques essentiels aux niveaux politiques, services, communautaire et individuel. Appliquant les lois et principes des droits de la personne aux cadres de la planification familiale et de la qualité des soins, ce nouveau cadre fusionne en un concept unique des mouvements évoluant jusqu'à présent parallèlement, concrétisant ainsi la question des droits dans le domaine de la planification familiale. Le cadre montre également que l'approche fondée sur les droits humains et l'approche fondée sur la santé publique peuvent se renforcer mutuellement si les programmes visent à atteindre les buts tant de santé publique que de droits de la personne.

S'inspirant d'éléments de cadres existants pertinents, les combinant en nouvelles constellations, outre la revue de documents sur les droits de la personne (Erdman et Cook, 2008), le **Cadre pour les programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains** :

- Décrit les éléments clés des programmes de planification familiale en termes de droits, intégrant les principes de la santé publique et des droits humains.
- Offre une approche pratique à l'exercice des droits reproductifs au niveau de la formulation, mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes de planification familiale (PF) volontaire.

- Relie les ressources et activités du programme aux effets et impacts dans le domaine de la santé publique et des droits humains.
- Fait ressortir comment les pays peuvent investir dans le plein exercice des droits en tant que soutien intrinsèque d'un programme de PF complet et de haute qualité.

Le cadre vise à aider les décideurs, les responsables de programme, les donateurs et la société civile aux niveaux **politiques, services, communautaire et individuel** sur le plan de la conception, mise en œuvre et suivi et évaluation du programme. Il est conçu comme un modèle logique, reliant les **ressources et les activités aux produits, effets et impacts**. De manière plus spécifique, il

- précise les ressources ou intrants nécessaires aux niveaux politiques, services, communautaire et individuel pour arriver aux effets et impacts escomptés sur le plan de la santé publique et des droits humains.
- situe ces quatre niveaux dans le contexte du pays qui influence tant l'offre que la demande pour la planification familiale.
- montre comment les quatre niveaux soutiennent le droit à l'auto-détermination en matière de reproduction; aux services, à l'information et à l'éducation en matière de services de santé ; ainsi qu'à l'égalité et à la non-discrimination.
- relie la priorité actuelle de la qualité des soins dans les programmes de PF aux concepts de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.
- reflète les principes des programmes de santé publique et de droits humains.
- s'applique à toutes les phases du cycle de vie d'un programme (évaluation des besoins, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation, mise à échelle et pérennisation).
- présente l'importance des mécanismes de responsabilisation pour le redressement effectif des violations de droits et prise en charge des vulnérabilités présumées ou confirmées.
- encourage la capacité des personnes à faire un choix en santé reproductive qui est à l'abri de toute discrimination, violence et coercition.

S'ils sont de nature exhaustive, tous les aspects du Cadre n'ont pourtant pas besoin d'être mis en œuvre dans leur intégralité par toutes les organisations. Certaines pourront se concentrer sur le côté de l'offre et d'autres sur le côté de la demande dans le cadre des programmes de planification familiale. Certaines interviendront au niveau de la prestation de services et certaines se spécialiseront dans les programmes à base communautaire. D'autres encore chercheront à modifier les politiques. Par ailleurs, et parce qu'ils ont une vue complète du système, tous les acteurs pourront voir comment leurs programmes contribuent à répondre aux besoins des femmes et des hommes pour une planification familiale volontaire et fondée sur les droits humains. Les lacunes et failles du système pourront également être repérées.

Le Cadre est sous-tendu par les revues des données probantes et des outils disponibles qui peuvent aider à concrétiser une telle programmation. Les résultats complets de ces revues sont donnés dans deux documents accompagnant le présent document (Rodriguez et al., 2013 ; Kumar et al., 2013).

## **Application du Cadre et étapes suivantes recommandées**

Les actions suivantes sont recommandées pour progresser vers des programmes de planification familiale qui respectent, protègent et exercent les droits humains et pour garantir et sauvegarder de tels programmes :

- **Encourager un dialogue supplémentaire** aux niveaux mondial et national afin de faciliter les discussions autour des aspects fondamentaux de l'élargissement de l'accès à la planification



familiale — surtout pour les groupes peu desservis — ainsi que le respect, la protection et le plein exercice des droits humains.

- **Utiliser le Cadre conceptuel comme guide pour l'élaboration de programmes nationaux et l'assistance des donateurs aux termes de PF2020.**
  - Diffuser le Cadre conceptuel aux niveaux national et mondial, y compris *fournir un accès au Cadre et données probantes et outils connexes sur une plate-forme du web*, pour faciliter son utilisation.
  - Soutenir une revue supplémentaire du Cadre conceptuel par les parties prenantes aux niveaux national/local et mondial, continuant ainsi la discussion sur son utilisation pour guider les programmes et son adaptation aux contextes des divers pays.
- **Documenter davantage et évaluer les approches axées sur les droits** pour combler les lacunes dans notre connaissance des programmes basées sur les droits humains afin d'évaluer les résultats et effets tant sur le plan des droits humains que de la santé publique.
- **Mettre au point des directives et des outils servant à l'application du Cadre** pour l'élaboration de programmes visant à faciliter son utilisation au niveau du pays en question et par le biais du soutien des donateurs.
- **Mettre à jour et élargir le champ d'action des revues connexes de données probantes et outils** pour vérifier l'inclusion de tout le matériel pertinent et donner ainsi aux programmes un accès facile à l'information la plus pertinente et la plus récente.
- **Identifier un ensemble complet d'indicateurs** venant appuyer le Cadre, à tous les niveaux de fonctionnement d'un programme de planification familiale. Demander aux groupes de travail de PF2020 d'identifier un ensemble intégral d'indicateurs structurels, du processus et des effets pour suivre et évaluer une approche fondée sur les droits en matière de planification familiale.
- **Promouvoir l'innovation dans les approches de santé publique, basées sur les droits et des investissements supplémentaires dans des interventions** qui sont explicitement basées sur les droits. Accorder la priorité aux interventions supplémentaires renforçant l'habilitation individuelle, la participation communautaire et le renforcement des capacités.

## ABRÉVIATIONS

---

AFP	Advance Family Planning (project) ( <i>Planification Familiale Avance (projet)</i> )
AQ	assurance de la qualité
ICPD	International Conference on Population and Development ( <i>Conférence internationale sur la Population et le Développement</i> )
DAAQ	disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité
UNCESCR	United Nations Committee on Economic, Social, and Cultural Rights ( <i>Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU</i> )
DFID	(UK) Department for International Development ( <i>(Royaume-Uni) Département pour le Développement International</i> )
OHCHR	(United Nations) Office of the High Commissioner for Human Rights ( <i>Le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme</i> )
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees ( <i>Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés</i> )
IGWG	Interagency Gender Working Group ( <i>Groupe de travail interorganisations sur les questions du genre</i> )
IPPF	International Planned Parenthood Federation ( <i>Fédération internationale sur la planification familiale</i> )
MDG	Millennium Development Goal ( <i>Objectifs du Millénaire pour le Développement</i> )
WHO	World Health Organization ( <i>Organisation mondiale de la Santé</i> )
WHO/RHR	World Health Organization/Reproductive Health and Research ( <i>Organisation mondiale de la Santé/Santé et recherche en matière de reproduction</i> )
ONG	organisation non gouvernementale
PF	planification familiale
SIDA	syndrome de l'immunodéficience acquise
SIGS	système d'information pour la gestion sanitaire
SP	santé publique
SR	santé reproductive ou santé de la reproduction
SSR	santé sexuelle et reproductive
UNFPA	United Nations Population Fund ( <i>Fonds des Nations Unies pour la population</i> )
USAID	United States Agency for International Development ( <i>Agence des États-Unis pour le développement international</i> )
VIH	virus de l'immunodéficience acquise

# I. INTRODUCTION

---

## Contexte

L'occasion extraordinaire offerte à la communauté mondiale pour transformer les programmes de planification familiale dans le monde entier est venue du Sommet de Londres de 2012 sur la planification familiale au cours duquel plus de 150 leaders mondiaux, organismes internationaux, organisations de la société civile, fondations et le secteur privé, des pays donateurs et des pays en développement, ont engagé des ressources pour apporter, d'ici 2020, des services de planification familiale volontaire à 120 millions de femmes et filles en plus. Le sommet mettait en exergue « l'importance de l'accès aux contraceptifs sous sa double face de droit et de priorité de la santé et du développement transformationnels » (Bill & Melinda Gates Foundation et DFID, 2012 : 1). Le programme dont le dessein est d'atteindre ce but est connu à présent sous le nom de FP2020.

« Lorsque je voyage et que je parle aux femmes aux quatre coins de la planète, elles me disent que l'accès aux contraceptifs peut souvent faire la différence entre la vie et la mort. Il est question aujourd'hui de les écouter, de répondre à leurs aspirations et de leur donner le pouvoir de créer une vie meilleure pour elles-mêmes et leur famille. »

Melinda Gates, co-présidente de la Fondation Bill & Melinda Gates au Sommet de la planification familiale de Londres, 11 juillet 2012

Le Sommet de la planification familiale de Londres est le point culminant d'une décennie d'efforts déployés pour renouveler l'attention portée à la planification familiale. L'anniversaire marquant les 20 ans du jalon que fut la Conférence internationale sur la Population et le Développement (ICPD) s'approche et le monde dirige son regard au-delà du cadre actuel des Objectifs du Millénaire pour le Développement (MDG) vers un programme de développement post-2015. L'ICPD a positionné la planification familiale dans un vaste contexte de la santé reproductive et des droits humains. Dans le prologue de *Rapport sur l'état de la population mondiale en 2012* "Oui au choix, non au hasard," Babatunde Osotimehin, Directrice exécutive du Fonds

des Nations Unies pour la Population (UNFPA) indique que « le droit des individus de décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'ils désirent avoir et du moment où ils désirent en avoir est le principe directeur dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, y inclus de la PF depuis des décennies » (UNFPA, 2012). Aussi, l'ICPD et les MDG comprennent des cibles liées à l'accès universel à la santé, y compris la planification familiale. Le cadre des MDG a ajouté l'accès universel à la santé reproductive en tant que cible en 2007.

Il convient également dans le contexte d'autres activités de mentionner la Conférence d'Istanbul de 2001, "Meeting the Reproductive Health Challenge : Securing Contraceptives, and Condoms for HIV Prevention," pavant le chemin des initiatives de Reproductive Health Supplies Coalition ([www.rhsupplies.com](http://www.rhsupplies.com)) ; "Repositionnement de la planification familiale" (USAID, sans date/a) et "Avances de la planification familiale" (AFP,s.d.) et de l'adoption d'un but de planification familiale pour 2015 qui appuie l'MDG-5b (Ross et Stover, 2010). De plus, des conférences internationales de planification familiale se sont tenues en 2009 et 2011, et une troisième est prévue pour novembre 2013 — autant de signaux témoignant d'une visibilité accrue de la planification familiale dans le monde.

Dans ce contexte de réponse positive à la PF2020, y compris une déclaration de la société civile signée par 1000 organisations du monde entier, certaines organisations de la société civile élèvent une note de préoccupation craignant que le but numérique de 120 millions de nouveaux utilisateurs de la contraception d'ici 2020 ne vienne estomper l'approche axée sur les droits humains mise en avant par l'ICPD de 1994 (Girard, 2012 ; Khosla, 2012 ; Krishnan, 2012). L'autre préoccupation soulevée, c'est que le but du Sommet sur la PF crée une sorte de priorité pour les services accordés aux groupes urbains

qui probablement ont déjà accès aux services, et cela au détriment des femmes marginalisés, des hommes et des jeunes dont la couverture revient plus chère et qui se heurtent à des barrières financières, sociales et autres barrières entravant leur accès à de tels services. Devant de telles préoccupations, il devient plus que nécessaire de mettre au premier plan les droits en matière de reproduction, avec en soubassement des systèmes de responsabilisation qui vérifient que les programmes fournissent des services de planification familiale volontaires reposant sur les lois et les principes des droits humains.

Pour atteindre le but du Sommet PF2020, il faudra des « interventions qui seront mises en œuvre de manière à améliorer la santé, et [vérifier] que les efforts pour atteindre les objectifs nationaux et internationaux...n'entraînent pas une négligence ou une violation des droits humains » (Gruskin et al., 2007 : 452–453).

Ce but visant un nombre plus élevé de femmes auxquelles seront offertes des contraceptifs ne contrecarre pas le but plus vaste de la santé et des droits reproductifs de l'ICPD. De fait, un tel but attirera l'attention et suscitera les ressources pour la planification familiale, composante clé de la santé reproductive sous-financée depuis presque vingt ans. De fait, le Plan du Sommet note que la mise en œuvre de la PF2020 est en harmonie avec les principes de l'ICPD (voir Encadre 1).

Le besoin de renouveler l'attention à la planification familiale a été mis en exergue, les ressources ont été promises et la volonté politique est forte, offrant ce que Kingdon (1984) reconnaît un terrain très propice au changement transformationnel. Ce terrain saura être exploité si on réunit les diverses parties prenantes — représentant l'éventail complet de la planification familiale, de la santé reproductive, des droits humains et de la santé publique — pour mettre à profit les approches pertinentes à la programmation et créer les conditions pour atteindre le but de PF2020 (120 millions de nouvelles utilisations de la planification familiale volontaire) d'une manière qui garantisse le choix, le respect et l'exercice des droits humains.

## Forger un nouveau cadre conceptuel

Le principe du volontarisme représente depuis toujours le fondement même du soutien international pour la planification familiale avec l'adjonction explicite, surtout depuis 1994, de respecter, protéger et exercer pleinement la liste intégrale des droits humains. Par ailleurs, on n'a pas vraiment cherché, ou alors à de trop rares occasions, à relier le volontarisme et les droits humains dans un cadre opérationnel de grande ampleur qui servirait à guider les politiques et les programmes de planification familiale. Le présent document espère être une réponse à ce besoin et, partant, il comprend les axes suivants :

- Une discussion des droits humains et de leur relation à la santé reproductive et à la planification familiale
- Le tracé pertinent des mouvements de la planification familiale et de la santé reproductive et des droits en la matière, y compris les traits pertinents de l'héritage de la CIPD pour la mise en œuvre de PF2020
- Un nouveau cadre conçu pour soutenir des programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains

### Encadré 1. Planification familiale et santé et droits sexuels et reproductifs lors du Sommet de la PF à Londres

« Le Sommet et son suivi s'aligneront sur le cadre plus général de la santé et des droits sexuels et reproductifs mis en place par l'ICPD il a presque 20 ans de cela. Le Sommet attire l'attention sur l'équité et les droits ainsi que sur l'accès libre à toute une gamme de contraceptifs pour les femmes mariées et célibataires, les communautés marginalisées et les adolescents. »

Sommet de Londres sur la PF, 2012: 2

- Les actions recommandées pour faciliter la concrétisation des approches intégrées en santé publique et droits humains dans le cadre des programmes de planification familiale.

Le Cadre a été mis au point à l'aide d'un examen de l'histoire de la planification familiale et de discussions avec des experts. Des revues systématiques ont été faites de la littérature et de la base de données probantes sur la planification familiale volontaire fondée sur les droits humains et sur les outils nécessaires pour entreprendre de tels programmes.<sup>1</sup> Le Cadre conceptuel a été revu par plus de 150 personnes de plus de 25 pays par le biais d'une série de consultations en personnes ou sur le web et d'une consultation sur la planification familiale tenue sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) en avril 2013. L'on espère que ce travail et le Cadre qui en résulte contribuent effectivement à la mise en œuvre du programme PF2020.

---

<sup>1</sup> Voir deux documents connexes dans cette série, *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights : A Systematic Review of Evidence* (Rodriguez et al., 2013) et *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights : A Systematic Review of Tools* (Kumar et al., 2013).

## II. DROITS HUMAINS ET SANTÉ ET FONDEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE VOLONTAIRE FONDÉE SUR LES DROITS

---

### Droits humains et santé

Les droits humains sont les droits conférés aux personnes en vertu du fait qu'ils sont des être humains. « Les droits de l'homme sont des garanties universelles légales protégeant les individus et les groupes contre les actions et omissions qui interfèrent avec les libertés fondamentales, les droits et la dignité humaine » (UNHCR, 2006 : 1). Les droits humains sont des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels et ils sont entérinés dans les traités internationaux qui ont le statut de loi internationale. La Déclaration universelle des Nations Unies de 1948 sur les Droits de l'homme portent sur les droits civils, économiques, sociaux et culturels, stipulés dans des traités internationaux ayant force de loi internationale. La Déclaration universelle sur les Droits de l'homme de 1948 stipule toute une gamme de droits et les traités — comme le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels, garantissant le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint — identifient les droits de la personne juridiquement contraignants.

La Déclaration universelle des droits de l'homme investit les gouvernements du devoir suprême d'aider à atteindre le meilleur état de santé susceptible d'être atteint de par « le respect, la protection et le plein exercice des droits (empêchant que soient violés les droits ou en prévenant les violations de droits et en créant des politiques, structures et ressources qui favorisent le plein exercice et l'application de ces droits » (Gruskin et al., 2007 : 450).

Le contenu et la signification du **droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint** est expliqué le plus clairement par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, corps d'experts indépendant qui suivent l'application, par les États parties, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ON. Le Comité publie son interprétation du contenu des dispositions relatives aux droits humains sous forme d'observations générales. En 2000, il a publié l'Observation générale numéro 14 sur le droits au meilleur état de santé pouvant être atteint (Article 12 du Pacte international). La section sur le contenu de l'Article 12 apporte des détails sur **quatre éléments essentiels liés entre eux** du droit au meilleur état de santé possible : **disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité**.

La combinaison de ces éléments pose un solide base pour déterminer les obligations tant du gouvernement que des prestataires de santé liées au respect, à la protection et au plein exercice du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. La mesure dans laquelle les programmes rendent leurs services disponibles, accessibles et acceptables et assurent la qualité la plus élevée possible, tel que le stipule l'Observation générale numéro 14, est proportionnelle à la mesure dans laquelle ils peuvent invoquer le respect, la protection et la plein exercice du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. L'éventail des instruments des droits humains peut être utilisé non seulement pour responsabiliser les gouvernements à cet effet mais pour aussi pour guider les politiques et les programmes — qu'ils entrent dans le champ d'action du secteur public, du secteur à but non lucratif ou du secteur privé — vérifiant ainsi une information et des services disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité (Cottingham et al., 2010 ; Cottingham et al., 2012). De plus amples détails sur les traités, déclarations et pactes relatifs aux droits en matière de reproduction sont donnés en Annexe 1.

## Le fondement de la planification familiale volontaire et axée sur les droits humains

Le fondement de la planification familiale volontaire et axée sur les droits humains a été posé lors de la Conférence internationale de 1968 sur les droits de l'homme, dans sa proclamation: « les parents ont le droit à décider librement et avec discernement du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et de l'espacement de leurs naissances » (UN, 1968 : 4). Ce droit a été réaffirmé lors de trois conférences internationales tenues par la suite sur le thème de la population : Bucarest 1974, Mexique 1984, et le Caire 1994 (Singh, 2009).

La Conférence internationale sur la Population et le Développement, qui s'est déroulée au Caire en 1994, affirme que :

...les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme (UNFPA, 1994, Programme d'action paragraphe 7.3).

Erdman et Cook (2008 : 535) mentionnent **trois catégories générales des droits en matière de reproduction** dans lesquelles entre la planification familiale :

1. **Les droits à l'auto-détermination en matière de reproduction** (droit à l'intégrité du corps et à la sécurité de la personne et droits des couples et des individus à décider librement et avec discernement du nombre d'enfants et de l'espacement de leurs naissances)
2. **Droits aux services, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction** (y compris le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint)
3. **Droits à l'égalité et à la non-discrimination** (droit à prendre des décisions concernant la reproduction à l'abri de toute discrimination, coercition et violence)

« Les droits reproductifs sont le composite des droits humains qui protège contre les causes d'une mauvaise santé et encourage le bien-être sexuel et reproductif. »

Erdman et Cook, 2008 : 532

D'autres incluent à cette liste les droits à l'intimité et à la vie (Cottingham et al., 2012) et notent que la gamme des autres droits, comme le droit à l'éducation — bien qu'il ne s'agisse pas de droits en matière de reproduction à proprement parler — peuvent également être considérés comme des droits humains indivisibles de la santé reproductive et de la fécondité. Pour de plus amples détails sur la recherche du consensus sur la santé et les droits en matière de reproduction lors de l'ICPD de 1994 et le Consensus du Caire 20 ans après, voir Annexe 1.

## La gamme de violations des droits reproductifs et choix contraceptif

« En ne voyant que les violations flagrantes — comme la stérilisation sans consentement — les méthodologies des droits humains passent souvent à côté de violations plus subtiles mais plus répandues des droits humains. »

Jacobson, 2001 : 56

C'est parce qu'on ne retient souvent que les violations les plus flagrantes et les plus graves des droits en matière de santé de la reproduction — avortement forcé en Chine, stérilisation forcée en Inde et au Pérou et plus récemment parmi certaines femmes séropositives VIH — qu'on court le risque de passer à côté de formes plus insinueuses de violations de tels droits (Barot, 2012). En effet, certains programmes ou certains agents de santé forcent les clients à utiliser des méthodes de planification familiale qu'ils ne veulent pas utiliser, alors que d'autres dressent des barrières

pour empêcher les clients d'obtenir les méthodes de planification familiale qu'ils souhaitent utiliser. Certains de ces facteurs sont d'apparence subtile et déguisée et d'autres sont à visage découvert. Si la coercition attire le plus l'attention, ce pourtant toutes les conditions qui compromettent le droit d'une femme à faire un choix libre et informé qui constituent une violation de ses droits (EngenderHealth/RESPOND Project, 2013). Un approvisionnement insuffisant en produits contraceptifs efficaces et sans risques, les milles et une barrières auxquelles se heurtent les femmes pour accéder à la contraception et les services de médiocre qualité sont autant de violations des droits humains (Cottingham et al., 2012).

Tel que l'ont observé les experts qui ont participé à une consultation tenue en septembre 2010 sur L'Équilibre subtil : le choix contraceptif au 21<sup>e</sup> siècle, s'il est important d'améliorer la qualité des services de planification familiale, y compris les conseils, cela ne suffit pourtant pas à s'assurer que les femmes sont en mesure d'exercer leur droits et de faire leurs choix. Ils ont observé que, dans l'idéal, la personne prenant une décision en matière de santé reproductive et de planification familiale devrait être soutenue par le système de santé et les réseaux sociaux, et bénéficier également de la protection du contexte réglementaire et juridique (EngenderHealth/RESPOND Project, 2013).

S'il n'existe pas la combinaison "correcte" de méthodes contraceptifs, il n'en reste pas moins que la gamme de méthodes disponibles et leur accessibilité renforcent l'utilisation de la contraception (Ross et Hardee, 2012). En effet, on ne saurait dire qu'un programme qui offre un choix limité de méthodes est un programme qui offre un véritable choix à ses clients. S'ils veulent soutenir les droits reproductifs, les programmes devaient davantage être axés sur les clients que sur les méthodes et la voix des clients et le point de vue des clients devront être présents dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes. La décision quant aux méthodes qui seront offertes se fera en fonction des caractéristiques que préfèrent le plus les clients (WHO, 1994). Les droits des clients peuvent être renforcés par le biais du suivi et de l'évaluation menés régulièrement pour intégrer les points de vue des clients quant aux choix qui leur sont offerts et à la qualité des services fournis (EngenderHealth/RESPOND Project, 2013).



### III. PROGRAMMES FONDÉS SUR LES DROITS HUMAINS ET DE SANTÉ PUBLIQUE

---

Cherchant à atteindre le but de PF2020, les programmes demandent l'intégration des approches de santé publique et des droits humains. Les défis à relever pour y arriver et les tensions entre les deux approches ne datent pas d'hier (Mann et. al. 1999 ; PATH, 2001 ; Seltzer, 2002 ; Yamin, 2004 ; Sinding, 2007).

Jacobson (2001: 55) note que, « Les approches traditionnelles de santé publique et des droits humains reposent sur des cadres conceptuels différents et utilisent des méthodologies différentes dont les implications semblent elles aussi différentes pour les programmes.

Chacune de ces approches doit être repensée et réconciliée à un niveau pratique pour promouvoir les programmes de santé fondés sur les droits. » Dans l'optique de la santé publique, prédomine la santé des populations ou le bien-être de la majorité des gens alors que les droits humains sont axés sur l'individu. Et, pourtant, les principes éthiques de la santé publique ne sont nullement contraires aux

droits. Les trois grands principes éthiques des programmes de santé publique sont les suivants :

- **Bienfaisance** — devoir de maximiser les bienfaits et de minimiser les maux
- **Équité** — distribuer de manière égale les bénéfices
- **Autonomie** — défendre le droit des personnes à l'auto-détermination et protéger ceux dont l'autonomie est vulnérable (Shelton, 2001 : 15–16)

« Dans la quête d'un monde meilleur, les mérites vont tant à l'approche santé publique qu'à celle fondée sur les droits humains. Dans ces deux optiques différentes, nous devons chercher à harmoniser nos efforts. »

Shelton, 2001 : 22

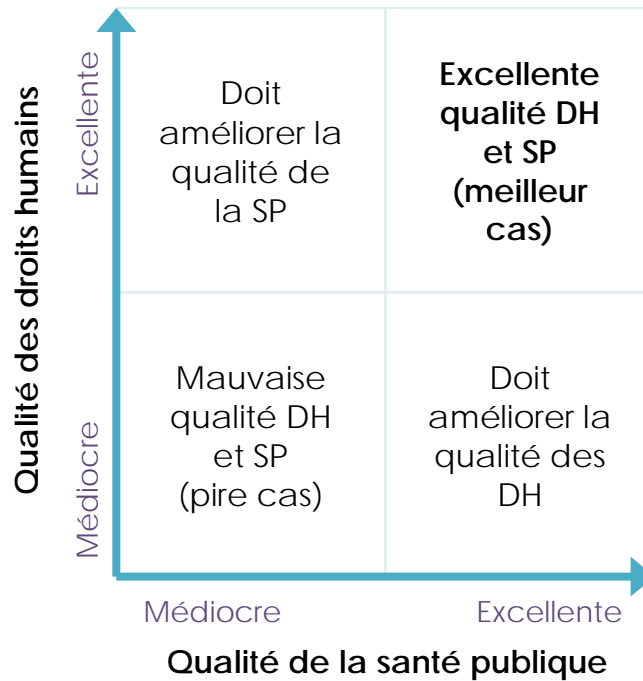
En fait, l'approche fondée sur les droits humains et l'approche basée sur la santé publique peuvent se renforcer mutuellement si les programmes cherchent effectivement à atteindre aussi les buts en santé publique que les buts en droits humains. La Figure 1 présente un cadre pour évaluer la qualité tant de la santé publique que des droits humains dans le cadre des programmes (Fédération internationale de la Croix rouge et Sociétés de la Croix rouge et Centre François-Xavier Bagnoud

Centre pour la santé et les droits de la personnes, 1999, cité dans WHO, 2001). Bien que l'on admette parfois que la santé publique puisse passer avant les droits humains, l'objectif pour la planification familiale est de vérifier que les programmes soient alignés aussi sur la santé publique que sur les droits humains. C'est tout particulièrement important au vu de la première phase de certains programmes de planification familiale qui ont imposé des buts démographiques qu'il fallait atteindre, tel que nous l'avons déjà mentionné ci-dessus. « L'introduction des droits humains dans la santé publique ne concerne pas l'imposition d'un résultat prescrit à l'avance mais les processus et leur application en vue d'obtenir le meilleur dividende possible de santé publique » (Gruskin et Loff, 2002 : 1880).

« L'hypothèse à la base, c'est que dans l'approche des droits humains, les droits individuels sont protégés à tout prix...Et, pourtant, l'approche fondée sur les droits ne privilégie pas la protection des droits individuels avant le bien public. »

Gruskin et Loff, 2002 : 1880

Figure 1: La qualité des droits humains et de la santé publique dans un programme



Citation : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et Centre François-Xavier Bagnoud Centre pour la santé et les droits de la personnes, 1999 ; cité dans WHO, 2001.

Les programmes, tant ceux basés sur les droits humains que ceux intervenant dans l'optique de la santé publique, sont mis conçus et mis en œuvre dans le dessein d'atteindre des résultats. La gestion axée sur les résultats (attention portée aux ressources, produits, effets et impact) est le moteur du programme qui est conçu, mis en œuvre et suivi en fonction des principes et résolution des droits humains à l'aide de processus participatifs et de mécanismes de responsabilisation (OHCHR, 2006 ; WHO, 2001).

## IV. PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE VOLONTAIRE FONDÉE SUR LES DROITS

Le droit des individus et des couples à décider librement et de manière responsable du nombre de leurs enfants et de l'espace de leurs naissances ainsi que l'accès à l'information et aux moyens nécessaires pour ce faire ont été opérationnalisés pour la première fois par le biais d'un soutien international à l'adhésion de la planification familiale volontaire. Le principe du volontarisme est présent dans toute l'assistance du gouvernement des États-Unis à la planification familiale (Ravenholt, 1968 ; US Congress, 1968 ; USAID, 1982 ; USAID, s.d./b ; Donaldson, 1990 ; Bongaarts et Sinding, 2009 ; Barot, 2012). Par exemple, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), qui pendant plus de 50 ans, a été le plus grand donateur international de l'assistance à la planification familiale (Robinson et Ross, 2007), note que son assistance est guidée par les **principes du volontarisme et du choix informé** :

- Les individus ont la **possibilité de choisir** volontairement s'ils veulent utiliser la planification familiale ou telle méthode spécifique de planification familiale.
- Les individus ont **accès à l'information** sur toute une gamme de choix en planification familiale, y compris les avantages et les risques que comportent telles méthodes particulières pour la santé.
- Les programmes **offrent** aux clients, soit directement soit par le biais de référence, **une vaste gamme de méthodes et de services**.
- Le **consentement volontaire et informé** des clients optant pour la stérilisation est **vérifié** par un document de consentement signé par le client ou la cliente (USAID, s.d./b).

Les mouvements accordant la priorité à la qualité des soins (Jain, 1989 ; Bruce, 1990 ; Lynam et al., 1993 ; Rama Rao et Mohanam, 2003 ; Jain et al., 2012), démarrés lors des années 80 et de plus en plus reconnus lors des années 90 et au-delà, ont galvanisé la planification familiale et donnent le tempo continu aux programmes. L'Initiative Maximiser l'Accès et la Qualité cherchait à élargir l'accès aux soins et à rehausser la qualité des soins ainsi qu'à baisser les barrières médicales entravant inutilement l'utilisation de la planification familiale (voir Encadré 2). Toutes ces initiatives étaient fidèles aux approches de santé publique ainsi qu'au droit des individus et des couples à décider librement et de manière responsable du nombre de leurs enfants et de l'espace de leurs naissances et d'avoir accès à l'information et aux moyens nécessaires pour y arriver. S'il est nécessaire de rehausser la qualité des soins, cela ne suffit pourtant pas pour vérifier que les droits sont respectés, protégés et exercés pleinement dans le cadre de ces programmes bien que cela vérifie directement l'obtention d'un des quatre éléments clés de leur droit au meilleur état de santé possible : à savoir l'élément de qualité. Cet élément et les autres trois — disponibilité, accessibilité et acceptabilité — sont définis de manière plus détaillée dans le chapitre 5 du présent document.

### Encadré 2. Accès, Qualité et barrières médicales à la planification familiale

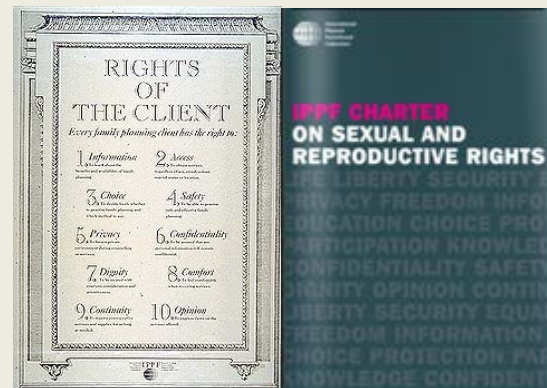
« L'accès à la planification familiale, à la qualité des soins ainsi que les barrières médicales aux services sont des facteurs essentiels dans l'adoption de la contraception. L'accès aide à déterminer si la personne entre en contact avec un agent de la planification familiale et la qualité des soins influence profondément la décision des clients d'adopter une méthode ainsi que la motivation de continuer de l'utiliser. Les barrières médicales sont des politiques qui ne se justifient pas sur le plan scientifique...et qui empêchent les clients de recevoir la méthode qu'ils ont choisie ou qui imposent des barrières inutiles entravant l'accès aux services. »

Bertrand et al., 1995 : 64

Dans le dessein de traduire dans les faits le fameux cadre de Bruce/Jain de la qualité des soins, à l'aide des approches d'amélioration de la qualité, un certain nombre d'outils ont été mis au point (Katz et al., 1993 ; Kols et Sherman, 1998), tel que COPE (EngenderHealth, 2003), l'Analyse situationnelle (Miller et al., 1997), et l'Enquête rapide de la qualité (MEASURE Evaluation, 2001), parmi tant d'autres. La Fédération internationale de la planification familiale (IPPF) énonce une liste de 10 droits des clients (voir Encadré 3) que les prestataires de services doivent respecter et appliquer pour offrir des soins de haute qualité (Huezo et Diaz, 1993). Le Projet SEATS II, parmi d'autres projets financés par l'USAID, avait pour mission « d'élargir l'accès et de renforcer l'utilisation à des services de planification familiale et de santé de la reproduction parmi les populations actuellement peu desservies » (SEATS, 2000 : xi). La notion de la mise à échelle de la qualité des soins dans le cadre de la planification familiale a aidé à façonner le cadre ExpandNet de la mise à échelle des pratiques innovantes (Simmons et al., 2002 ; [www.expandnet.net](http://www.expandnet.net)). Le Population Council a publié entre autres une série, *Quality/Calidad/Qualite*, traitant des réunions, études et expériences de terrain concernant la qualité des soins. Un des thèmes principaux dans les discussions à l'ICPD était celui de la promotion de la qualité des soins (Singh, 2009).

Dans le sillon de l'ICPD, la planification familiale et la santé reproductive sont envisagés dans le cadre plus général des droits en matière de reproduction (UNFPA, 1994 ; IPPF, 1996 ; Jacobson, 2000 ; DFID, 2004 ; Eager, 2004 ; Erdman et Cook, 2008 ; UNFPA, 2008 ; UNFPA, 2012 ; Cottingham et al., 2010 ; Cottingham et al., 2012). Depuis l'ICPD, certains autres donateurs ont adopté le cadre de la santé et des droits en matière de reproduction dans leurs programmes. En 2010, le Département du Royaume-Uni pour le développement international (DFID) a publié son cadre des résultats pour l'amélioration de la santé reproductive, maternelle et néonatale dans le monde en développement (DFID, 2010). Le DFID (s.d.) indique que sa vision est celle « d'un monde en développement où toutes les femmes sont en mesure d'exercer leur choix concernant la taille de leur famille et le moment idéal des naissances, un monde où aucune femme ne meurt en couches et où tous les nouveau-nés survivent et grandissent en bonne santé. »

Encadré 3. Affiche sur les droits des clients et Charte de l'IPPF sur les droits sexuels et reproductifs



D'autres initiatives ont été déployées pour promouvoir l'équité et vérifier que l'équité entre les genre est respectée dans tous les programmes de santé reproductive, y compris la planification familiale. Ces dernières années, l'équité en matière de planification familiale a été mesurée à l'aune de l'analyse de la disponibilité de services et de l'utilisation des quintiles sanitaires (Gwatkin et al., 2007 ; Ortayli et Malarcher, 2010 ; USAID | Health Policy Initiative, 2009 ; Saunders et al., 2010 ; Foreit et al., 2011 ; PATH, 2012). Depuis 1997, le Groupe de travail sur le genre interorganisations/USAID (IGWG)<sup>2</sup> soutient l'intégration du genre dans les programmes de développement et a produit un certain nombre de rapports, études et outils (voir <http://www.igwg.org/about.Aspx>). Par exemple, une étude — réalisée avec le soutien de l'équipe spéciale Genre, Accès et Qualité des soins de l'IGWG et l'Initiative Maximiser l'Accès et la Qualité — a évalué l'intersection entre le genre, l'accès aux soins et la qualité des soins dans

<sup>2</sup> Le Groupe de travail interorganisations sur le genre (IGWG), mis en place en 1997, est un réseau comprenant des organisations non gouvernementales, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), des organismes collaborateurs et le Bureau de santé globale de l'USAID. L'IGWG collabore avec des organisations multilatérales dont le WHO.

les programmes de santé reproductive en Inde, au Guatemala et au Kenya (Hardee, 2005). Deux autres évaluations commanditées par l'IGWG se sont penchées sur l'impact de l'intégration du genre dans les programmes de santé reproductive (Boender et al., 2004 ; Rottach et al., 2009). L'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, en traitant l'inégalité entre les genres, est également pertinente pour la planification familiale (Pulerwitz et al., 2006 ; Verma et al., 2008 ; Gay et al., 2012). L'engagement des Nations Unies face au respect des droits de l'homme est présent dans chacun de ces organismes et programmes. Le cadre des programmes de l'UNFPA est ébauché dans son document de 2008, *Cadre de santé sexuelle et reproductive : Une réalité pour tous* (UNFPA, 2008). L'WHO apporte son appui à la santé sexuelle et reproductive. « La vision de le WHO/SRR [santé et recherche en matière de reproduction] est la possibilité pour chacun d'atteindre le meilleur état possible de santé sexuelle et reproductive. Elle envisage un monde où est le droit de toutes les femmes et de tous les hommes à jouir de la meilleure santé sexuelle et reproductive possible est mis en avant et protégé et où toutes les femmes et tous les hommes, y compris les adolescents et les groupes peu desservis ou marginalisés, ont accès à une information et à des services de santé sexuelle et reproductive » (WHO/RHR, s.d.). L'IPPF a publié en 1996 la Charte des droits sexuels et reproductifs ainsi qu'une nouvelle édition en 2003. Des fondations comme la Fondation Ford et Open Society Foundation agissent en amont pour soutenir les droits en matière de reproduction.

## L'application concrète des droits humains à la planification familiale volontaire

S'il incombe aux gouvernements de respecter et de protéger les droits humains, c'est l'approche à la planification familiale fondée sur les droits humains qui assure que les valeurs et concepts des droits humains sont infusés dans tous les aspects des programmes (Cottingham et al., 2012). L'Encadré 4 relève la distinction entre les obligations juridiques des gouvernements sur le plan des droits humains et l'application de l'approche fondée sur les droits humains dans le cadre des programmes. Dans de tels programmes, l'attention est donnée non seulement aux résultats sur le plan de la santé mais aussi à la manière dont les programmes sont mis en œuvre.

Certes, il n'existe pas une seule définition valide de l'**approche fondée sur les droits humains**, bien qu'on puisse déployer une telle approche à la planification familiale le long des axes suivant (OHCHR, 2006 ; Gruskin, et al., 2007 ; UNFPA, 2010) :

- Analyser les *inégalités* se rapportant à la planification familiale et à la santé reproductive ainsi que les lois et politiques aux termes desquelles les programmes sont réalisés
- Vérifier que les plans, politiques et programmes sont *ancrés dans un système de droits et d'obligations correspondantes* stipulés par les conventions internationales et vérifier aussi qu'ils intègrent les *principes essentiels des droits humains comme la participation, la responsabilisation, la non-discrimination, et l'habilitation*
- Viser à mettre en place un système de prestation de services *équitable*
- Donner une place primordiale aux éléments clés du droit à la santé — *disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité* — en définissant les normes de la prestation de services

### Encadré 4. Décrire une approche fondée sur les droits humains

« Récemment se profilent deux approches distinctes et pourtant complémentaires. La première est l'**approche légale**. Elle utilise les normes des droits humains, le système formel des pactes internationaux sur les droits de l'homme, et insiste sur les obligations juridiques à respecter, protéger et exercer les droits. La seconde est l'**approche axée sur le développement**. Elle s'appuie sur les normes et principes des droits humains et adhère aux 'bonnes pratiques de développement' telles la participation et l'inclusion. »

DFID, 2005 : 2

- *Habiliter les individus eux-mêmes* — surtout les plus marginalisés — à *participer* à la formulation de politiques et tenir pour responsables ceux qui ont l'obligation d'agir.

Que signifie l'application des droits humains aux programmes de planification familiale dans les faits ? Cottingham et al. (2012) ont conclu que, dans l'optique des droits humains, l'accès universel à l'information et aux services contraceptifs repose sur la base des **priorités juridiques suivantes** :

- Formulation de plans concrets, aux niveaux national et local, qui favorisent l'accès universel
- Suppression des barrières juridiques et réglementaires
- Approvisionnement fiable et continu de produits de santé reproductive de haute qualité, y compris la gamme la plus large possible de contraceptifs sûrs et efficaces
- Recrutement d'agents de santé disposant des qualifications requises et recevant la supervision nécessaire. Agents qui respectent le caractère privé et confidentiel, donnent une information complète et exacte et vérifient le consentement libre et informé
- Entretien d'installations de haute qualité
- Levée des barrières financières entravant l'accès
- Mise en place de mécanismes efficaces de suivi et de responsabilisation pour vérifier le respect des droits humains et s'assurer que les autres engagements sont maintenus.

L'Encadré 5 présente les principes du Plan d'action du Sommet de la PF contenus dans l'approche axée sur les droits humains.

**Encadré 5. Principes à l'appui du but consistant à atteindre 120 millions de femmes supplémentaires d'ici 2020**

- Protection des droits humains des femmes et des filles, par le biais de politiques et mécanismes assurant le choix informé de toute une gamme de méthodes contraceptives de haute qualité, sûres, efficaces, acceptables et d'un prix abordable ; non-discrimination et assurance que les femmes et les filles sont entièrement informées et ne subissent aucune coercition.
- Intégration de la planification familiale dans la continuité des soins pour les femmes et les enfants (y compris les services liés au VIH) et mise en place de mécanismes qui lèvent les barrières entravant l'accès à l'information, aux produits et services de PF de haute qualité et à prix abordable. Mécanismes qui peuvent être adaptés et élargis pour répondre à un ensemble plus vaste de besoins non satisfaits de santé et de développement des femmes et des enfants.
- Accès universel à une information, à des services et produits de contraception volontaire dans le contexte de programmes intégrés pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive et respecter les droits en la matière et atteindre les cibles sanitaires des MDG.
- Conception et mise en œuvre de politiques et programmes dans l'optique de l'équité : suppression des barrières politiques et financières et mise en place de mécanismes de prestation publics et privés pour que les groupes les plus pauvres et les femmes et filles les plus vulnérables aient un accès facile à une information, des produits et des services de planification familiale abordables et de haute qualité.
- Autonomisation des femmes pour qu'elles décident des grossesses et du nombre d'enfants.
- Elaboration participative de plans nationaux en collaboration avec toutes les parties concernées, surtout les pauvres et les femmes et filles marginalisées.
- Solides partenariats parmi les parties concernées — communauté, gouvernements, dirigeants politiques, organisations de la société civile (organisations confessionnelles), secteur privé, donateurs, et organisations multilatérales — assurant des services de haute qualité, prise en charge des groupes les plus désavantagés, mise en place de soutien communautaire et prise de responsabilité face aux personnes desservies par le programme.
- Engagement face aux résultats, à la transparence et responsabilisation pour vérifier que les pays et la communauté mondiale suivent les progrès et évaluent la protection des droits humains ainsi que la couverture des pauvres et femmes et adolescentes marginalisées.

## V. LE CADRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE VOLONTAIRE FONDÉE SUR LES DROITS

---

### Formulation et bien-fondé du Cadre

Pour savoir exactement ce que doit comporter un programme de planification familiale volontaire axée sur les droits et comment il sera appliqué, une équipe du personnel et des consultants du Futures Group, d'EngenderHealth, et de la Fondation Bill & Melinda Gates<sup>3</sup> a préparé une version préliminaire d'un cadre conceptuel pour montrer clairement comment le volontarisme et les droits humains peuvent se renforcer mutuellement dans les programmes de planification familiale. S'inspirant des cadres existants pertinents et combinant leurs éléments,<sup>4</sup> en plus de la revue de documents sur les droits (Erdman et Cook, 2008), le présent nouveau **Cadre pour les programmes de planification familiale volontaire qui respecte, protège et exerce les droits humains** a été formulé aux fins suivantes :

- Décrire les éléments clés de la planification familiale en termes de droits, intégrant les principes de la santé publique et des droits humains.
- Offrir une approche pratique pour appliquer les droits reproductifs à la conception, à la mise en œuvre et au suivi et évaluation des programmes de planification familiale volontaire.
- Relier les ressources et activités du programme aux effets et à l'impact sur le plan de la santé publique et des droits humains.
- Montrer comment les pays peuvent investir et avancer vers la réalisation des droits en tant que partie intégrante du soutien de programmes de PF de haute qualité et de grande envergure.

Le Cadre vise à aider les décideurs, responsables de programmes, donateurs et la société civile, aux niveaux politiques, services, communautaire et individuelle, sur le plan de la conception, de la mise en œuvre et du suivi et de l'évaluation des programmes en soudant la « fissure entre théorie et pratique...en traduisant les normes des droits humains en directives concrètes applicables à divers contextes de politiques et circonstances nationales » (Arbour, OHCHR, 2006 : 3). Le Cadre vise à définir l'impact souhaité et propose une voie systémique pour y arriver. Aussi, aide-t-il à répondre aux questions clés suivantes :

- Que faut-il faire — et qu'est-ce qui doit être en place — pour vérifier qu'un programme de planification familiale est volontaire et respecte, protège et exerce les droits humains ? (ressources et activités)
- A quoi ressemble un programme de planification familiale volontaire qui respecte, protège et exerce les droits ? (produits)
- Quels sont les résultats souhaités d'un programme de planification familiale volontaire qui respecte, protège et exerce les droits ? (effets)
- Qu'espère-t-on accomplir avec la mise en œuvre d'un programme de planification familiale volontaire qui respecte, protège et exerce les droits ? (impact)

---

<sup>3</sup> L'équipe comprend des experts en matière de programmes nationaux et internationaux de planification familiale, politiques, suivi et évaluation, droits reproductifs et genre. Cette expertise a été renforcée par des revues faites par diverses parties concernées aux niveaux mondial, régional et national.

<sup>4</sup> Les cadres revus sont les suivants : Cadre de la qualité des soins liés à la planification familiale (Bruce, 1990), droits des clients et besoins des prestataires (Huezo et Dias, 1993), Choix en planification familiale : Prise de décision informée et volontaire et Guide d'évaluation SEED pour la planification familiale (EngenderHealth, 2003 et 2011).

## *Aspects à envisager*

Appliquant les lois et principes des droits humains aux cadres des programmes de planification familiale et de la qualité des soins, ce nouveau Cadre conceptuel fusionne en un schéma unique ce que l'on considérait jusqu'alors comme des lignes de pensée parallèles et, partant, il concrétise la question des droits en planification familiale. La priorité des droits et la priorité des programmes de planification familiale informée et volontaire vont main en main. Le cadre de la qualité des soins de Bruce/Jain (Bruce, 1990) et les droits des clients et besoins du personnel de santé de l'IPPF (Huezo et Diaz, 1993) sont des exemples notables de ces liens. Le Cadre comprend un langage du volontarisme et des droits montrant la compatibilité des approches.

L'inclusion des droits humains dans la planification familiale demande également que soient mis en place des mécanismes qui soutiennent la responsabilisation, la justification des actes et les mesures à prendre pour redresser toute violation des droits. À cet effet, le Cadre fait une place importante aux systèmes qui suivent et notifient les violations des droits, dont le droit de décider librement et sans discrimination du nombre d'enfants et de l'espacement de leurs naissances.

Le Cadre encourage à aborder la planification familiale dans une optique holistique, axée sur le client, dans les systèmes de soins de santé, traitant des facteurs affectant les droits humains et le choix et l'utilisation de la planification familiale. Il tient aussi compte des contextes, aux niveaux national et mondial, dans lequel fonctionnent les programmes de planification familiale. De plus, il reflète le contexte actuel des programmes de santé et son but consistant à arriver à une couverture universelle par le biais du renforcement des systèmes de santé à la place des programmes verticaux. En effet, si les programmes verticaux sont plus faciles à mettre en œuvre, on a constaté par ailleurs qu'ils sont moins efficaces que les systèmes de santé qui ont la capacité financière et humaine de fournir des services intégrés essentiels.

La couverture universelle ne pourra être atteinte que si l'on cherche à remédier aux disparités entre les groupes de la population, surtout ceux marginalisés et désavantagés — comme les jeunes, les personnes vivant avec le VIH, les ouvriers migrants, les personnes déplacées ou celles attrapées dans un conflit armé — et bien souvent n'ont guère accès à des services de soins de santé. L'approche des droits humains cherche à réparer ces disparités et, partant, l'approche des droits humains à la prestation de la planification familiale, dans le cadre des programmes de santé sexuelle et reproductive, aider à obtenir l'accès universel aux services qui respectent, protègent et, dans la mesure du possible, exercent les droits humains.

Le Cadre reflète le discours récent sur les déterminants sociaux de la santé (WHO, s.d.), articulés clairement par le CIPD. Sen (2010 :143) a noté que l'ICPD « reconnaissait que les individus ne peuvent faire des choix libres et responsables sur le nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et quand ils veulent les avoir que s'ils peuvent déterminer comment, quand et dans quelles conditions ils veulent avoir des relations sexuelles, co-habiter ou se marier et uniquement si ces décisions sont libres de coercition et de violence et sont prises avec l'autonomie complète d'un adulte. L'ICPD reconnaissait la centralité des relations de pouvoir basées sur l'âge et le genre. »

Notons que le Cadre ne traite pas des activités en matière d'avortement. La définition de la planification familiale utilisée ici concorde avec la définition de l'ICPD qui indique (Paragraphe 8.25) « à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique » et que « l'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. »



## Composantes du Cadre

Le cadre (voir la figure 2) est conçu comme un modèle logique, reliant les **ressources** et les **activités** aux **produits** et aux **effets** et **impacts** déterminés pour FP2020.<sup>5</sup> Il

- Regroupe les ressources nécessaires aux **niveaux politiques, services, communautaire et individuel** pour arriver aux résultats et à l'impact escompté sur le plan de la santé publique et des droits humains
- Situe ces quatre niveaux dans le contexte du pays qui détermine tant le côté offre que le côté demande de la planification familiale
- Montre comment ces quatre niveaux soutiennent les trois grandes catégories des droits reproductifs (D) :<sup>6</sup>
  - Droits à l'auto-détermination en matière de reproduction
  - Droits aux services, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive
  - Droits à l'égalité et à la non-discrimination
- Relie la priorité actuelle accordée à la qualité des soins aux éléments DAAQ :<sup>7</sup>
  - Disponibilité
  - Accessibilité
  - Acceptabilité
  - Qualité
- Reflète les principes des programmes de santé publique et de droits humains :
  - Santé publique — bienfaisance, équité, autonomie
  - Droits humains — participation, responsabilisation, non-discrimination, habilitation et liens aux traités internationaux
- S'applique à toutes les phases du cycle de vie d'un programme (évaluation des besoins, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation, mise à échelle, et pérennisation)
- Présente l'importance des mécanismes de responsabilisation pour un redressement efficace des violations des droits et prise en charge de vulnérabilités indiquées ou confirmées
- Encourage les individus à prendre à prendre des choix en matière de santé reproductive qui sont libres de discrimination, violence et coercition.

Le Cadre pousse les planificateurs des programmes à penser plus loin que ce qui se passe lors des contacts entre le client et le prestataires pour réfléchir aux effets de l'environnement de politiques et de ressources (est-ce que celui soutient ou entrave le choix et l'accès aux méthodes ainsi que les droits des clients ?) ainsi que les facteurs communautaires (est-ce que les normes socioculturelles et celles liées au genre soutiennent le droit des clients et leur capacité à prendre des décisions autonomes en matière de PF?). Il guide la réflexion systématique allant de ce qui passe au point du service de santé jusqu'au programme pris dans son entier. Il ne reste pas simplement au niveau du service individuel.

---

<sup>5</sup> Groupes travaillant sur les effets et impacts associés à PF2020 et aux indicateurs et systèmes de suivi et d'évaluation pour les mesurer sont les suivants : Groupe de travail du suivi et de la responsabilisation et Groupe de travail sur les droits et l'habilitation.

<sup>6</sup> Voir Erdman et Cook, 2008 pour de plus amples informations sur ces catégories.

<sup>7</sup> Voir la section "Produits" de ce chapitre pour une définition et discussion de ces termes DAAQ.

D'une grande portée, le Cadre ne devra pourtant pas être exécuté dans toutes ces facettes par toutes les organisations. Certaines se concentreront sur le côté offre et d'autres sur le côté demande des programmes de planification familiale. Certaines interviendront au niveau de la prestation de services, alors que d'autres se spécialiseront dans les programmes au niveau communautaire. D'autres encore chercheront à influencer le contexte de politiques. À l'instar d'ailleurs des donateurs qui pourront décider des aspects des programmes que leurs missions ou stratégies soutiendront. Mais parce qu'ils disposent d'une vue d'ensemble sur un système complet, tous les intervenants verront comment leurs programmes aident à répondre aux besoins des femmes et des hommes pour une planification familiale volontaires et fondée sur les droits humains. Les failles du système pourront également être dépitées.

## Revue des preuves et outils à l'appui

Au cours de l'élaboration du Cadre, l'équipe a effectué un (1) examen de la littérature présentant des données probantes sur la planification familiale volontaire et fondée sur les droits afin de mettre en exergue les pratiques qui encouragent une approche fondée sur les droits pour atteindre les résultats souhaités sur le plan de la santé publique et exercice des droits et (2) un examen des outils disponibles qui pourront aider à concrétiser l'approche volontaire fondée sur les droits. Jusqu'au moment du présent travail, aucune revue systématique n'avait été faite de la planification familiale fondée sur les droits et il fallait donc faire une recherche de données probantes et d'outils susceptibles d'appuyer l'élaboration des composantes du Cadre. L'équipe a synthétisé les résultats en fonction des composantes et quatre niveaux du Cadre, délimitant ainsi clairement les actions ou facteurs clés qui devront être adoptés ou envisagés par les programmes de planification familiale.

La **revue de la littérature** s'est concentrée sur les interventions, évaluations et études de cas pertinentes dans le but de mieux comprendre les éléments qui entrent dans la composition d'un programme réussi de planification familiale volontaire et basé sur les droits. Il n'existe pas de définition d'une approche fondée sur les droits à la planification familiale et les données probantes sur les programmes basés sur les droits sont donc elles aussi limitées. Aussi, la revue ne saurait être prise pour un examen de vaste portée mais plutôt comme un bon point de départ d'une recherche continue. Voici le type de questions guidant la stratégie de recherche :

1. Comment pouvons-nous nous assurer que les programmes de santé publique visant à élargir l'accès et à augmenter l'utilisation de la planification familiale sont volontaires et respectent et protègent les droits dans la manière dont ils sont conçus, mis en œuvre et évalués ?
2. Qu'est-ce qui permet de promouvoir la planification familiale volontaire fondée sur les droits ? Ou quels sont les outils ou interventions basés sur les droits qui augmentent la demande et/ou l'accès à la planification familiale ? (prestation de services) ?
3. Quelles sont les données probantes qui viennent soutenir l'approche fondée sur les droits à la planification familiale ?

La recherche de littérature (bases de données, sites web, recherche manuelle) visait à trouver des références aux éléments suivants :

1. Tout "principe" des droits en matière de reproduction ou habilitation/autonomie du choix (peut inclure les "approches")
2. "Outils" ou "approches" qui peuvent être utilisés dans les programmes de planification familiale qui soutiennent les droits et l'habilitation en matière de reproduction
3. "Études d'intervention" dans les programmes de planification familiale

Les résultats de la revue de 350 documents ont été classés dans les catégories correspondant aux quatre niveaux du cadre conceptuel : politiques, services, communauté,<sup>8</sup> et individu. En gros, les résultats ont mis en relief certaines actions/interventions nécessaires aux fins suivantes:

- *Niveau politiques* — Les conditions de gouvernance (surtout l’engagement politique) et la responsabilisation (surtout face à la communauté) soutiennent des programmes de planification familiale qui respectent, protègent et exercent les droits (surtout dans le domaine de l’information, des fournitures et des services).
- *Niveau services* — Les éléments de la qualité des soins (qualité, accessibilité, disponibilité et acceptabilité) guident la mise au point de programmes à l’aune de normes de soins les plus élevées, protégeant ainsi les principes intrinsèques des droits humains (surtout dans les domaines de la combinaison de méthodes, compétence technique et intégration de services).
- *Niveau communautaire* — Les environnements politiques, financiers et sociaux stimulés par la participation efficace de divers groupes communautaires (surtout les jeunes) à tous les aspects de l’élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des politiques et programmes de planification familiale (surtout dans les domaines de la formulation de politiques, du financement et des normes sociétales et de l’équité).
- *Niveau individuel* — Les divers contextes dans lesquels vivent les individus et qui favorisent le plein exercice de leurs droits (surtout dans les domaines du comportement, de la connaissance, de l’accès à l’information et aux services et de l’habilitation et de la participation).

Les principales ressources et activités identifiées à chaque niveau sont données dans le Cadre. Voir le document qui accompagne cette série, *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights : A Systematic Review of Evidence*, pour de plus amples détails sur l’approche, la stratégie de recherche et les données probantes revues par niveau, y compris les lacunes de connaissance identifiées (Rodriguez et al., 2013).

La revue des outils disponibles en matière de PF s’est concentrée sur ceux qui aident effectivement à opérationnaliser les composantes d’une approche volontaire, fondée sur les droits, à la planification familiale. La stratégie de recherche se penchait sur les évaluations ou expérience d’utilisation des outils. Trois cent cinquante documents de ressources ont été revus et 150 d’entre eux ont été classés dans les mêmes quatre catégories du cadre — politiques, service, communautaire et individuel — plus un cinquième de nature transversale (associé à tous les quatre niveaux) et, ensuite, rangés encore une fois par catégorie suivante :

- Formation
- Evaluation
- Cadre
- Méthodologie
- Mise en œuvre
- Outils de travail

---

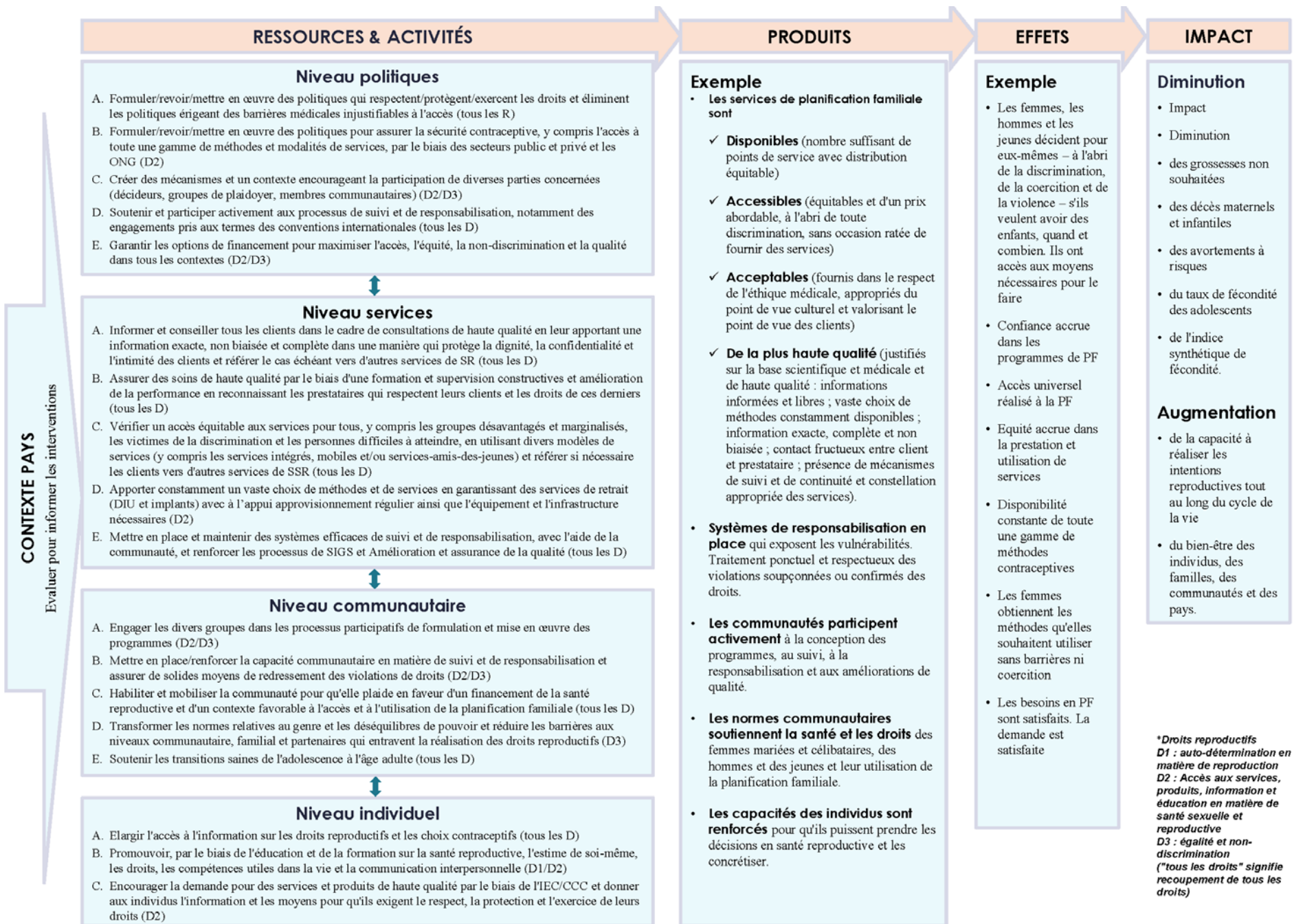
<sup>8</sup> La revue de l’équipe au niveau communautaire se concentrait sur la participation communautaire car une revue exhaustive de la riche littérature sur les approches participatives, l’habilitation communautaire et le renforcement des capacités communautaires n’entraient pas dans la portée de la présente étude.

Vingt-neuf des 150 outils inclus traitent explicitement des droits humains ou des droits reproductifs bien que cela ne veuille pas dire que les documents restants indiquent un manque de soutien aux droits humains ou reproductifs (les références étaient quelque peu implicites). Le bilan de la revue est le suivant :

- Une évaluation supplémentaire devra être faite pour déterminer le potentiel d'un outil ou l'efficacité comparative comme outil pour mettre en œuvre des programmes de planification familiale qui respecte, protège et garantissent le plein exercice des droits.
- Des lacunes existent dans un grand nombre d'outils et d'indicateurs pour suivre et assurer la responsabilisation
- La plupart des outils se concentrent davantage sur la qualité des soins et pas spécifiquement sur l'habilitation ou la participation ou les droits du client.

Voir le document qui accompagne cette série, *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights : A Systematic Review of Tools*, pour plus amples détails sur les documents de ressources revus et les résultats par catégorie (par catégorie et type) (Kumar et al., à paraître).

Figure 2. Cadre pour des programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains



## Ressources et activités

### Contexte du pays

Le cadre reconnaît que les programmes de planification familiale sont influencés par les contextes politiques, sociaux, culturels et économiques. Il est important d'évaluer ce contexte général, aussi bien dans le dessein d'intervenir dans un tel contexte que dans celui de procéder à des changements de ce contexte pour promouvoir et mettre en œuvre des programmes de planification familiale volontaire qui respectent et protègent les droits. Une telle analyse est fort utile du fait que le processus lui-même au même titre que l'analyse et les recommandations qui en découlent servent à saisir pleinement l'importance de la collaboration entre les disciplines et les secteurs afin de repérer et de réduire les barrières entravant l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, surtout pour les groupes vulnérables.

Actions clés à ce niveau :

- Evaluer le contexte national et mondial dans son ensemble — dans lequel est dispensée la planification familiale volontaire fondée sur les droits humains — et utiliser les résultats pour étayer les interventions à tous les niveaux, y compris les interventions destinées aux groupes marginalisés et vulnérables :
  - **Gouvernance générale du pays**, y compris les six dimensions de la gouvernance globale tel qu'indiquées par la Banque mondiale — responsabilisation et voix, stabilité et soutien politique, État de droit et qualité de la réglementation, efficacité gouvernementale, relations et dynamique du pouvoir et lutte anti-corruption.<sup>9</sup>
  - **Gouvernance de la santé**, y compris la gestion de la santé par le gouvernement (renforcement des systèmes de santé en posant les fondements des systèmes de santé) ainsi que de la planification familiale/santé reproductive.
  - **Financement/ressources**, y compris la disponibilité du financement aux niveaux national et local pour la santé, la santé reproductive et la planification familiale.
  - **Contexte de la politique de santé**, y compris les politiques relatives à la planification familiale (maternité sans risques, services amis-des-jeunes) et à l'état de santé (morbidité et mortalité maternelles, mortalité infantile, état de santé infantile).
  - **Contexte socioculturel et normes relatives au genre**, y compris les normes affectant les populations marginalisées.
  - **Participation de diverses parties concernées**, y compris l'engagement de la société civile, des communautés et des intervenants des secteurs public et privé.
  - **Respect des accords internationaux relatifs aux droits de l'homme**, y compris les lois et politiques nationales.
  - **Responsabilisation internationale** des bailleurs de fonds et autres intervenants mondiaux, y compris les effets au niveau national.
  - **Mécanismes de responsabilisation nationale** en place, y compris les moyens pour redresser les violations des droits aux termes du devoir des états de respecter, de protéger et de veiller au plein exercice des droits humains (entités suivant l'application des traités,

---

<sup>9</sup> Une bonne gouvernance est définie par un classement élevé le long de ces dimensions (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.Asp>). Dans gouvernance sont comprises les activités réalisées par des entités gouvernementales élues et nommées comme les parlements, les ministères et les organismes réglementaires. La gouvernance s'applique également aux sociétés privées, aux organisations de plaidoyer de la société civile, aux groupements communautaires et aux particuliers.

tribunaux des droits humains, courts internationales), y compris la responsabilisation des intervenants privés et la justification de l'assistance internationale.

### ***Niveau politiques***

Une politique favorable est retenue comme l'un des 10 éléments d'un programme réussi de planification familiale (Richie et Salem, 2008). La formulation de politiques — si elle est forcément nécessaire sans être toutefois suffisante pour garantir une planification familiale volontaire fondée sur les droits — relève d'un processus complexe faisant intervenir toute une gamme d'acteurs avec des demandes et priorités différentes (Walt et al., 2008 ; Buse et al., 2010). Les politiques, les lois, les directives opérationnelles, les plans stratégiques et autres instruments relatifs aux politiques — non seulement dans le secteur de la santé mais aussi dans d'autres secteurs d'un pays — guident la mise en œuvre du programme de planification familiale et vérifie qu'elle respecte, protège et veille à l'exercice des droits. Par exemple, en Amérique latine et en Afrique, les ministères de la santé et de l'éducation ont signé et adopté des déclarations engageant leurs gouvernements à commanditer la fourniture d'une éducation sexuelle, dans l'optique des droits humains (Cottingham et al., 2012).

Le niveau politiques englobe les actions ou facteurs qui influencent les politiques — et partant le climat favorable — qui déterminent l'accès et le traitement équitables, les ressources adéquates ; une bonne gouvernance et la gestion et justification des actes afin de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des informations et services de PF.

#### *Créer un environnement favorable pour les programmes de planification familiale*

##### **A. Formuler/revoir/mettre en œuvre des politiques qui respectent/protègent/exercent les droits et éliminent les politiques érigeant des barrières médicales injustifiables à l'accès (tous les R)**

- Formuler des lois et politiques garantissant que les services de planification familiale sont suffisamment disponibles ; accessibles du point de vue physique et économique pour toutes les personnes sans aucune discrimination ; acceptables — respectueux de la culture et de la confidentialité ; et de la meilleure qualité possible
- Protéger la santé reproductive et les droits humains des femmes
- Soutenir la prévention de pratiques nocives (mariage d'enfants, violence sexospécifique, excision génitale de la femme) ainsi que la connaissance des violations de droits et maux causés par de telles pratiques
- Vérifier l'accès équitable aux services pour tous les groupes (sans discrimination en respect du caractère ethnique, de l'âge et du niveau de revenus)
- Assurer le niveau le plus élevé de santé reproductive et remédier aux facteurs responsables d'une mauvaise santé sexuelle et reproductive (SSR)
- Éliminer les barrières injustifiables entravant l'accès (critères d'éligibilité des clients) ou politiques stipulant des quotas à atteindre, par méthode ou performance, ou incitations qui sont de nature coercitive.
- Fixer des normes de services et faciliter la transition et le partage de tâches et élargir l'accès à toute une gamme de méthodes sûres et efficaces
- Protéger le caractère privé de la consultation et de l'entretien dans les services de santé
- Encourager l'apport d'une éducation sexuelle intégrale et l'accès à l'information sur la planification familiale (dans les services de SSR)
- Élargir l'accès à l'information sur les droits reproductifs pour permettre le choix et le sentiment d'avoir droit à des services de haute qualité (R2)

- B. Formuler/revoir/mettre en œuvre des politiques pour assurer la sécurité contraceptive, y compris l'accès à toute une gamme de méthodes et modalités de services, par le biais des secteurs public et privé et les ONG (D2)**
- Vérifier l'application de la Liste des médicaments essentiels de le WHO
  - Vérifier un approvisionnement régulier des contraceptifs, des fournitures et du matériel
  - Vérifier que les ministères et les donateurs concernés collaborent à la budgétisation des fournitures de SR
  - Renforcer la capacité des systèmes d'approvisionnement et de collecte de données pour suivre les besoins en santé et les stocks nécessaires
  - Mettre en place un système efficace de chaîne d'approvisionnement et de passation de marché, en utilisant un mécanisme de suivi qui permet à tous les partenaires de suivre l'état des stocks et d'améliorer le système de distribution
  - Collaborer avec des instituts de recherche, des fabricants, des organisations de prestation de services et d'éventuels utilisateurs pour mettre au point des technologies contraceptives sûres, efficaces et acceptables qui répondent aux besoins des clients
- C. Créer des mécanismes et un contexte encourageant la participation de diverses parties concernées (décideurs, groupes de plaidoyer, membres communautaires) – y compris les intervenants des secteurs public et gouvernemental au niveau décentralisé ; des organisations de la société civile, y compris les groupements féminins et les groupes de droits humains aux niveaux national et communautaire ; des personnes pauvres, vulnérables et marginalisées et autres groupes clés de la population ; des dirigeants communautaires et religieux ; des intervenants du secteur privé et intervenants de secteurs connexes – aux fins suivantes (D2/D3)**
- Contribuer à fixer des priorités et des normes pour les politiques/programmes de PF
  - Organiser un plaidoyer pour la réforme de la planification familiale
  - Suivre les politiques et les programmes (voir point D)
  - Répondre aux voix et demandes des groupes pauvres et vulnérables
  - Evaluer et traiter les facteurs environnementaux qui érigent des barrières entravant l'utilisation de la planification familiale
- D. Soutenir et participer activement aux processus de suivi et de responsabilisation, notamment des engagements pris aux termes des conventions internationales (tous les D)**
- Vérifier l'existence de systèmes adéquats de suivi et d'évaluation et de données suffisantes (désagrégées par âge et sexe) afin de faciliter un processus ponctuel du suivi et de la responsabilisation
  - Suivre l'action et le suivi des engagements face à des pactes internationaux sur les droits humains (par exemple, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes)
  - Soutenir les organisations de la société civile et d'autres organismes (par exemple, des groupements féminins et groupes clés de la population) pour suivre les politiques gouvernementales et des aspects clés de la PF comme la qualité des soins
  - Vérifier que le gouvernement suit la qualité des services et l'utilisation accrue de la planification familiale
  - Mettre en place ou renforcer les mécanismes de responsabilisation et les mécanismes de droits humains pour traiter les violations de droits (y compris la discrimination ou la coercition) ; créer des moyens de redressement des violations et appliquer des outils de suivi de droits (audits d'équité)



- Suivre les octrois budgétaires pour s'assurer la santé reproductive reçoit sa part
- E. Garantir les options de financement pour maximiser l'accès, l'équité, la non-discrimination et la qualité dans tous les contextes (D2/D3)**
- Vérifier l'existence de mécanismes de financement et ressources, nationales et internationales, pour étendre la couverture des services de planification familiale et assurer l'accès à toute une gamme de méthodes et de services pour tous (y compris les groupes pauvres et vulnérables)
  - Identifier et restructurer les plans de financement pour qu'ils aident à éliminer les barrières entravant l'accès aux services et aux produits de la PF
  - Garantir une rubrique budgétaire pour les produits, l'équipement, les fournitures et les services de PF

### ***Niveau services***

La prestation de services de haute qualité qui répondent aux besoins sur le plan de la santé reproductive et qui respectent, protègent et assurent le plein exercice des droits attire une attention ciblée au niveau services. Tel que le remarque le présent document, notre Cadre conceptuel puise dans les cadres existants, surtout celui des Eléments fondamentaux de la qualité des soins (Bruce, 1990), celui des droits des clients et besoins des prestataires de l'IPPF (Huezo et Diaz, 1993), et la charte des droits reproductifs de l'IPPF (IPPF, 1996). La plupart des données probantes et des outils retenus par la revue systématique réalisée aux fins du présent document se rapportent au niveau service.

Le niveau services comprend toutes les modalités de prestation, y compris les secteurs public et privé, et les ONG ; les services fixes et mobiles ainsi que le marketing social. Au niveau services, le Cadre envisage les actions et mesures qui influencent la capacité du système de santé à rendre disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité les services de planification familiale volontaire (services qui répondent aux droits des clients et aux besoins du personnel de santé) aussi bien dans les établissements de santé que dans les communautés.

*Fournir une information, des services et des produits de planification familiale équitables et de haute qualité*

- A. Informer et conseiller tous les clients dans le cadre de consultations de haute qualité en leur apportant une information exacte, non biaisée et complète dans une manière qui protège la dignité, la confidentialité et l'intimité des clients et référer le cas échéant vers d'autres services de SR (tous les D)**
- Conseiller régulièrement les clients et respecter et protéger leurs droits à prendre des décisions autonomes quant au type de méthode de planification familiale qu'ils veulent utiliser
  - Protéger l'intimité et la confidentialité des clients
  - Traiter la violence sexospécifique et forger des liens avec les programmes de lutte contre la violence sexospécifique de nature plus générale
- B. Assurer des soins de haute qualité par le biais d'une formation et supervision constructives et amélioration de la performance en reconnaissant les prestataires qui respectent leurs clients et les droits de ces derniers (tous les D)**
- Apporter une formation, une supervision et des ressources adéquates aux prestataires de services (y compris la connaissance et les compétences techniques et la connaissance des droits des clients) pour assurer la maîtrise technique et réduire les biais, la stigmatisation et la discrimination

- C. **Vérifier un accès équitable aux services pour tous, y compris les groupes désavantagés et marginalisés, les victimes de la discrimination et les personnes difficiles à atteindre, en utilisant divers modèles de services (y compris les services intégrés, mobiles et/ou services-amis-des-jeunes) et référer si nécessaire les clients vers d'autres services de SSR (tous les D)**
- Garantir l'accès, y compris pour les femmes et les filles vivant avec le VIH, les femmes et les filles vivant dans des situations de conflit et crises humanitaires, les pauvres et les habitants des zones rurales
  - Fournir des services aux niveaux de l'établissement de santé et de la communauté
  - Intégrer si c'est approprié la PF et les services de lutte contre le VIH et de santé maternelle, néonatale et infantile
- D. **Apporter constamment un vaste choix de méthodes et de services en garantissant des services de retrait (DIU et implants) avec à l'appui approvisionnement régulier ainsi que l'équipement et l'infrastructure nécessaires (D2)**
- Offrir régulièrement un vaste choix de méthodes à tous les clients, sans discrimination, pour répondre à l'éventail complet des préférences des clients et intentions en matière de reproduction
  - Garantir des stocks fiables et suffisants de fournitures, instruments et matériel, ainsi que l'infrastructure nécessaire pour maintenir une prestation ininterrompue de services de haute qualité
  - Fournir une formation portant sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement aux niveaux central, district et local
- E. **Mettre en place et maintenir des systèmes efficaces de suivi et de responsabilisation, avec l'aide de la communauté, et renforcer les processus de SIGS et Amélioration et assurance de la qualité (tous les D)**
- Vérifier que le respect et la protection des droits sont intégrés aux indicateurs, procédures et pratiques de suivi de la performance et de responsabilisation
  - Engager les communautés dans le suivi du programme et mettre en place un mécanisme de feedback des clients
  - Mettre en place des mécanismes pour enquêter sur les vulnérabilités des droits et redresser les violations

### ***Niveau communautaire***

La participation communautaire dans les programmes de santé est mise en avant depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 et représente une des fondations essentielles des approches basées sur les droits humains dans le cadre des programmes de développement, tel que le souligne l'Accord commun des Nations Unies, adopté en 2003 (HRBA Portal, s.d.). Deux raisons principales justifient les approches de participation communautaire : (1) l'utilisation des ressources de la communauté pour compenser les coûts et augmenter la viabilité dans le long terme et (2) l'autonomisation des communautés pour qu'elles prennent une part plus active dans les projets de santé et de développement et, partant, pour que les gens disposent d'une plus grande auto-détermination et soient en mesure de mieux gérer leur propre vie (Wallerstein, 1993). Zackus et Lysack (1998 : 2) décrivent cette approche à la participation communautaire :

« La participation communautaire à la santé... peut être définie comme étant le processus par le biais duquel les membres de la communauté peuvent a) renforcer leur capacité à assumer une plus grande responsabilité pour évaluer leurs besoins et problèmes de santé ;

b) planifier leurs solutions pour ensuite les appliquer ; c) créer et gérer des organisations communautaires venant soutenir leurs efforts ; et d) évaluer les effets et procéder aux ajustements nécessaires dans les buts et programmes d'une manière continue. Aussi, la participation communautaire relève-t-elle d'une stratégie qui confère aux gens le sentiment qu'ils sont effectivement capables de résoudre leurs problèmes par le biais d'une réflexion attentive et d'une action collective. »

C'est la participation communautaire — qu'elle soit axée sur la mise en œuvre d'un programme, le suivi, la responsabilisation ou le plaidoyer — qui contribue à l'acceptabilité de programmes de planification familiale et à la capacité des programmes à progresser auprès des populations qui sont généralement difficiles à atteindre (Rifkin, 2003). Si la priorité accordée au niveau services se justifie pleinement, elle ne suffit pourtant à assurer que les clients disposent d'un choix de méthodes qui répondent à leurs besoins et qui ont accès aux méthodes qu'ils souhaitent. Elle ne permet pas d'atteindre les éventuels clients dans les communautés dans lesquelles les barrières socioculturelles barrant l'utilisation de la PF ou les communautés où les femmes ne disposent d'une prise de décision autonome pour exercer leurs droits à l'information et aux services contraceptifs.

Au service communautaire, le cadre envisage les actions et facteurs qui donnent aux communautés les moyens dont elles ont besoin pour (1) participer à la formulation et à la mise en œuvre de politiques et programmes conçues pour les servir ; (2) tenir pour responsables les décideurs et les prestataires de services ; (3) adapter les normes et les coutumes ; et (4) renforcer au sein de la communauté la connaissance des droits humains et de la planification familiale pour faciliter le respect, la protection et l'exercice des droits des membres communautaires à une information et à des services de PF volontaire et de haute qualité.

*Vérifier la participation/engagement équitable dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi de programme*

**A. Engager les divers groupes dans les processus participatifs de formulation et mise en œuvre des programmes (D2/D3)**

- Encourager et soutenir la participation de la société civile, y compris les groupements féminins et les groupements de droits humains aux niveaux national et communautaire : les groupes pauvres, vulnérables et marginalisés, les jeunes et les autres populations clés ; ainsi que les dirigeants communautaires et religieux à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et programmes de services
- Vérifier une approche intégrale en identifiant les groupes peu représentés et en traitant les facteurs qui empêchent leur participation au processus de mise au point de programme

**B. Mettre en place/renforcer la capacité communautaire en matière de suivi et de responsabilisation et assurer de solides moyens de redressement des violations de droits (D2/D3)**

- Augmenter la littérature communautaire portant sur les droits humains et la responsabilisation
- Mettre en place un processus actif d'engagement entre la communauté et le système de santé par l'intermédiaire de négociations visant à améliorer les résultats et assurer le respect, la protection et l'exercice des droits
- Sensibiliser la communauté aux mécanismes en vue de garantir une haute qualité des soins et une prise de décisions informée
- Garantir un meilleur état de santé en suivant la performance des prestataires de services, la qualité des services et des établissements ainsi que la disponibilité des produits et des services

**C. Habilitier et mobiliser la communauté pour qu'elle plaide en faveur d'un financement de la santé reproductive et d'un contexte favorable à l'accès et à l'utilisation de la planification familiale (Tous les D)**

- Créer/renforcer la capacité de plaider d'une communauté en faveur de soins de santé disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité
- Promouvoir la participation communautaire et de la société civile dans la mobilisation et la prise de décision concernant le financement local et les budgets des services de santé
- Encourager le plaidoyer pour lever les barrières sociales entravant l'accès, y compris les barrières freinant l'éducation en matière de santé reproductive
- Sensibiliser davantage et renforcer le soutien pour les droits en matière de reproduction, l'équité entre les genres et l'information et accès pour les jeunes
- Sensibiliser et obtenir un soutien pour les droits en matière de reproduction des groupes vulnérables

**D. Transformer les normes relatives au genre et les déséquilibres de pouvoir et réduire les barrières aux niveaux communautaire, familial, et partenaires qui entravent la réalisation des droits reproductifs (D3)**

- Traiter les facteurs communautaires et autres facteurs environnementaux qui érigent des barrières à l'utilisation de la PF en changeant les normes et les attitudes pertinentes, et en encourageant l'auto-détermination au niveau de l'utilisation de la PF au niveau communautaire
- Engager les gardiens des normes traditionnelles, religieuses ou culturelles à soutenir la planification familiale
- Engager de manière constructive les hommes dans la PF et la SSR

**E. Soutenir les transitions saines de l'adolescence à l'âge adulte (Tous les D)**

- Travailler avec les dirigeants communautaires, les parents et les adultes qui tiennent un rôle important dans la vie des jeunes pour soutenir les droits des jeunes en matière de santé reproductive ainsi que leur accès à des services de PF de haute qualité
- Préparer les filles et les garçons à faire la transition à l'âge adulte en leur enseignant l'hygiène, le respect de soi-même, les droits, les compétences utiles dans la vie, etc.
- Fournir une éducation appropriée à l'âge portant sur la santé et les droits des jeunes en matière de reproduction

***Niveau individuel***

Prenant à cœur « le droit des individus et des couples à décider librement et de manière responsable du nombre des enfants qu'ils veulent avoir et de l'espacement de leurs naissances », c'est l'individu qui est au cœur de l'approche volontaire, fondée sur les droits humains, à la planification familiale. Au regard du fait que l'individu peut rencontrer de nombreux obstacles dans l'exercice de ses droits reproductifs, le niveau individuel du Cadre envisage les réactions et les facteurs — y compris les normes familiales, éducatives, religieuses, social et du genre — qui influencent les capacités des individus dans une communauté spécifique à exercer leurs droits reproductifs, y compris le droit à une information et des services de PF volontaire.

*Permettre aux individus d'exercer leurs droits reproductifs*

- A. Elargir l'accès à l'information sur les droits reproductifs et les choix contraceptifs (tous les D)**
- Soutenir les groupes d'entraide mutuelle et autres réseaux et mécanismes de partage d'information pour répandre l'information et apporter un soutien aux changements d'attitudes et de comportements
  - Augmenter la connaissance individuelle sur les droits humains, les droits reproductifs et le traitement respectueux de haute qualité dans les établissements de santé sur la base de l'égalité et de la non-discrimination
  - Eduquer sur les besoins contraceptifs changeants des femmes au fur et à mesure qu'elles avancent dans le cycle de la vie reproductive
  - Comblent les lacunes de connaissance et contrecarrer les mythes sur la planification familiale
- B. Promouvoir, par le biais de l'éducation et de la formation sur la santé reproductive, l'estime de soi-même, les droits, les compétences utiles dans la vie et la communication interpersonnelle (D1/D2)**
- Améliorer les compétences de communication et négociation avec les partenaires
  - Promouvoir les attitudes et les comportements équitables entre genres
  - Améliorer la connaissance et les compétences de communication en santé
  - Susciter le soutien de la part des membres de la famille et autres personnes influentes en faveur de l'utilisation de la planification familiale
- C. Encourager la demande pour des services et produits de haute qualité par le biais de l'IEC/CCC et donner aux individus l'information et les moyens pour qu'ils exigent le respect, la protection et l'exercice de leurs droits (D2)**
- Sensibiliser les personnes vulnérables sur les programmes qui sont conçus à leur intention, comme le programme des bons ou les services à base communautaire
  - Engager les hommes comme partenaires dans la prise de décision en matière de reproduction sans compromettre l'autonomie des femmes dans leur prise de décision dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

## **Produits**

Le produit et les activités dans le Cadre mettent en exergue l'approche fondée sur les droits aux programmes de planification familiale volontaire. L'utilisation d'un cadre de modèle logique permet de relier les activités proposées aux produits et effets souhaités. Ce cadre se prête également à l'optique systémique des programmes de planification familiale. Meadows (1999) comprend les "buts du système" comme l'un des moyens de pression les plus importants du changement transformationnel de systèmes complexes. Ce cadre de la planification familiale volontaire, fondée sur les droits humains, concrétise des actions qui aideront à atteindre les buts tant de la planification familiale que des droits humains, buts qui ne doivent nullement être en opposition. Si le résultat final de PF2020 à mesurer sur le plan de la planification familiale doit être nommé, il n'en reste pas moins que le produit de ce cadre aboutit à l'effet, allant au-delà de mesures traditionnelles, comme le taux de prévalence contraceptive, pour mesurer des facteurs indiquant la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité de la planification familiale et insistant sur la responsabilisation du point de vue qualité et équité dans les programmes.

L'utilisation du cadre des droits humains met en exergue l'obligation revenant aux Etats de promouvoir des programmes de planification familiale disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité (DAAQ). Ce sont les produits des activités au niveau politiques et services. Quand ces obligations

reviennent aux gouvernements, le Cadre indique leur pertinence face aux responsables de services et prestataires de services pour vérifier que leurs services respectent et protègent les droits. L'Observation générale 14 du Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels (UNCESCR, 2000) définit les termes :

- **La disponibilité** se rapporte au fonctionnement des structures, biens et services dans le domaine de la santé publique et des soins de santé ainsi qu'aux programmes disponibles en quantité suffisante dans un pays.
- **L'accessibilité** compte quatre composantes: non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique et accessibilité de l'information.
- **L'acceptabilité** implique que tous les établissements de santé, produits et services de santé doivent respecter la déontologie médicale ainsi que la culture du pays (par exemple, respectueux des individus, des minorités, des peuples et des communautés, sensibles aux besoins du genre et besoins différents tout au long du cycle de la vie). Les programmes doivent être conçus pour respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé de ceux concernés.
- **La qualité** souligne l'adéquation scientifique et médicale des établissements, services et produits de santé. Cela exige notamment un personnel médical qualifié, des médicaments approuvés et qui ne sont pas périmés et un matériel hospitalier, une eau potable et salubre et un assainissement adéquat.

La DAAQ a été créée pour clarifier le contenu et la signification du droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Les produits de l'activité concernant l'augmentation de DAAQ dans le contexte de la planification familiale peuvent être rendus plus spécifiques quand le Cadre est utilisé pour la formulation de programmes et de politiques. Seuls quelques produits sont donnés dans le Cadre comme exemples.

La qualité technique décrite dans l'Observation générale 14 est encore soutenue davantage par des décennies entières dans l'histoire de la planification familiale mettant en avant la qualité élevée des soins (Bruce, 1990). Le concept de la qualité des soins renforce les droits à l'auto-détermination, à l'information et à l'éducation en soulignant l'importance du choix informé et la qualité de l'interaction interpersonnelle entre les clients et le personnel de santé. Dans le contexte de la planification familiale, l'importance donnée actuellement et par le passé à la qualité des soins constitue l'élément Q de DAAQ et, partant, les éléments de la qualité des soins pour la planification familiale sont compris dans la section produits du cadre pour montrer leur contribution unique aux indicateurs des produits et indicateurs connexes. Les composantes de la qualité des services de planification familiale comprennent les éléments suivants :

- Les femmes prennent des décisions complètes, libres et informées sur l'utilisation de la PF
- Les femmes ont accès à un choix de méthodes
- L'information donnée aux clients est exacte, non biaisée et complète
- Les prestataires de services disposent de la compétence technique pour fournir aux clients une gamme de méthodes ou alors pour les référer vers les services compétents
- La formation des prestataires reflète l'engagement au respect, à la protection et au plein exercice des droits humains et les superviseurs renforcent la formation en récompensant toute performance du personnel de santé qui respecte, protège et assure l'exercice des droits
- Les prestataires de services sont équipés de bonnes compétences de communication et se prennent le temps pour un contact de haute qualité avec les clients
- Des mécanismes de suivi et de continuité sont en place pour soutenir l'utilisation continue de la contraception et le changement de méthode

- Une constellation appropriée de services est disponible pour soutenir l'accès et la santé reproductive en général

La qualité des soins renforce et élargit les concepts de la disponibilité et de la qualité mais n'insiste pas suffisamment sur l'équité au niveau qu'exige l'approche des droits humains dans la planification familiale. En incluant DAAQ ainsi que la qualité des soins, les produits du cadre sont décrits de sorte à refléter adéquatement les deux aspects de l'équité et de la qualité.

DAAQ et la qualité des soins forment une base élargie des produits du côté de l'offre dans le contexte national des programmes de planification familiale et du contexte favorable dans lequel les individus peuvent exercer leurs droits reproductifs. D'autres produits sont escomptés des activités aux niveaux communautaire et individuel. Les produits prioritaires qui sont adaptés aux besoins, préoccupations et contexte de la communauté doivent être déterminés au niveau local. En général, un programme intégrant des activités aux niveaux communautaire et individuel crée un contexte plus favorable pour la planification familiale en levant les barrières entravant l'accès et en stimulant la demande pour des services de haute qualité. Les produits qui décrivent la participation communautaire au niveau de la conception des programmes, des mécanismes de responsabilisation, du plaidoyer et de la satisfaction des besoins des adolescents et diffusion de l'information peuvent être spécifiés au niveau local.

En dernière analyse, l'effet escompté est le suivant : Respect, protection et plein des droits à (1) l'auto-détermination en matière de reproduction (droit à l'intégrité corporelle et à la sécurité de la personne et des droits des couples et des individus à décider librement et de manière responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances ; (2) droits aux services, information et éducation en matière de santé sexuelle et reproductive (y compris le droit au meilleur état de santé possible) ; et (3) droits à l'égalité et à la non-discrimination (droits à prendre des décisions concernant la reproduction libre de toute discrimination, coercition et violence). Ces droits sont respectés, protégés et exercés par le biais de la collaboration aux niveaux politiques, services, communautaire et individuel.

Il est indispensable de déterminer ce qu'il faut mesurer pour évaluer l'impact des activités du Cadre pour identifier les programmes réussis de planification familiale. Les mesures et indicateurs montreront les progrès faits en vue d'atteindre le but de 120 millions de nouvelles utilisatrices et ils aideront aussi à reconnaître et à renforcer les obligations des programmes à respecter, protéger et assurer le plein exercice des droits dans tous les programmes de planification familiale en évaluant explicitement la mesure dans laquelle ils le font effectivement. En reliant les activités volontaires basées sur les droits à des produits, effets et impacts mesurables, on responsabilise les programmes les poussant à obtenir des résultats d'une manière transformationnelle.

## Effets et impacts

Les programmes de planification familiale apportent toute une gamme d'effets positifs tant au niveau individuel que sociétal. Ces effets sont utilisés comme trois justifications d'investissement dans la planification familiale : habilitation individuelle, amélioration de la santé et du bien-être des mères et des enfants et capacité d'un pays à planifier et à gérer le développement. Ces bien-fondés peuvent également être décrits comme justifications sur le plan des droits humains, de la santé et de la démographie (Seltzer, 2002).

Ce Cadre conceptuel ébauche une vision de programmes réussis de planification familiale volontaire fondée sur les droits humains qui englobe aussi les droits humains que les résultats et effets sur le plan de la santé. En préparant le Sommet de Londres de 2012, la justification santé a été mise en avant en premier et ce n'est qu'ensuite qu'a été ajoutée la justification droits humains. Et pourtant, quand les femmes choisissent et utilisent des services de planification familiale qui respectent et protègent leurs droits, il

s'en suit des avantages complémentaires se rapportant à une meilleure santé en général et la possibilité d'atteindre les buts plus généraux d'un développement national durable. Et, probablement sont également compris dans ces effets d'autres bénéfices dont la capacité d'un pays à planifier et à gérer le développement. Le cadre présente des effets suivants, à titre d'exemple : confiance accrue dans les programmes de PF, accès universel à la PF, prestation et utilisation de services plus équitables, disponibilité durable de toute une gamme de méthodes contraceptives et satisfaction accrue de la demande pour la planification familiale. Il avance aussi les impacts suivants, à titre d'exemple : réduction dans les grossesses non souhaitées, diminution des décès maternels et infantiles, diminution des avortements à risque et baisse de la fécondité des adolescents. De plus, dans les impacts est également comprise la possibilité d'une femme à concrétiser ses intentions reproductives tout au long du cycle de la vie et à augmenter le bien-être des individus, des familles, des communautés et des pays.



## VI. RÉCAPITULATIF ET RECOMMANDATIONS

---

### Récapitulatif

Les engagements pris lors du Sommet de la planification familiale à Londres en 2012, tant sur le plan volonté politique que financement, outre la revue actuelle de la CIPF+20 et des MDG après 2015, représentent une occasion remarquable et en même temps une véritable gageure. Des efforts concertés et coordonnés devront être déployés parmi les diverses parties concernées dans les dix à venir et au-delà pour apporter à des millions de femmes et d'hommes dans le monde entier des services de planification familiale volontaire qui respectent et protègent les droits humains. Une nouvelle approche programmatique s'avère nécessaire soutenue tant par la communauté de la santé publique que par celle des droits humains.

Le présent document ébauche, par le biais de son Cadre conceptuel, de données probantes et outils à l'appui, la voie à emprunter pour répondre au but de service de PF2020 et aux engagements pris par les gouvernements pour la fourniture d'une planification familiale dispensée dans le respect des droits humains.

Des pays, de partout dans le monde, ont avalisé les pactes et conventions ayant force de loi internationale et stipulant les droits reproductifs. À nos yeux, la programmation transformationnelle fondée sur les valeurs et normes des droits humains est le levier de l'effort en vue d'atteindre les buts de PF2020. Nous sommes convaincus que l'approche des droits humains et celle de santé publique sont complémentaires bien plus que contradictoires et que ces approches combinées créent un contexte favorisant la fourniture de la planification familiale dans le respect des droits des femmes et des jeunes filles. Le Cadre est le terrain commun où pourront intervenir les professionnels de la santé publique et les activistes des droits humains afin d'accroître l'accès à la planification familiale par le biais de services qui respectent, protègent et exercent les droits humains dans la manières dont ils sont formulés, mis en œuvre et évalués.

Si certains programmes ont effectivement utilisé des tactiques coercitives pour atteindre des buts démographiques, il n'en reste pas moins que la communauté mondiale de la santé reproductive et de la planification familiale a adopté depuis longtemps le principe directeur du droit des individus et des couples à décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir ainsi que du moment où ils souhaitent les avoir et de leur droit à disposer de l'information et des moyens nécessaires pour le faire. Les programmes de planification familiale ont également centré l'attention sur la qualité des soins depuis la publication du document innovant que sont les Caractéristiques fondamentales de la qualité des soins en 1990. Deux principes directeurs, reliés aux principes des droits humains pertinents pour les droits reproductifs, qui posent un solide fondement pour l'avancée du PF2020.

Le Cadre présenté dans ce document fusionne les éléments de la planification familiale de haute qualité et des droits humains en un concept unique qui répond à la question suivante : « Comment pouvons-nous garantir des programmes de santé visant à élargir l'accès à la planification familiale volontaire et qui sont conçus, mis en œuvre et évalués sous le sceau du respect, de la protection et du plein exercice des droits humains ? » Le Cadre définit les contours d'un tel programme, tenant compte du contexte plus général dans lequel fonctionne le programme ainsi que des éléments programmatiques essentiels aux niveaux politiques, services, communautaire et individuel. Le Cadre conceptuel est présenté comme un modèle logique qui relie les ressources/activités aux produits, effets et impact. Aussi, le Cadre conceptuel peut-il être utilisé dans toutes les phases du cycle du programme, y compris l'évaluation, la conception, la mise en œuvre et le suivi et évaluation.

## Recommandations

Les conditions actuelles sont propices à la transformation des programmes de planification familiale pour atteindre les groupes les plus vulnérables et tous ceux nécessitant ces services susceptibles de transformer la vie. Nous exhortons les gouvernements et les donateurs à (1) adopter et soutenir les programmes de planification familiale volontaire fondée sur les droits humains avec l'engagement de la société civile et (2) exiger des programmes qu'ils respectent, protègent et exercent les droits humains. Cette approche est riche de promesses pour rapprocher la rhétorique et la réalité des droits reproductifs, élargir l'accès équitable à la contraception et l'utilisation de services de planification familiale de haute qualité qui permettent aux femmes et aux hommes d'exercer leurs droits et de concrétiser leurs intentions en matière de reproduction. Le Cadre conceptuel présenté dans ce document s'inspire de l'expérience acquise par les programmes de planification familiale et le mouvement de promotion des droits humains et il a été revu par toute une gamme de parties concernées dans le monde entier. Les actions suivantes sont recommandées pour faire progresser et sauvegarder des programmes de planification familiale qui respectent, protègent et exercent les droits humains :

- **Promouvoir un dialogue supplémentaire** aux niveaux mondial et national pour faciliter la discussion sur les thèmes prépondérants de l'accroissement de l'accès à la planification familiale — surtout à l'intention des groupes peu desservis — et du respect, de la protection et de l'exercice des droits humains.
- **Utilise le Cadre conceptuel comme guide des programmes de pays et assistance des donateurs dans le cadre de PF2020.**
  - Diffuser le Cadre conceptuel aux niveaux national et mondial, et *fournir un accès au Cadre et aux données probantes et outils à l'appui via une plate-forme du web*, pour faciliter son utilisation.
  - Appuyer des revues complémentaires du Cadre par les parties concernées aux niveaux national et mondial pour continuer la discussion sur son utilisation comme guide des programmes et adaptation aux contextes nationaux.
- **Documenter davantage et évaluer les approches fondées sur les droits** pour combler les lacunes dans notre connaissance des programmes de droits humains pour évaluer les résultats tant sur le plan des droits humains que sur celui de la santé publique.
- **Mettre au point des directives et des outils pour appliquer le Cadre** aux programmes et faciliter son utilisation dans les divers pays par le biais du soutien des donateurs
- **Mettre à jour et élargir les revues connexes des données probantes et des outils** pour vérifier l'inclusion de tout le matériel pertinent pour que les programmes aient accès à l'information la plus pertinente et la plus récente.
- **Identifier un ensemble exhaustif d'indicateurs** pour soutenir le Cadre, à tous les niveaux de fonctionnement d'un programme de planification familiale. Demander aux groupes de travail pertinents d'identifier un ensemble complet d'indicateurs structurels, du processus et des effets qui suivent et évaluent l'approche fondée sur les droits en matière de planification familiale.
- **Promouvoir des innovations dans les approches de santé publique fondées sur les droits et un investissement supplémentaire dans les interventions** explicitement basées sur les droits. Attacher une importance particulière sur les interventions supplémentaires pour renforcer l'habilitation individuelle, la participation communautaire et le renforcement des capacités.

## ANNEXE 1. TRAITÉS, DÉCLARATIONS ET PACTES ÉTABLISSANT LES DROITS REPRODUCTIFS

---

Les traités sur les droits de l'homme sont importants et contrairement aux documents de consensus établis lors de conférences internationales, comme l'ICPD, ils sont le statut de convention et pacte international et les pays qui les signent et les ratifient prennent ainsi l'engagement et l'obligation de force juridique à harmoniser leurs lois nationales conformément à ces instruments internationaux. Les documents de conférence ajoutent en contenu et signification à ces droits humains mais ils n'ont pas la même force contraignante.<sup>10</sup> Les entités suivant l'application des traités vérifient que les états assument leur obligations de respecter, de protéger et d'assurer l'exercice des droits stipulés dans les traités (OHCHR, s.d./a). Les traités relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, y compris ceux concernant la planification familiale, sont présentés dans l'Encadré 1.

L'ICPD a été tenue en 1994. Elle est l'une des plus importantes conférences des Nations Unies sur le développement international qui applique les principes des droits de l'homme à son domaine spécialisé, suivant de près la Conférence mondiale sur les droits de l'homme tenue sous l'égide de l'ONU à Vienne en 1993 — affirmant que les droits des femmes sont des droits humains et stipulant la création d'un nouveau mécanisme, le Rapporteur spécial de la violence à l'égard des femmes — et une année avant la quatrième Conférence mondiale sur la femme tenue à Beijing en 1995. Comme l'indique Cool et al. (2004 : 148) ces conférences, notamment les conférences du Caire et de Beijing, « servent à reconnaître que la protection de la santé reproductive et sexuelle est une question de justice sociale et que la réalisation d'une telle santé passe par l'amélioration améliorée des droits humains contenus dans les constitutions nationales existantes et les traités internationaux sur les droits humains. »

---

<sup>10</sup> Pour une liste complète des traités, conventions, accords et pactes pertinents, voir UNFPA, 2012.

### **Encadré 1. Traités, Déclarations et Pactes particulièrement pertinents pour la santé et les droits en matière de reproduction, y compris la planification familiale**

#### **Traités** (ont le statut de lois internationales)

- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1969)
- Pacte international sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)
- Convention relatives aux droits de l'enfant (1989)

#### **Documents de conférence** (ajoutent contenu et signification aux droits humains)

- Conférence de Téhéran sur les droits humains (1968)
- Plan d'action mondial sur la population (1974, 1984)
- Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994)
- Déclaration et Plate-forme d'action de la quatrième Conférence sur la Femme à Beijing (1995)
- Conférence mondiale des Nations Unies sur les droits de l'homme (1993)

#### **Déclarations** (pas de statut légal mais "force morale indéniable et directives pratiques aux Etats" [UNHCRH, s.d.])

- Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)
- Déclaration du Millénaire (2000) et Objectifs du Millénaire pour le Développement (2001), avec cible 5b (accès universel à la santé reproductive) en 2007

Pour une liste plus complète, voir UNFPA, 2012 : 4-5 et OHCHR, s.d./b et s.d./c, pour explication de la force légale de ces instruments.

## **Forger le Consensus du Caire**

Débat intense que celui de la connexion entre les droits humains, la santé reproductive et la planification familiale, tissée dans les années 90 et établissant le Programme d'action de l'ICPD sur la base d'une vision intégrale de la santé sexuelle et reproductive dans le respect des droits humains. L'ICPD est le résultat d'un accord entre diverses coalitions pour l'adoption d'un programme commun mettant en avant les droits de la personne et répudiant les cibles et quotas (Hodgson et Watkins, 1997). Le programme du Caire a été forgé entre divers groupes d'intérêt (Singh, 2009), y compris les « féministes, les professionnelles de la santé publique, les économistes du développement, les démographes, les environnementalistes, les communautés confessionnelles, les donateurs et les gouvernements » Riechenbach et Roseman (2009 : 4). Les défenseurs de la santé et des droits de la femme<sup>11</sup> ont assumé un rôle prédominant dans le processus de préparation de l'ICPD. Ces groupes ont profondément influencé le débat sur la population, la planification familiale, la santé reproductive et les droits de la femme (Petchesky et Judd, 1998 ; CEDPA, 1995 ; Hodgson et Watkins, 1997 ; Ashford, 2001 ; Eager, 2004 ; IWHC, s.d.).

Sachant que le droit de la femme à décider si elle veut un enfant et quand elle souhaite tomber enceinte tient une part essentielle dans sa capacité à assumer le contrôle d'autres aspects de sa vie, les activistes de la santé et des droits de la femme étaient très motivés à vérifier que l'éventuel programme d'action qui allait émerger de la Conférence du Caire marquerait également le rejet d'approches précédentes des

<sup>11</sup> Ce groupe comprend toute une série de positions débattues au Caire et acceptées dans le Programme d'Action (voir Hodgson et Watkins, 1997).

programmes de planification familiale optant pour l'utilisation de quotas et d'incitations <sup>12</sup> dont certaines sont à l'évidence de nature coercitive. Au titre des exemples cités couramment, on note l'imposition de la stérilisation volontaire dans certains états lors de la période d'urgence au milieu des années 70 en Inde (Harkavy et Roy, 2007 ; Connolly, 2006) et la politique de l'enfant unique, adoptée en Chine en 1979, y compris le nombre obligatoire d'enfants, la limitation des naissances et l'utilisation forcée d'avortement pour satisfaire aux quotas de natalité (Winkler, 2002 ; Kaufman, 2003 ; Gu et al., 2007).

Dans quelle mesure les programmes coercitifs sont-ils une exception ou est-ce la norme dans les programmes de planification familiale dans les années 70 et 80 ? Le débat est certes animé à ce propos (Warwick, 1982 ; Pillsbury, 1990 ; Finkle et McIntosh, 1994 ; Chauls, 1994 ; Hartmann, 1995 ; Bongaarts et Sinding, 2009 ; Connelly, 2008 ; Hardee et al., à paraître). Si Barot (2012 : 7) indique que "l'histoire regorge d'exemples," Bongaarts et Sinding (2009 : 39) sont d'avis que « c'est seulement dans de rares cas, le plus notable en Chine et brièvement en Inde, que la coercition a été utilisée. » L'histoire du mouvement de la planification familiale comprend un bien-fondé de santé et un bien-fondé démographique (Shiffman et Quissell, 2012).

Dans l'optique des droits de la personne, la violation est flagrante et il devenait important de trouver un moyen pour que le *Programme d'action* de l'ICPD caractérise les programmes de sorte à vérifier que le respect, la protection et la promotion des droits individuels soient omniprésents dans la manière dont ces programmes sont conçus, mis en œuvre, suivis et évalués. L'ICPD préconise également les programmes intégrés (Sen, 2010) et un cadre plus large que le secteur de la santé pour recouper les droits et l'autonomisation des femmes.

Les défenseurs des droits de la femme réagissaient également contre les programmes qui étaient axés sur des objectifs démographiques de réduction de la croissance de la population et pour lesquels, les femmes étaient des "objets" plus que les "sujets" des programmes (Dixon-Mueller, 1993 ; Jacobson, 2001 ; Eager, 2004). Ces programmes ont été mis en place dans le contexte de préoccupations croissantes dans les années 60 et 70 face à l'accroissement rapide de la population, évoquées dans "The Population Bomb" ouvrage influent écrit par Paul Ehrlich en 1968 recommandant des actions immédiates pour échapper aux famines de masse menaçant les humains dans les années 70 et 80 à cause de la surpopulation. Par contre, les défenseurs de la santé de la femme avancent que de tels programmes ont pour effet de créer une association entre la planification et l'imposition de restrictions plutôt que d'insister sur la capacité d'une femme à prendre ses propres décisions sur le nombre d'enfants qu'elle veut avoir et sur l'espacement de leurs naissances. A leur avis, cette optique exclusive sur la planification familiale n'entre pas dans le meilleur intérêt des femmes — si cela signifie ignorer d'autres aspects entrant clairement dans le bien-être des clients femmes ou hommes (qu'il s'agisse de la présence de pertes pouvant indiquer une infection sexuellement transmissibles ou encore ignorer un bleu qui pourrait bien être le signe d'une violence à l'égard de la femme en question). Le Caire a « changé l'orientation, passant de la régulation des naissances à la notion de la santé en matière de reproduction fondée sur l'exercice des droits reproductifs et de l'autonomisation de la femme » (Riechenbach et Roseman, 2009 : 4).

---

<sup>12</sup> Notons que le terme "incitation" est utilisé dans son sens le plus large car "incitations" peut également signifier encourager ou susciter un comportement souhaité, qui est une forme plus subtile de la coercition. Certains paiements visant à supprimer les barrières à l'accès, y compris le remboursement du manque à gagner et des frais de déplacement, sont également considérés comme des incitations. Par ailleurs, tous les paiements ne sont pas des incitations et ne sont pas coercitifs. L'élément clé consiste à discerner la mesure dans laquelle la promotion de la méthode contraceptive compromet la mesure dans laquelle la décision d'utiliser la planification familiale a été prise en toute liberté.

## **Le Consensus du Caire 20 ans après**

Alors qu'approche le vingtième anniversaire du Caire, il est important de faire le tour des opinions suscitées par le "Consensus du Caire" : comment le *Programme d'Action* a été mis en œuvre et les controverses qui persistent. Les défenseurs des droits de la femme ont plaidé avec éloquence pour une vision complète de la santé et des droits en matière de sexualité et reproduction dans le cadre desquels la planification familiale prend sa place parmi d'autres interventions pertinentes dont l'éducation sexuelle, la prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les soins prénatals, postnatales et soins à l'accouchement, etc. y compris ceux n'entrant plus dans le secteur de la santé mais qui favorisent l'autonomisation de la femme. Mais, par ailleurs, comme l'ont noté Yinger et al. (2008), « La définition de l'ICPD est tellement large qu'elle peut être interprétée de moult manières très politisées. » L'avortement est une des questions contentieuse. L'avortement est légal dans certains pays mais pas dans d'autres et les plaidoyer et services liés à l'avortement sont soutenus par certains donateurs mais pas par d'autres.

Reichenbach et Roseman (2009 : 7) ont observé que « si elle est comprise conceptuellement l'ICPD connaît un vif succès durable, par contre, si elle est vue opérationnellement elle se heurte à de nombreux défis. » A l'avis de certains, la vision plus large de la santé et des droits reproductifs se traduit mal dans des programmes (Gillespie, 2004). Il s'est avéré difficile d'opérationnaliser l'ICPD car son ample champ d'action transcende telle organisation publique, telle organisation non gouvernementale ou telle organisation donatrice. Qui plus est, les directives concernant des programmes réalisés dans l'optique des droits — distincts de l'approche de la qualité des soins (qui était déjà en cours) — n'ont pas été disponibles immédiatement après l'ICPD.

Suivant l'ICPD, les pays ont cherché à réaliser la vision exhaustive de la santé et des droits sexuels et reproductifs, ébauchée dans le *Programme d'action* de l'ICPD de 1994 (Ashford et Makinson, 1999 ; Pachauri, 1999 ; Hardee et al., 1999 ; Foreman et Ghosh, 2000 ; Haberland et Measham, 2002), et au fil des ans, les organisations ont mis au point un grand nombre d'outils, de programmes de formation et de directives. Par contre, lors de ces mêmes années, l'investissement mondial dans la santé reproductive a baissé (Dennis, 2012 ; PAI, 2011 ; Osotimehin, 2012). Le financement des donateurs n'est pas parvenu à ces programmes dans les années qui ont suivi le Caire car d'autres priorités ont pris le pas dont le financement octroyé aux programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA et aux initiatives de la maternité sans risques qui généralement ne comprennent pas les interventions plus étendues de la santé reproductive car elles ont tendance à se concentrer les soins prénatals, les soins qualifiés lors de l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence.

Le contexte politique a lui aussi changé rapidement après l'ICPD. Des changements politiques ont eu lieu aux Etats-Unis lors à l'époque du Président George W. Bush limitant le financement pour la planification familiale et la santé reproductive. En effet, c'est à cette époque que la Politique de Mexico a été réinstaurée sous la forme du "Global Gag Rule"<sup>13</sup>, et que d'autres règlements restrictifs ont été adoptés (Sinding, 2005). Vu que les États-Unis étaient depuis des décennies le plus important donateur de l'assistance technique et programmatique de la planification familiale, le financement plus limité de ce pays a valu une attention réduite à la santé reproductive. L'administration Obama a résilié certaines des politiques restrictives précédentes et le financement du gouvernement américain s'est accru.

---

<sup>13</sup> Aux Etats-Unis, l'Amendement Helms, en vigueur depuis 1973, interdit que soient utilisés l'argent du contribuable américain pour les "activités liées à l'avortement" ; catégorie qui ne se limite pas à la réalisation des avortements mais qui peut aussi comprendre, par exemple, une plus sensibilisation à l'impact sur la santé publique des avortements à risque. En 1984, l'administration Reagan adoptait la "politique de Mexico," qui stipulait que le financement américain n'était disponible que pour les organisations qui ne dépensaient pas leurs propres fonds, provenant d'autres sources, pour un tel financement. La politique a été résiliée par l'administration Clinton, reprise en vigueur par l'administration GW Bush et résiliée à nouveau par l'administration Obama (voir <http://populationaction.org/data-and-maps/global-gag-rule-timeline/>).

En outre, la santé et les droits sexuels et reproductifs restaient un thème contentieux après le Caire dans la mesure où le but de l'accès universel à la santé reproductive était absent de la liste originale des MDG (Crosette, 2005). Suite à un effort concerté, la cible 5b – accès universel à la santé reproductive, y compris l'utilisation de contraceptifs et le besoin non satisfait en planification familiale – a été ajoutée en 2007 à l'Objectif 5 des MDG sur la santé maternelle (ENRECA Health, 2012).

### ***Santé reproductive versus planification familiale***

À l'avis de certains, la prédominance accordée à la santé sexuelle et reproductive estompe les programmes de planification familiale. Si peu de personnes remettent en doute l'importance de la santé reproductive, des droits en matière de reproduction et l'autonomisation des femmes, il n'en reste pas moins que certains pensent que le concept intégral mais relativement complexe de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction, tel que promu par l'ICPD, a eu pour effet de réduire la visibilité et l'importance de la planification familiale (Gillespie, 2004 ; Cleland et al., 2006 ; Bongaarts et Sinding, 2009 ; Yinger et al., 2008 ; Shiffman et Quissell, 2012), et certains reprochent la baisse du financement pour la planification familiale à cette orientation changeante dans les priorités, bloquant la transition de la fécondité (Bongaarts, 2006) alors que le besoin non satisfait persiste (Singh et al., 2012).

Jacobson (2001 : 62) rétorque que « ce groupe...souvent qualifie la demande pour des services complets et intégrés comme étant une chose chimérique et avant que l'approche de santé publique ne peut pas 'tout faire' et qu'il s'agit de choisir des actions stratégiques et efficaces par rapport aux coûts dans l'intérêt d'une meilleure santé en général. » Plus récemment, Reichenbach et Roseman (2009 : 15) ont noté que, « Certaines éminences qui s'étaient déclarées en faveur de l'ICPD et de la santé reproductive ont appelé au retour des bons vieux jours de la planification familiale quand la réussite signifiait que les besoins contraceptifs des couples étaient satisfaits » et certains souhaitent « réduire la prestation des services de santé reproductive à la prestation de la planification familiale » (p. 11). Suzanne Ehlers, Présidente de Population Action International, a lancé un appel lors du Sommet de la PF à Londres pour que se termine cette joute peu productive :

« Ce plaidoyer de toujours qui répartit les risques : le Sommet promet un nouveau financement pour la planification familiale mais insiste moins sur le programme global de santé et droits sexuels et reproductifs. Mais faut-il vraiment que ce soit tout ou rien ? La planification familiale contribue au bien-être des femmes et aide à accomplir la promesse de la viabilité planétaire et de la croissance économique » (Ehlers, 2012).

La résolution de cette controverse ne sera pas aisée car pour les défenseurs de la vision globale de la santé et des droits sexuels et reproductifs du Caire, la planification familiale est forcément un élément important de cette vision alors que, pour certains défenseurs de la planification familiale, cette vision élargie perd de son acuité. Une tension saine prévaudra entre ceux qui ont une optique de santé publique et ceux avec l'optique droits humains. Des deux côtés, on applaudit à la résurgence de l'intérêt pour la planification familiale, le premier groupe mettant le volontaire dans les programmes que les défenseurs de la planification familiale ont implicitement accepté et le déficit consiste à le rendre explicite dans la manière dont les programmes sont conçus, mis en œuvre et évalués.

## RÉFÉRENCES

---

- Advance Family Planning (AFP). (n.d.). *Advance Family Planning*. <http://www.Advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/about-4>. Accessed December 27, 2013.
- Ashford, L.S. (2001). New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights. *Population Bulletin* 56(1). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Ashford, L.S., and Makinson, C. (1999). *Reproductive Health in Policy and Practice. Case Studies from Brazil, India, Morocco and Uganda*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Barot, S. (2012). Governmental Coercion in Reproductive Decision Making: See It Both Ways. *Guttmacher Policy Review* 15(4): 6.
- Bertrand, J.T., Hardee, K., Magnani R.J., and Angle, M. A. (1995). Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives* 1(2):64–9, 74.
- Bill & Melinda Gates Foundation and UK Department for International Development (DFID). (2012). *Landmark Summit Puts Women at Heart of GlobalHealth Agenda*. Press Release. <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/1530%20FINAL%20press%20release.pdf>. Accessed October 3, 2012.
- Boender, C., Santana, D., Santillán, D., Hardee, K., Green, ME., and Schuler, S. (2004). *The So What Report. A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programs Makes a Difference to Outcomes*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group. [http://www.prb.org/igwg\\_media/thesowhatreport.pdf](http://www.prb.org/igwg_media/thesowhatreport.pdf). Accessed on February 17, 2013.
- Bongaarts, J. (2006). The Causes of Stalling Fertility Transitions. *Studies in Family Planning* 37(1): 1–16.
- Bongaarts, J., and Sinding, S. (2009). “A Response to Critics of Family Planning.” *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(1): 39–44.
- Bruce, J. (1990). The Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning* 21: 61–91.
- Buse, K., Lalji, N., Mayhew, S.H., Imran, M., and Hawkes, S.J. (2010). Political Feasibility of Scaling-up Five Evidence-informed HIV Intervention in Pakistan: A Policy Analysis. *Sexually Transmitted Infections* 85(Suppl II): ii37–ii42.
- CEDPA. (1995). *Cairo, Beijing and Beyond. A Handbook on Advocacy for Women Leaders*. Washington, DC: CEDPA.
- Chauls, D. (1994). Is the Indonesian Family Planning Program Coercive? Paper presented at the National Council for International Health, Washington, DC, June.
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezech, A., Faundes, A., Glasier, A., and Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 368(9549): 1810–1827.
- Cook, R.J., Dickens, B.M., and Fathalla, M.F. (2003). *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Oxford: Oxford University Press.



- Connelly, M. (2006). Population control in India: prologue to the emergency period. *Population and Development Review* 32(4): 629–667.
- Connelly, M. (2008). *Fatal Misconceptions*. Boston: Harvard University Press.
- Cottingham, J., Germain, A., and Hunt, P. (2012). Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *The Lancet* 380(9837): 172–180.
- Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A. M., Lincetto, O., Stahlhofer, M., and Gruskin, S. (2010). Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bulletin of the World Health Organization* 88(7): 551–555.
- Crossette, B. (2005). Reproductive Health and the Millennium Development Goals: The Missing Link. *Studies in Family Planning* 36(1): 71–79.
- Dennis, S. (2012). More Funding Needed for International Reproductive Health. *Policy and Issue Brief*. Washington, DC: Population Action International.
- Department for International Development (DFID). (2004). *Sexual and Reproductive Health and Rights. A Position Paper*. London: DFID.
- Department for International Development (DFID). (2005). *How to Reduce Maternal Deaths: Rights and Responsibilities*. London: DFID, Policy Division.
- Department for International Development (DFID). (2010). *Choices for women – planned pregnancies, safe births and healthy newborns: The Framework for Results for Improving Reproductive, Maternal and Newborn Health in the Developing World*. London: DFID.
- Department for International Development (DFID). (n.d.). *Reproductive, Maternal and Child Health*. <http://www.dfid.gov.uk/rmnh>. Accessed January 10, 2013.
- Dixon-Mueller, R. (1993). *Population Policy and Women's Rights*. Boulder, CO: Praeger.
- Donaldson, PJ. (1990). *Nature Against Us. The United States and the World Population Crisis, 1965–1980*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Eager, PW. (2004). *Global Population Policy: From Population Control to Reproductive Rights*. Wilmington, DE: University of Delaware Press.
- Ehlers, S. (2012). *Perspective on the London Family Planning Summit: Seeing the Forest and Trees*. Blog Post, RH Reality Check. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/07/10/forest-and-trees>. Accessed December 29, 2012.
- EngenderHealth. (2003). *COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Revised Edition. New York: EngenderHealth.
- EngenderHealth. (2011). *SEED™ Assessment Guide for Family Planning Programming*. New York: EngenderHealth.

- EngenderHealth/RESPOND Project. (2013). *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21<sup>st</sup> Century*. Report from a USAID-funded RESPOND Project consultation held in Bellagio, Italy, September, 2012. New York: EngenderHealth, RESPOND Project.
- ENRECA Health. (2012). Sexual Reproductive Health and Rights. In Defense of Life. A Background Document. Danish Research Network for International Health. [http://www.enrecahealth.dk/rhwg/upcoming\\_boks/Background\\_Doc\\_SRHR\\_2012.pdf/](http://www.enrecahealth.dk/rhwg/upcoming_boks/Background_Doc_SRHR_2012.pdf/). Accessed December 29, 2012.
- Erdman, J. N., and Cook, R. J. (2008). *Reproductive Rights*. *International Encyclopedia of Public Health*. Editor-in-Chief: Kris. Oxford, Academic Press: 532–538.
- Finkle, J., and McIntosh, C. A. (1994). The New Politics of Population. Conflicts and Consensus in Family Planning. *Population and Development Review* 20(suppl). Ford Foundation. (n.d.). *Sexuality and Reproductive Health and Rights*. <http://www.fordfoundation.org/issues/sexuality-and-reproductive-health-and-rights>. Accessed January 10, 2013.
- Foreit, K., Barden-O’Fallon, J., Dietrich, J., Seck, C., and Sharma, S. (2011). Achieving Equity in Planning: Getting Beyond the Rhetoric. Presentation in Session 1.2.11 at the International Family Planning Conference: Dakar.
- Foreman, S., and Ghosh, R. (2000). *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development*. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.
- Gay, J., Croce-Galis, M., and Hardee, K. (2012). *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2nd edition. Washington DC: Futures Group, Health Policy Project. [www.whatworksforwomen.org](http://www.whatworksforwomen.org).
- Gillespie, D.G. (2004). Whatever Happened to Family Planning And, for That Matter, Reproductive Health. *International Family Planning Perspectives* 30(1): 34–38.
- Girard, F. (2012). *Will the London Family Planning Initiative Measure Up?* Blog post. RH RealityCheck. July 23. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/07/20/will-london-family-planning-initiative-measure-up>. Accessed December 9, 2012.
- Gruskin, S., and Loff, B. (2002). Do human rights have a role in public health work. *The Lancet* 360(9348): 1880.
- Gruskin, S., Mills, E.J., and Tarantola, D. (2007). “History, principles, and practice of health and human rights.” *The Lancet* 370(9585): 449–455.
- Gu, BC., Feng, W., Guo, ZG, and Zhang E. (2007). China’s local and national fertility policies at the end of the twentieth century. *Population and Development Review* 339(1): 129–147.
- Gwatkin, D., Rutstein, S., Johnson, K., Suliman, E., Wagstaff, A., and Amouzou, A. (2007). *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An Overview*. Country Reports on HNP and Poverty. Washington, D.C., World Bank.
- Haberland, N., and Measham, D. Eds. (2002). *Responding to Cairo. Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.

Hardee, K., Agarwal, K., Luke, N., Wilson, E., Pendzich, M., Farrell, M., and Cross, H. (1999). Reproductive health policies and programs in eight countries: progress since Cairo. *International Family Planning Perspectives*, 25(Suppl): S2–9.

Hardee, K. (2005). *The Intersection of Gender, Access, and Quality of Care in Reproductive Services: Examples from Kenya, India, and Guatemala*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group. [http://www.prb.org/igwg\\_media/IntersectionOfGender.pdf](http://www.prb.org/igwg_media/IntersectionOfGender.pdf). Accessed February 17, 2013.

Hardee, K., Rodriguez, M., and Harris, S. Forthcoming. “Achieving the London FP Summit Goal through Adhering to Voluntary, Rights-based Family Planning: What Can We Learn from Past Experiences with Coercion?”

Harkavy, O., and Roy, K. (2007). “Emergence of the India National Family Planning Program.” In Robinson, W. and J. Ross. Eds. 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.

Hodgson, Dennis, and Watkins, Susan Cotts. (1997). Feminists and Neo-Malthusians: Past and Present Alliances. *Population and Development Review* 23(3): 469–523.

HRBA Portal. (n.d.). The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies. <http://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies>. Accessed March 27, 2013.

Huezo, C., and S. Diaz. (1993). Quality of Care in Family Planning: Clients’ Rights and Providers’ Needs. *Advances in Contraception* 9(2): 129–139.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the François-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights. (1999). “Public Health – Human Rights Dialogue.” Chapter 5 in Mann, J., S. Gruskin, MA. Grodin and GJ. Annas, Eds. 1999. *Health and Human Rights*, New York: Routledge.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). (1996). *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.

International Women’s Health Coalition (IWHC). (n.d.). *The Women’s Coalition for ICPD*. [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3366&Itemid=548](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3366&Itemid=548).

Jacobson, J. (2001). Transforming Family Planning Programs: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda. In PATH. 2001. *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH, pp. 53–65.

Jacobson, J. L. (2000). Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reprod Health Matters* 8(15): 21–32.

Jain, A.K. (1989). Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services. *Studies in Family Planning* 20(1): 1–16.

Jain, A.K., RamoRao, S., Kim, J., and Costello, M. (2012). Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines. *Journal of Biosocial Science* 44: 27–41.

- Katz, K., Hardee, K., and Villinski, M. (1993). *Quality of Care in Family Planning. A Catalog of Assessment and Improvement Tools*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Kaufman, J. (2003). The Myths and Realities of China's Population Program. *Harvard Asia Quarterly*. Winter.
- Khosla, R. (2012). *Looking for Human Rights at the Family Planning Summit*. Blog post. *Livewire*. July 11. <http://livewire.amnesty.org/2012/07/11/looking-for-human-rights-at-family-planning-summit/>. Accessed December 9, 2012.
- Kingdon, J.W. (1984). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston, MA: Longman.
- Kols, A.J., and Sherman, J.E. (1998). Family planning programs: improving quality. *Population Reports*. Series J, No. 47. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program. November.
- Krishnan, S. (2012). *Highs and Lows at The London Family Planning Summit*. Blog post on ASAP. July 12. <http://asap-asia.org/blog/highs-and-lows-at-the-london-family-planning-summit/>. Accessed December 9, 2012.
- Kumar, J., Bakamjian, L., and Connor, H. (2013). *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Tools*. Washington, DC: Futures Group and EngenderHealth.
- London Summit on Family Planning. (2012). *London Summit on Family Planning, July 11, 2012*. June 14 version. <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/>. Accessed July 17, 2013.
- Lynam, P., McNeil Rabinovitz, L., and Shobowale, M. (1993). Using self-assessment to improve the quality of family planning clinic services. *Studies in Family Planning* 24(4): 252–260.
- Mann, J., Gruskin, S., Grodin, M. A., and Annas, G.J. (1999). *Health and Human Rights*. New York: Routledge.
- Meadows, Donella H. (1999). *Leverage Points: Places to Intervene in a System*. The Sustainability Institute. Vermont
- MEASURE Evaluation. (2001). Quick Investigation of Quality (QIQ). A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning. MEASURE *Evaluation* Manual Series, No. 2. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation and the Monitoring and Evaluation Subcommittee of the Maximizing Access and Quality (MAQ) Initiative.
- Miller, R, Fisher, A., Miller, K., Ndhlovu, L., Maggwa, B.N., Askew I., Sonogo, D., and Tapsoba, P. (1997). *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services: A Handbook*. New York: Population Council.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2006). *Frequently Asked Questions on a Human Rights-based Approach to Development Cooperation*. New York and Geneva: OHCHR.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./a). Enhancing the human rights treaty body system. Harmonized guidelines on reporting to the treaty bodies. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/treaty/CCD.htm>. Accessed December 29, 2012.

- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./b). *International Law*. <http://www2.ohchr.org/english/law/>. Accessed February 17, 2013.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./c). *Human Rights Bodies*. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>. Accessed January 6, 2013.
- Ortayli, N., and Malarcher, S. (2010). Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs. *Studies in Family Planning* 41(2): 101–108.
- Osotimehin, B. (2012). Family Planning Saves Lives Yet Investments Falter. *The Lancet*. Published online July 10, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60906-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60906-4).
- Pachauri, S. Ed. (1999). *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New Delhi: Population Council.
- PATH. (2001). *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH.
- PATH. (2012). *Enhancing Equity and Sustainability of Public-Sector Family Planning*. Seattle: PATH. [http://www.path.org/publications/files/RH\\_enh\\_equity\\_sustain\\_fp\\_fs.pdf](http://www.path.org/publications/files/RH_enh_equity_sustain_fp_fs.pdf). Accessed February 17, 2013.
- Petchesky, R., and Judd, K. (1998). *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*. New York: Zed Books.
- Pillsbury, B. (1990). The Politics of Family Planning: Sterilization and Human Rights in Bangladesh. In Handwerker, WP. Ed. 1990. *Births and Power. Social Change and the Politics of Reproduction*. Boulder, CO: Westview Press, pp. 165–196.
- Population Action International (PAI). (2011). *Trends in US Population Assistance*. <http://populationaction.org/articles/trends-in-us-population-assistance/>.
- Pulerwitz, J., Barker, G., Segundo, M., and Nascimento, M. (2006). Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy. Washington, DC: Horizons Program, Population Council.
- RamaRao, S., and R. Mohanam. (2003). The quality of family planning programs: concepts, measurements, interventions, and effects. *Studies in family planning* 34(4): 227–248.
- Ravenholt, R. T. (1968). The A.I.D. population and family planning program – goals, scope, and progress. *Demography* 5(2): 561–573.
- Reichenbach, L., and Roseman, M.J. (2009). *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Richey, C., and Salem, M. (2008). Elements of Success in Family Planning Programming. Population Reports. I. Project. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Series J, No.57.
- Rifkin, S. (2003). A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health Population and Nutrition* 21(3): 168–180.
- Rottach, E., Schuler, S.R., and Hardee, K. (2009). *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group.

- Robinson, W., and Ross, J. Eds. (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.
- Rodriguez, M., Harris, S., Willson, K., and Hardee, K. (2013). *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Evidence*. Washington, DC: Futures Group.
- Ross, J., and Hardee, K. (2012). Access to Contraceptive Methods and Prevalence of Use. *Journal of Biosocial Science*. Published online. doi:10.1017/S0021932012000715.
- Ross, J., and Stover, J. (2010). *Developing a Family Planning Goal for 2015 that Supports MDG-5b*. Washington, DC: USAID | Health Policy Initiative, Task Order 1, Futures Group.
- Saunders, M., Sethi, H., Jayachandran, A. A., and Sharma, S. (2010). *A Policy Response to Increase Access to Family Planning Services for the Poor in Jharkhand, India*. Washington, DC: Futures Group, USAID | Health Policy Initiative, Task Order 1.
- SEATS. (2000). *Mainstreaming Quality Improvement in Family Planning and Reproductive Health Services Delivery. Context & Case Studies*. Arlington, VA: John Snow, Inc. SEATS II Project.
- Seltzer, J., and Gomez, F. (1998). *Family Planning and Population Programs in Colombia 1965 to 1997, Population Technical Assistance Project [POPTECH]*. [2], xxii, 93, [40] p.:40p.
- Seltzer, JR. (2002). The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries. *Population Matters*. Santa Monica, CA: RAND.
- Sen, G. (2010). Integrating family planning with sexual and reproductive health and rights: the past as prologue? *Studies in Family Planning* 41(2): 143–146.
- Shelton, J. (2001). “Women’s Reproductive Health: The Public Health Perspective.” In PATH. 2001. *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH.
- Shiffman, J., and Quissell, K. (2012). Family planning: a political issue. *The Lancet* 380(9837): 181–185.
- Simmons, R., Brown, J., and Diaz, M. (2002). Facilitating large-scale transitions to quality of care: an idea whose time has come. *Studies in Family Planning* 33(1): 61–75.
- Sinding, S. (2005). Why is funding for population activities declining? *Asia-Pacific Population Journal* 20(2): 3–9.
- Sinding, S. (2007). “Overview and Perspective.” Chapter 1 in Robinson, W. and J. Ross, Eds. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.
- Singh, S., Darroch, J., Ashford, L., and Vlassoff, M. (2012). *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher and UNFPA.
- Singh, J.S. (2009). *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women’s Empowerment*. London: Earthscan.

United Nations (UN). (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York: United Nations.

United Nations (UN). (1968). *Final Act of the International Conference on Human Rights*. Teheran. 22 April – 13 May 1968. New York: United Nations.

United Nations (UN). (1974). *World Population Conference. World Population Plan of Action*. 1974. Bucharest. New York: United Nations.

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (UNCESCR). (2000). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14*. 2000. “The Right to the highest attainable standard of health.”

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En). Accessed March 23, 2013.

United Nations Population Fund (UNFPA). (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York: UNFPA.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2008). *Sexual and Reproductive Health Framework a Reality for All*. New York: UNFPA.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2010). *A Human Rights-based Approach to Programming/Practical Implementation Manual and Training Materials*. New York: UNFPA and Boston: Harvard School of Public Health.

[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/hrba/hrba\\_manual\\_in%20full.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/hrba/hrba_manual_in%20full.pdf). Accessed December 29, 2012.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2012). *By Choice, Not by Chance. State of World Population 2012*. New York: UNFPA.

UNHCR. (n.d.). *UNHCR Note on Refugee Claims Based on Coercive Family Planning Laws or Policies*. Geneva: UNHCR. <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4301a9184.pdf>. Accessed on March 27, 2013.

United States Agency for International Development (USAID). (n.d./a). *Repositioning Family Planning*. [http://transition.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/techareas/repositioning/index.html](http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/repositioning/index.html). Accessed December 27, 2012.

United States Agency for International Development (USAID). (n.d./b). *USAID’s Family Planning Guiding Principles and U.S. Legislative and Policy Requirements*. [http://transition.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/voluntarism.html](http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html). Accessed November 12, 2012.

United States Agency for International Development (USAID). (1982). *USAID Policy Paper on Population Assistance*. Washington, DC, USAID.

United States Agency for International Development (USAID) | Health Policy Initiative. (2009). *Achieving EQUITY for the Poor in Kenya: Understanding the Level of Inequalities and Barriers to Family Planning Services*. Washington, DC: Futures Group. [http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1247\\_1\\_Achieving\\_Equity\\_for\\_Poor\\_in\\_Kenya\\_brief\\_FINAL\\_acc.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1247_1_Achieving_Equity_for_Poor_in_Kenya_brief_FINAL_acc.pdf). Accessed February 17, 2013.

United States Congress. (1968). *Foreign Assistance Act of 1967, Title X*, Jan. 2, 1968. Washington, DC: US Congress.

- Verma, R., Pulerwitz, J., Mahendra, V., Khandkar, S., Singh, A., Das, S., Mehra, S., Nura, A., and Barker, G. (2008). *Promoting Gender Equality as a Strategy to Reduce HIV Risk and Gender-based Violence Among Young Men in India*. Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council.
- Wallerstein, N. (1993). Empowerment and health: the theory and practice of community change. *Community Dev Journal* 28: 218–27.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S.F., Brugha, R., and Gilson, L. (2008). Doing Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges. *Health Policy and Planning* 23(5): 308–317.
- Warwick, D. (1982). *Bitter Pills. Population Policies and Their Implementation in Eight Developing Countries*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Winkler, EA. (2002). Chinese reproductive policy at the turn of the millennium: dynamic stability. *Population and Development Review* 28(3): 379–418.
- Whaley, F. (2013). Catholics Mobilize to Defeat Philippine Politicians Who Backed Reproductive Law. [http://www.nytimes.com/2013/01/30/world/asia/catholics-mobilize-after-setback-over-reproductive-law.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2013/01/30/world/asia/catholics-mobilize-after-setback-over-reproductive-law.html?_r=0). Accessed February 1, 2013.
- World Health Organization (WHO). (1994). *Contraceptive Introduction Reconsidered: A Review and Conceptual Framework*. Geneva: WHO, UNDP/UNFPA/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. WHO/HRP/ITT/94.1.
- World Health Organization (WHO/RHR). (2001). *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*. Geneva: WHO. WHO/RHR/01.29
- World Health Organization (WHO). (n.d.). *Social Determinants of Health*. [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/). Accessed December 29, 2012.
- World Health Organization (WHO/RHR). (n.d.). *Sexual and Reproductive Health*. [http://www.who.int/reproductivehealth/about\\_us/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/). Accessed January 10, 2013
- Yamin, A. E. (2004). Promising but elusive engagements: combining human rights and public health to promote women's well-being. *Health and Human Rights* 8(1): 62–92.
- Yinger, N., Bradford, C., Sines, E., and Mbacke, C. (2008). An Essay on Adding Rights to the Measurement of Reproductive Health. Presented at a special meeting at the Population Association of America, New Orleans, April.
- Zackus, D., and Lysack, C. (1998). Revisiting community participation. *Health Policy Planning* 13(1):1–1.



## GLOSSAIRE DE TERMES

---

**Approche fondée sur les droits :**<sup>14</sup> vise à soutenir de meilleurs résultats du développement durable en analysant et en corrigeant les inégalités, les pratiques discriminatoires (de jure et de facto) et les relations de pouvoir inégales.

**Choix informé :**<sup>15</sup> c'est le processus et l'issue d'une décision volontaire et dûment envisagée par une personne qui ne rencontre aucune coercition ni barrière et qui dispose de l'information, de la compréhension et des options nécessaires pour prendre cette décision.

**Choix contraceptif :**<sup>16</sup> Le droit fondamental et la capacité des personnes à choisir et à avoir accès à la méthode contraceptive qui répond à leurs besoins et à leurs préférences.

**Client(e) de la planification familiale :** Personne consultant librement des services de planification familiale ou à la recherche d'informations en PF mais qui ne devient pas forcément un utilisateur ou une utilisatrice d'une méthode de planification familiale.

**Coercition :**<sup>17</sup> comprend l'utilisation de la force et d'une influence abusive pour qu'une personne agisse contrairement à sa volonté. Il peut s'agir d'une force directe (force physique) ou indirecte (quand une personne est sous l'emprise légale d'une autre personne). Dans le domaine de la planification familiale, coercition veut généralement dire qu'une personne est forcée d'utiliser la contraception ou d'avoir un avortement (bien que l'avortement dans le *Programme d'action* de l'ICPD de 1994 ne soit pas considéré comme une méthode de contraception). Dans une vue élargie de la coercition, on peut considérer qu'une personne qui n'a pas accès à des méthodes sûres et efficaces de la contraception subit une coercition dans la mesure où cette personne aura plus d'enfants qu'elle ne souhaite en avoir, violant ainsi le droit humain d'avoir le nombre d'enfants et l'espacement des naissances désirés et de disposer à cet effet de l'information et des moyens de le faire.

**Droit à la santé :**<sup>18</sup> capacité à profiter de divers biens, services, conditions et installations nécessaires pour la réalisation de l'état de santé le meilleur possible. Entrent dans le droit à la santé les éléments suivants:

- *Disponibilité.* Bon fonctionnement des structures et services de santé publique ainsi que programmes et produits en quantité suffisante dans l'Etat partie.
- *Accessibilité.* Les structures, biens et services de santé doivent être accessibles à tout le monde sans discrimination aucune, dans la juridiction de l'Etat partie. L'accessibilité compte quatre

---

<sup>14</sup> "A Human Rights-Based Approach to Health." Accessible at: [http://www.who.int/hhr/news/hrba\\_to\\_health2.pdf](http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf).

<sup>15</sup> EngenderHealth/RESPOND Project. (2013). *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21<sup>st</sup> Century*. Report from a USAID-funded RESPOND Project consultation held in Bellagio, Italy, September, 2012. New York: EngenderHealth, RESPOND Project.

<sup>16</sup> EngenderHealth/RESPOND Project. (2013). *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21<sup>st</sup> Century*. Report from a USAID-funded RESPOND Project consultation held in Bellagio, Italy, September, 2012. New York: EngenderHealth, RESPOND Project.

<sup>17</sup> <http://legal-dictionary.thefreedictionary.com/coercion>, accessed on April 16, 2013; <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4301a9184.pdf>, accessed on April 16, 2013; and EngenderHealth/RESPOND Project. 2013. *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21<sup>st</sup> Century*. Report from a USAID-funded RESPOND Project consultation held in Bellagio, Italy, September, 2012. New York: EngenderHealth, RESPOND Project.

<sup>18</sup> United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (UNCESCR). (2000). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. 2000. "The Right to the highest attainable standard of health." [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En). Accessed March 23, 2013.

dimensions qui se recoupent : non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique et accessibilité économique (caractère abordable des services).

- *Acceptabilité*. Tous les établissements et services de santé doivent respecter l'éthique médicale et la culture du pays. Ils doivent respecter la culture des individus, des minorités, des gens et des communautés et être sensibles aux besoins liés au genre et au cycle de vie. Ils doivent respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé de ceux concernés.
- *Qualité*. Non seulement doivent-ils être acceptables du point de vue culturel, mais les établissements et les services de santé doivent également être appropriés sous l'angle scientifique et médical et être de bonne qualité. Cela demande, entre autre, un personnel médical compétent, des équipements approuvés scientifiquement et des médicaments qui ne sont pas périmés ainsi que de l'eau potable et un assainissement adéquat.

**Discrimination** :<sup>19</sup> « toute distinction, exclusion ou restriction faite sur la base du sexe et dont l'effet ou le but est de nier et de refuser la reconnaissance, la jouissance et l'exercice de leurs droits par les femmes, quel que soit leur statut matrimonial, droits qui leur reviennent en fonction de l'égalité entre les hommes et les femmes et des libertés fondamentales dans la sphère politique, économique, sociale, culturelle, civile et autre. »

**Droits reproductifs** :<sup>20</sup> « le volet composite des droits humains qui protège contre les causes de la mauvaise santé et encourage le bien-être sexuel et reproductif. » Les droits reproductifs comptent trois composantes :

1. Auto-détermination en matière de santé de la reproduction
2. Accès aux services, produits, information et éducation de la santé sexuelle et reproductive
3. Égalité et non-discrimination

**Égalité** :<sup>21</sup> « chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. »

**Équité (en santé)** :<sup>22</sup> Absence des disparités systématiques dans le domaine de la santé (ou pour les principaux déterminants sociaux de la santé) entre les groupes avec différents niveaux d'avantages/désavantages sociaux sous-jacents (fortune, pouvoir ou prestige).

**Égalité entre les genres** :<sup>23</sup> Etat ou condition qui confère aux femmes et aux hommes la même jouissance en toute égalité des droits humains, des biens sociaux et des ressources.

**Groupes désavantagés/vulnérables/marginalisés** :<sup>24</sup> Ces termes s'appliquent à des groupes de personnes qui, suite à des facteurs dont on considère qu'ils n'entrent pas dans leur contrôle, n'ont pas les

---

<sup>19</sup> United Nations, Department of Social and Economic Affairs, Division for the Advancement of Women. (n.d.). *Convention Eliminating All Forms of Discrimination Against Women*. Accessed on March 23, 2013, at <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>.

<sup>20</sup> Erdman, J. N., and Cook, R. J. (2008). *Reproductive Rights*. *International Encyclopedia of Public Health*. Editor-in-Chief: Kris. Oxford, Academic Press: 532–538. P. 532.

<sup>21</sup> United Nations. (1948). *Universal Declaration on Human Rights*. Accessed on March 23, 2013, at <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.

<sup>22</sup> Braveman, P., and S. Gruskin. (2002). "Defining equity in health." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4).

<sup>23</sup> Population Reference Bureau. "Glossary of Terms." Available at <http://www.prb.org/Educators/Resources/Glossary.aspx>.

<sup>24</sup> WHO. Health Impact Assessment, Glossary of Terms. Available at <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index.html>.

mêmes possibilités ni les mêmes chances que d'autres groupes dans la société. Il peut s'agir de personnes sans travail, de réfugiés et d'autres qui sont exclues socialement.

**Responsabilisation** :<sup>25</sup> caractéristique complexe et centrale des droits humains. La responsabilisation ou obligation de rendre compte ou de justifier ses actes couvre les niveaux national et mondial et compte trois processus connexes – suivi, revue et action – visant à l'apprentissage et amélioration continue. La responsabilisation des ressources est liée aux résultats (à savoir les produits, les effets et les impacts que produisent ces ressources et intrants).

**Obligations de l'Etat (obligations des droits humains)** :<sup>26</sup>

- *Respect*. Ne pas interférer directement ou indirectement avec le droit à profiter de la santé (par exemple, ne pas chercher à limiter l'accès aux services de soins de santé ou ne pas vendre des médicaments périmés et dangereux).
- *Protection*. Eviter que des tierces parties n'interfèrent avec le droit à la santé (veiller à ce que les sociétés privées apportent des conditions environnementales saines à leurs employés et aux communautés avoisinantes).
- *Exercice des droits*. Adopter des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles et autres pour le plein exercice du droit à la santé.

**Stigmatisation** :<sup>27</sup> Fait d'être dévalorisé par des individus ou des communautés sur la base, réelle ou perçue, de l'état de santé, de la classe socioéconomique, de la situation matrimoniale, du sexe, de l'infirmité, de l'âge, de la caste, de l'ethnie ou de l'orientation sexuelle.

**Système de santé** :<sup>28</sup> comprend toutes les organisations, les personnes et les actions dont le but premier est de promouvoir, redonner ou maintenir la santé. L'WHO identifie "six fondements essentiels," qui composent ensemble un système de santé :

- *Services de santé*. "De bons services de santé sont ceux qui fournissent des interventions de santé efficaces, de haute qualité, personnels et non personnels à ceux qui en ont besoin, quand et où c'est nécessaire, et en utilisant judicieusement les ressources."
- *Personnel de santé*. « Un personnel de santé très performant est une personne qui travaille de manière juste, efficace et en répondant aux besoins afin d'arriver aux meilleurs résultats possibles sur le plan de la santé compte tenu des ressources disponibles et des circonstances en question (à savoir qu'il existe un nombre suffisant et une composition adéquate du personnel, une distribution équitable et que ce personnel est compétent, productif et qu'il répond aux besoins dans son travail). »
- *Système d'informations sanitaires*. « Un système d'information qui fonctionne bien est un système qui assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables et ponctuelles sur les déterminants de la santé, la performance des systèmes sanitaires et l'état de santé. »

---

<sup>25</sup> Commission on Information and Accountability, Global Strategy. (2011). Final Report.

<sup>26</sup> WHO. Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights (ETH) Information, Evidence and Research (IER) and OHCHR, Human Rights and Economic and Social Issues Section & Millennium Development Goals Section. (n.d.).

"A Human Rights-Based Approach to Health." Accessed on March 23, 2013, at

[http://www.who.int/hhr/news/hrba\\_to\\_health2.pdf](http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf).

<sup>27</sup> Gruskin, S., and Ferguson, L. (2009). "Using indicators to determine the contribution of human rights to public health efforts." *Bull World Health Organ* 87(9): 714–9.

<sup>28</sup> WHO. (2007). WHO's Framework for Action: Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. Geneva: WHO. Page 3.

- *Produits médicaux, vaccins et technologies sanitaires.* « Un système de santé qui fonctionne bien assure un accès équitable à des produits médicaux essentiels, des vaccins et technologies de qualité assurée, d'efficacité et de sûreté reconnues et leur utilisation testées scientifiquement et rentable par rapport aux coûts. »
- *Financement de santé.* « Un bon système de financement de la santé mobilise des fonds suffisants pour la santé, assurant que les gens peuvent utiliser les services nécessaires et sont protégés de la catastrophe financière ou de la pauvreté s'ils doivent utiliser ces services. »
- *Leadership, gouvernance, administration.* Cela « suppose de vérifier que le cadre stratégique existe et de le combiner à la supervision, à la disposition de réglementations et d'incitations appropriées, à l'attention portée à la conception des systèmes et à la responsabilisation. »

**Participation :**<sup>29</sup> est le droit des individus et des groupes à participer aux processus décisionnels qui peuvent affecter leur développement — elle est vue comme une composante intégrante de la mise au point de toute politique, de tout programme ou de toute stratégie.

**Programme de planification familiale :**<sup>30</sup> Entité (peut s'agir du gouvernement, des secteurs public/privé, ou des ONG) fournissant des produits ou des services de contraception et de santé reproductive. C'est un volet de la prestation des services de santé.

**Planification familiale fondée sur les droits humains :** Voir le Cadre des programmes de planification familiale volontaire dans le respect, la protection et l'exercice des droits.

**Politiques :**<sup>31</sup> La politique de santé se rapporte aux décisions, plans et actions qui sont entrepris pour atteindre des buts de soins de santé spécifiques au sein d'une société. La politique est également un processus dynamique d'identification de politiques, mise au point de politiques, et suivi et évaluation de politiques qui fait appel à un grand nombre de parties prenantes.

**Utilisateur/utilisatrice de la planification familiale :** Personne qui décide librement d'obtenir et d'utiliser une méthode de planification familiale.

**Volontarisme dans la planification familiale :**<sup>32</sup>

- Les gens ont l'occasion de choisir volontairement s'ils veulent utiliser ou non la planification familiale ainsi que la méthode spécifique de planification familiale qu'ils veulent utiliser.
- Les gens ont accès à une information sur toute une gamme de choix de planification familiale, y compris les avantages et les risques de santé de méthodes particulières.
- Les clients ont le choix parmi toute une gamme de méthodes et de services, dans l'endroit où ils se sont rendus ou alors ils sont référés vers d'autres services où on leur offre cette gamme de méthodes et de services.
- Le consentement volontaire et informé des clients choisissant la stérilisation est vérifiée par un document de consentement informé signé par le client ou la cliente.

<sup>29</sup> Gruskin, S., Bogecho, D., and Ferguson, L. (2010). "Rights-based approaches' to health policies and programs: articulations, ambiguities, and assessment". *J Public Health Policy* 31(2): 129–45.

<sup>30</sup> Draft WHO Indicators Group document (unpublished).

<sup>31</sup> WHO. (n.d.). Health Policy. [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/). Accessed on April 16, 2013; and Hardee, K., L. Irani, MacInnis, R., and Hamilton, M. (2012). *Linking Health Policy with Health Systems and Health Outcomes: A Conceptual Framework*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

<sup>32</sup> USAID. (2009). "USAID's Family Planning Guiding Principles and U.S. Legislative and Policy Requirements Voluntarism and Informed Choice." Available at [http://transition.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/voluntarism.html](http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html).



Futures Group

One Thomas Circle, Suite 200  
Washington, DC 20005

202.775.9680

[www.futuresgroup.com](http://www.futuresgroup.com)