

Note de synthèse du Bureau Régional pour les États Arabes de l'UNFPA

Santé Sexuelle et Reproductive:

Un Composant Essentiel de la Couverture Sanitaire Universelle

L'Organisation des Nations Unies travaille de concert avec les gouvernements, les organismes émanant des sociétés civiles ainsi que d'autres partenaires de par le monde afin de définir une nouvelle série d'objectifs. Ces derniers succéderont aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (les OMD) qui prendront fin en 2015. Les nouveaux objectifs cibleront l'éradication de l'extrême pauvreté, la promotion du développement durable, et l'accès aux franges exclues de la société, dans le but de «ne laisser personne derrière».⁽¹⁾ Ces nouveaux objectifs devraient inclure un objectif relatif à la santé - son contenu étant encore en cours de négociation. La couverture sanitaire universelle (CSU) constitue par ailleurs une des propositions élaborées. Cette CSU sera effective lorsque tout un chacun sera en mesure de bénéficier de services de soin de qualité, en temps et heure, et sans que cela n'occasionne de difficultés financières.^(2,3) La couverture sanitaire universelle est considérée comme jouant un rôle fondamental dans l'amélioration de l'équité dans les domaines de la santé et du développement humain. En effet, la CSU met l'accent sur l'importance de toucher les populations les plus pauvres et les plus marginalisées qui sont habituellement les plus exposées aux problèmes de santé et les plus en demande de soins.⁽⁴⁾

La santé sexuelle et reproductive constitue un facteur essentiel de bonne santé et de bien-être chez les femmes, les hommes et les familles, impactant chaque individu de l'enfance à la vieillesse. Elle a été définie pour la première fois en tant qu'objectif universel dans le rapport de la Conférence Internationale de 1994 sur la Population et le Développement (CIPD).⁽⁵⁾ La revue récemment effectuée dans le cadre du 20ème anniversaire, baptisée « CIPD au-delà de 2014 » et comprenant la tenue d'une conférence régionale groupant les États arabes, a souligné la nécessité d'un engagement soutenu pour un accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive.⁽⁶⁾ Des paquets d'interventions essentielles ont été identifiés et continuent à faire l'objet d'ajustements. Cependant, la santé sexuelle et reproductive constitue un sujet controversé et fortement politisé dans nombreux pays. Elle a ainsi souvent été mise de côté par les politiques globales relatives à la santé- OMD compris. L'accès universel à la santé reproductive -planification familiale comprise- a fait l'objet d'un ajout tardif à l'Objectif 5 (améliorer la santé maternelle), et n'a donc pas cristallisé autant d'engagement politique que les autres cibles et objectifs.

Dans ce contexte, le Bureau Régional des États Arabes de l'UNFPA a déclenché une consultation régionale pour discuter de la place de la santé sexuelle et reproductive dans le nouvel agenda relatif à la santé, et en particulier dans la couverture sanitaire universelle. Cette réunion répondait également au besoin de vérifier que l'agenda global de la santé traduisait bien les expériences des pays sur le terrain. La réunion s'est tenue à Charm-el-Cheikh, en Égypte, les 12 et 13 février 2014, et a vu la participation de représentants des ministères de la santé et l'UNFPA de 13 pays: l'Algérie, l'Égypte, l'Irak, la Jordanie, le Liban, la Libye, le Maroc, l'Oman, la Palestine, la Somalie, le Soudan, la Tunisie et le Yémen. Des collègues de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Conseil National de la Population d'Égypte et du siège de l'UNFPA à New York figuraient également parmi les participants. Cette note de synthèse se base sur les résultats de la consultation.

Le contexte régional

La région arabe englobe un ensemble diversifié de pays dotés de niveaux de revenu, de cultures et de régimes politiques différents. Ces pays ont enregistré des taux hétérogènes de progression concernant les OMD: certains pays, tels que l'Égypte, la Tunisie et le Maroc affichent une réduction significative de la mortalité maternelle durant les 20 dernières années tandis que d'autres pays, comme la Somalie et le Yémen, sont à la traîne. À l'échelle de toute la région, la vitesse de développement des services de planification familiale a été inférieure à la vitesse requise pour atteindre l'objectif OMD 5B, à savoir la réduction des besoins non satisfaits en matière de contraception. Tous les pays de la région comptent d'importantes populations de jeunes; réalité que l'on peut qualifier d'« explosion démographique de jeunesse ». Les soulèvements politiques récents ont déclenché instabilité et migrations au sein même de ces pays et par-delà leurs frontières. Les migrants sont particulièrement exposés aux risques de santé et requièrent une approche spécialisée de la fourniture de services de soin. Mais dans beaucoup de pays, l'agitation politique marquée par les changements fréquents à la tête des ministères de la santé, a perturbé les efforts déployés pour étendre l'accès aux services de santé reproductive – aussi bien pour la population en général que pour les migrants en particulier. Outre les contraintes budgétaires et l'affaiblissement des économies, le conservatisme croissant de nouveaux gouvernements, dans certains pays, a réduit l'importance de la santé sexuelle et reproductive en tant qu'une priorité nationale. D'autre part, si les décideurs en matière de santé évitaient par le passé de discuter de santé sexuelle et reproductive, la crise humanitaire a contraint les gouvernements à reconnaître l'importance de ces sujets, y compris celle de disposer de services destinés à juguler les viols et autres formes de violences basées sur le genre perpétrées dans les camps des réfugiés et des déplacés internes.

Les défis des services de santé

Les participants ont discuté d'une série de défis auxquels leurs pays se voient confrontés dans leur tentative d'élargissement de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Plusieurs de ces défis constituent également des obstacles à la mise en place de la couverture sanitaire universelle.

Des services insuffisants dans les zones rurales. Les représentants de la Tunisie, de l'Algérie, et de l'Irak ont noté que la mauvaise qualité des soins constituait un obstacle majeur à l'amélioration de la santé, en particulier dans les régions rurales. Beaucoup d'insuffisances sont liées aux défaillances de la gouvernance et à l'inexistence de l'obligation de rendre des comptes dans les systèmes de santé décentralisés où les administrations locales sont incapables de garantir des soins de grande qualité. Les représentants du Liban, du Soudan, et du Maroc ont également exprimé leur inquiétude au vu des disparités infranationales dans l'accès aux services de soins.

Conflit en cours. L'existence de services de santé demeure faible dans les pays en proie à un conflit prolongé, à l'instar de la Libye. Le Yémen était en train d'accomplir des progrès importants entre 1990

et 2010, mais le secteur de la santé s'est effondré lors de la révolution de 2011. La Somalie est en train de se battre pour s'efforcer de répondre aux besoins d'une population en grande partie nomade.

Mœurs et traditions. Le développement des programmes de planification familiale est lent là où, comme en Jordanie, les mœurs continuent de favoriser les familles nombreuses. Au Yémen, la fréquence élevée des mariages précoces et le faible taux d'inscription des filles et des jeunes femmes dans l'enseignement secondaire (soit 31%)⁽⁷⁾ ruinent les efforts de promotion de la santé reproductive. La Somalie et le Soudan affichent de faibles taux de demande et d'utilisation de contraception du fait des barrières culturelles et traditionnelles entravant la planification familiale.

Défis liés à des systèmes de santé plus développés. La Palestine et le Liban, états disposant de plusieurs fournisseurs de santé, sont confrontés à des défis liés au surplus de prestations de soins spécialisés, notamment à celui des sections césariennes, ce qui peut générer des risques pour la santé des femmes et un fardeau financier pour les familles. Le renforcement des soins primaires constitue une priorité pour ces deux pays. Le sultanat d'Oman, un État du Golfe dont la fécondité et les mortalités maternelle et infantile ont déjà fortement baissé, s'est mis à accorder moins d'attention à la santé reproductive au bénéfice des maladies non transmissibles.

Décalage entre politiques et mises en œuvre. Les participants égyptiens ont mis en lumière le fossé séparant les politiques volontaristes en matière de santé sexuelle et reproductive et la faible mise en œuvre, en particulier dans les zones rurales. L'absence de réglementation en matière de prestations privées de services de santé constitue un sujet de préoccupation. Ces prestataires privés de santé opèrent dans des spécialités qui ne sont pas nécessaires et ne rendent pas compte au gouvernement de la qualité des soins dispensés.

La transition politique dans la région représente à la fois un défi et une opportunité pour reconsidérer les stratégies nationales de santé. L'exclusion sociale des pauvres, des jeunes et des minorités religieuses et ethniques a joué un rôle majeur dans les soulèvements. Par conséquent, l'exigence de services de santé opérationnels accessibles aux pauvres et aux exclus est accrue au sein des peuples. C'est ainsi que six des pays représentés dans la réunion (Algérie, Égypte, Irak, Liban, Tunisie, et Yémen) ont déclenché des réformes de leur système de santé et/ou des stratégies de financement relatives au domaine de la santé (voir encadré page 3).

Actions Recommandées pour inclure la Santé Sexuelle et Reproductive dans la Couverture Sanitaire Universelle

La consultation de Charm-el-Cheikh a donné lieu à la formulation de deux séries de recommandations. La première série traite des politiques de couverture sanitaire universelle et de leur mise en œuvre; la seconde série inclut une proposition d'indicateurs destinés à contrôler les services de soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive en tant que partie intégrante de la couverture sanitaire universelle. Ces recommandations sont cohérentes avec les récentes propositions de l'UNFPA concernant l'Agenda de Développement pour l'après 2015.⁽⁸⁾ Elles se basent également sur les recommandations de la « CIPD Au-delà de 2014 » issues de consultations globales et régionales ainsi que sur le rapport du Secrétaire Général des Nations Unies sur la « CIPD Au-delà de 2014 », rapport ayant souligné l'importance de prioriser la santé sexuelle et reproductive au sein du secteur de la santé et de garantir l'accès à tous à des services de qualité à un coût financier supportable.

1) Garantir un engagement politique de haut niveau pour une couverture sanitaire universelle incluant des services de santé sexuelle et reproductive.

Un financement suffisant du paquet de bénéfices répondant aux exigences de la CSU, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, est nécessaire pour garantir un accès universel et une protection financière des patients.

La garantie d'un accès universel à la CSU tout en protégeant financièrement les patients requiert un financement suffisant. Ce dernier correspondra à un ensemble de services liés à la

CSU, y compris les services de santé sexuelle et reproductive. Les expériences des pays qui ont opté pour la CSU démontrent l'importance cruciale d'un financement public accru du domaine de la santé : l'engagement politique à un haut niveau au Maroc s'est traduit par une augmentation des budgets consacrés au secteur de la santé, ce qui a contribué, à une large baisse de la mortalité maternelle. En outre, sept pays ont participé à la conférence régionale organisée par l'OMS, l'UNFPA, et l'UNICEF sur la santé maternelle et néonatale tenue à Dubaï en 2013 et ayant abouti à la Déclaration de Dubaï pour accélérer le progrès vers la réalisation des OMD 4 et 5, la planification familiale comprise.⁽⁹⁾ Cette déclaration a mis en évidence la nécessité de renforcer les systèmes de santé et de mobiliser les ressources nationales et internationales nécessaires à la mise en place de mécanismes de financement durables. Augmenter les budgets alloués à la santé impliquera des compromis difficiles. De ce fait, il faudra absolument démontrer clairement aux décideurs la valeur économique et intrinsèque de l'amélioration de la santé.

2) Intégrer les produits et services relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans le paquet des bénéfices de la CSU.

Outre les services de soins traditionnels en matière de santé sexuelle et reproductive, à l'instar des soins prénataux, de l'assistance qualifiée à l'accouchement, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, des soins postnataux, de la planification familiale, de la prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH, les pays devraient également promouvoir les éléments suivants :

- Prévention et lutte contre la violence fondée sur le genre;
- Éducation sexuelle des adolescents et services de santé reproductive destinés aux adolescents;
- Détection et traitement du cancer du sein;
- Prévention, détection et traitement du cancer du col de l'utérus (incluant la vaccination contre le HPV);
- Garantie de la disponibilité d'un plus large mix de moyens contraceptifs modernes acceptables.

Ces services devraient être accessibles quel que soit le niveau du système de santé, en partant du niveau communautaire pour arriver au niveau des hôpitaux issus du secteur tertiaire.

3) Commencer par les plus vulnérables.

Le besoin non satisfait en matière de services de santé, y compris en matière de services liés à la santé sexuelle et reproductive, demeure plus important chez les populations pauvres et les populations rurales. Les enquêtes nationales sur les ménages documentent clairement des inégalités liées à la richesse dans l'accès aux soins médicaux dans les États arabes.⁽¹⁰⁾ Les adolescents -en particulier les filles- sont souvent dans l'impossibilité d'accéder aux soins de santé reproductive à cause des partis pris des fournisseurs et d'autres formes de discriminations, même quand elles sont mariées. D'où des taux élevés de natalité parmi les adolescentes. Tous les efforts déployés pour mettre en œuvre la CSU devraient avant tout cibler ces populations et utiliser les données ventilées pour identifier les besoins et suivre le progrès. Étant donné que la plupart des pays ne pourront pas se permettre la gamme complète des services escomptés, la priorité devrait être donnée aux services ciblant les femmes les plus vulnérables dans l'ensemble du continuum des soins de santé reproductive.

4) Renforcer la capacité de mise en œuvre infranationale.

La plupart des pays dans la région, y compris le Maroc, la Somalie, le Soudan et la Tunisie, ont décentralisé les systèmes de santé et les

Exemples récents de Réformes de Systèmes de Santé et de Financement Sanitaire dans la Région des États Arabes

- Le paquet de services médicaux de base en Algérie requiert le partage des coûts avec le patient. Le gouvernement est en train de lancer une revue de toutes les politiques de santé et pourrait poursuivre la réforme du financement. Le déblocage de fonds supplémentaires pour la santé pourrait provenir des recettes fiscales et des revenus pétroliers.
- L'Égypte fournit à titre gracieux des services de soins primaires (santé sexuelle et reproductive comprise) dans toutes les infrastructures publiques. Pourtant, l'argent déboursé par les patients de leur propre poche est estimé à environ 70 % du total des dépenses relatives au domaine de la santé. La nouvelle constitution édicte le droit à la santé pour tous et prévoit chaque année une augmentation de la part du budget consacrée aux secteurs sociaux incluant la santé, l'éducation et la recherche.
- En Irak, les services de santé reproductive sont fournis gratuitement dans les infrastructures publiques. Cependant, les patients dépensent souvent de l'argent de leur propre bourse, la mauvaise qualité des services les poussant à recourir au secteur privé. Le gouvernement est en train de lancer une revue de la politique de santé en vue de réduire le fardeau financier imposé aux patients et de promouvoir l'accès aux services de santé.
- Le système des services de soins primaires au Liban facture ses prestations aux utilisateurs et se trouve déconnecté des services de soins secondaires. Une réforme est en cours : son but est de faire en sorte que l'accès aux soins primaires soit gratuit pour tous.
- En Tunisie, la sécurité sociale couvre les soins de santé de 70% de la population; le gouvernement finance les soins de santé des 20% les plus pauvres; et 10% de la population n'ont pas d'assurance. Le gouvernement est en train de réexaminer sa stratégie de financement en matière de santé afin d'améliorer la couverture sociale.
- Le gouvernement du Yémen a adopté une loi instaurant une assurance maladie pour les fonctionnaires et leur famille. Cette loi est perçue comme étant un premier pas vers un développement plus large de l'assurance maladie.

ont dotés d'une autonomie régionale et locale concernant l'attribution et l'exécution du budget de la santé. Une des causes du décalage entre les politiques de santé et leur mise en œuvre réside dans la collaboration insuffisante entre les ministères centraux et les administrations locales chargées de la délivrance des services de santé. Autre sujet d'inquiétude du même ordre : lorsque l'ensemble des services de santé sont décentralisés, les voix et les préoccupations des femmes sont fréquemment ignorées, en particulier dans les régions rurales. Les ministères de la santé devraient nouer des liens plus étroits avec leurs homologues locaux pour s'assurer que toute la population bénéficie de l'ensemble des prestations offertes. Les expériences menées dans d'autres régions ont montré que, même au sein des systèmes décentralisés, le gouvernement central a un rôle important à jouer dans l'établissement de normes standards et la garantie que les programmes locaux incluent bien toutes les franges de la société.⁽¹¹⁾

5) Chercher des solutions novatrices pour toucher les communautés rurales.

Comme dans beaucoup de régions du monde, la région affiche des disparités dramatiques entre communautés urbaines et communautés rurales concernant la qualité des services de santé. La mise au point de moyens novateurs, destinés à faire accéder les habitants ruraux à tout l'éventail des soins sera cruciale en vue de la réduction des inégalités. À titre d'exemple, l'Oman a réussi à mettre en œuvre un système de référencement des cas d'urgences obstétricales afin de garantir le transfert rapide des patientes des cliniques rurales vers les hôpitaux dotés d'une capacité chirurgicale. La Libye et le Maroc ont utilisé des cliniques mobiles pour toucher les femmes rurales qui vivent loin des centres de santé. Le Maroc a également doté les sages-femmes, travaillant dans les zones rurales, de téléphones portables et a fourni un numéro national de secours pour faciliter le transport des femmes souffrant de complications obstétricales.

6) Mettre l'accent sur la qualité - et pas uniquement sur l'accès.

Lorsque les services fournis sont fiables et d'excellente qualité, les gens seront plus enclins à les utiliser de manière systématique. À l'inverse, la confiance des gens dans les services médicaux sera mise à mal si les professionnels de santé sont absents, les produits de santé en rupture de stock et si ces mêmes professionnels manifestent du mépris à l'égard des patients. On doit accorder une attention particulière à la manière dont les paquets de bénéfices sont

délivrés, et pas uniquement au seul contenu de ces prestations. La pénurie de professionnels de santé dans la région constitue un obstacle à la délivrance de services de qualité. Le Soudan, par exemple, souffre de l'émigration de professionnels de santé qualifiés. Le Maroc, la Libye, la Somalie, et le Yémen font partie des pays arabes en proie à des pénuries de professionnels de santé, tandis que d'autres pays, à l'instar de l'Égypte, doivent accroître le nombre des femmes qui occupent des professions de santé afin d'encourager l'utilisation des services de santé. L'amélioration de l'accès aux services de soins -en particulier dans les zones rurales- passera nécessairement par la reconnaissance de la communauté des travailleurs de la santé en tant que membres à part entière des effectifs de santé ainsi que par le transfert de tâches accomplies par les médecins vers des professionnels compétents qui ne sont pas pour autant médecins. Le fait de travailler de concert avec le secteur privé et de réguler ce même secteur privé permettra par ailleurs d'éviter un surplus de services lucratifs qui ne sont pas nécessaires, tels que les sections dédiées aux accouchements par césariennes.

7) Communiquer auprès de la population autour de la valeur de la santé sexuelle et reproductive et de celle de la couverture universelle.

Si les gens doivent soutenir la couverture sanitaire universelle, y compris la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive, ils doivent être convaincus de son intérêt. L'adhésion populaire facilite aux gouvernements la levée d'impôts plus importants destinés à financer le secteur de la santé. Cette même adhésion est essentielle dans le maintien de l'élan politique accompagnant la couverture universelle. Les défenseurs de la santé et les ministères de la santé ont besoin de communiquer clairement autour de l'importance d'investir dans la santé et d'accroître la demande en matière de services de santé à fort impact qui se trouvent pourtant sous-utilisés. Par exemple, le ministère algérien de la santé a coopéré avec des chefs religieux de communautés locales afin d'encourager les femmes à accoucher dans les centres de santé. Un large soutien de la population est plus critique que jamais, étant donné que les gouvernements post-révolution s'efforcent d'être davantage sensibles aux besoins des communautés que ne l'étaient les gouvernements précédents.

8) Collaborer avec d'autres secteurs.

Les professionnels de la santé et les défenseurs de la santé doivent également collaborer avec des partenaires issus d'autres secteurs

pour adresser les déterminants sociaux de la santé, tels que l'éducation, la nutrition, et l'inégalité de genre- en particulier lorsque ces déterminants impactent directement l'accès et l'utilisation des services de santé reproductive. Une attention particulière devrait être accordée à la prestation de services de santé reproductive dans des contextes humanitaires, afin de réduire la violence basée sur le genre et de faire en sorte que les femmes accouchent en sécurité et puissent avoir accès aux contraceptifs.

Indicateurs Recommandés pour suivre la Couverture Universelle

L'OMS et la Banque Mondiale ont récemment proposé des objectifs et des indicateurs destinés à suivre le progrès en matière de couverture médicale universelle.⁽¹²⁾ Elles ont convié chaque pays à compiler une liste d'indicateurs relatifs aux services liés à la réalisation des OMD ainsi qu'aux affections chroniques et aux traumatismes. Les services de santé sexuelle et reproductive appartiennent aux deux catégories citées. Des représentants ayant participé à la consultation régionale ont proposé les indicateurs suivants concernant la santé sexuelle et reproductive:

1) Fonction du système de santé (chiffres présentés de manière agrégée, chiffres ventilés par région et chiffres relatifs aux centres servant les gens les plus défavorisés)

- Pourcentage des centres de santé fournissant l'ensemble des services de santé sexuelle et reproductive requis. Cet ensemble comprend au minimum les services suivants: soins prénataux, soins postnataux, assistance qualifiée à l'accouchement, services de traitement du VIH et planification familiale.
- Pourcentage du total des dépenses de santé consacré à la santé sexuelle et reproductive.

2) Couverture (agrégats, pour les 40% les plus pauvres, milieu rural vs milieu urbain, et niveau infranational)

Indicateurs précédemment inclus dans l'OMD5 :

- Proportion des naissances assistées par un personnel de santé qualifié
- Couverture des soins prénataux (une visite au moins ; quatre visites au moins)
- Taux de prévalence des contraceptifs
- Besoin non satisfait en matière de planification familiale

Nouveaux indicateurs:

- Proportion des naissances effectuées par césarienne
- Couverture du vaccin contre le VPH
- Proportion des femmes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus

3) Résultats Sanitaires (agrégats, pour les 40% les plus pauvres, milieu rural vs milieu urbain, niveau infranational)

- Taux de natalité chez les adolescentes
- Taux de mortalité maternelle
- Taux de survie de cinq ans au cancer du sein

Conclusion : les défis partagés, et les objectifs communs

Il n'y a aucune contradiction entre santé sexuelle et reproductive d'une part, et couverture sanitaire universelle d'autre part. En effet, ces deux domaines ciblent tous deux la mise en place d'une couverture universelle englobant des services de santé efficaces, tout en garantissant que son utilisation ne provoque pas la détresse financière des familles. En tant que tel, le fait d'intégrer des services de santé sexuelle et reproductive efficaces et exhaustifs dans le paquet de bénéfices renforcera la valeur de la couverture sanitaire universelle aux yeux de la population, tout en soutenant l'objectif ultime d'atteindre le meilleur niveau possible de soins pour tous. Chaque pays devra opter pour des interventions cohérentes avec plusieurs éléments : son profil démographique, ses caractéristiques de santé, ses progrès en matière de réalisation des objectifs de santé sexuelle et reproductive ainsi que sa capacité de financer durablement la fourniture des services concernés.

Remerciements :

La présente note de synthèse a été préparée par Dr. Margaret Kruk, Dr. Maha El-Adawy, Mme. Lori Ashford, et Dr. Mohamed Afifi. Nous remercions tout particulièrement M. Mohamed Abdel Ahad, Dr. Hussein Al-Sayed, Mme Jacqueline Mahon, Mme Fatima Hqiaq, et Mme Noha Gamal El-Din.

Références :

- 1) United Nations, A new global partnership: Eradicate poverty and transform economies through sustainable development, Report of the high-level panel of eminent persons on the post-2015 development agenda, New York: UN, 2013.
- 2) World Health Assembly, Social health insurance: sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, Report by the secretariat, 58th WHA, Geneva, Switzerland, May 16-25, 2005.
- 3) Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. Bull World Health Organ. 2013 Aug 1;91(8):546-A.
- 4) WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO), Meeting on accelerating progress towards universal health coverage, 5-7 December 2013, Dubai. [http://www.emro.who.int/about-who/universal-health-access/accelerating-progress-towards-uhc-meeting.html\[changed\]](http://www.emro.who.int/about-who/universal-health-access/accelerating-progress-towards-uhc-meeting.html[changed])
- 5) UNFPA, International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action, 1995. <http://www.unfpa.org/public/global/publications/pid/1973>
- 6) Declaration of the "Regional conference on population and development in the Arab States" (ICPD Beyond 2014), 24-26 June 2013; available online: accessed May 5, 2014 http://arabstates.unfpa.org/webdav/site/as/shared/docs/2013_Cairo_Declaration_English.pdf
- 7) UNICEF - At a glance: Yemen – available online: accessed May 5, 2014 (http://www.unicef.org/infobycountry/yemen_statistics.html)
- 8) UNFPA – Empowering people to ensure a sustainable future for all; available online: accessed May 5, 2014 <http://unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/news/2013/Post%202015%20Position%20Paper%20Final%2021%20October.pdf>
- 9) WHO EMRO, Saving the lives of mothers and children: Rising to the challenges, Dubai Declaration, 30 January, 2013, <http://www.emro.who.int/about-who/strategic-directions/dubai-declaration.html>
- 10) Pan-Arab Project for Family Health (PAPFAM) surveys in Djibouti, Libya, Morocco, Syria and Palestine; Demographic and Health Surveys in Egypt and Jordan; and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) in the remaining countries.
- 11) Halabi SF. Participation and the right to health: Lessons from Indonesia, Health and Human Rights 2013, <http://www.hhrjournal.org/2013/09/06/participation-and-the-right-to-health-lessons-from-indonesia/>
- 12) WHO and World Bank, Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework, 2013. http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/universal_health_coverage/en/



Réaliser un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger, et le potentiel de chaque jeune est accompli.

L'UNFPA - parce que chacun compte.