



# La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs

# Table des matières

<b>Introduction</b>	3
<b>Chapitre I: La problématique mondiale</b>	7
<b>1. La situation dans le monde</b>	7
<b>2. La réponse internationale</b>	8
<b>3. Difficultés de réalisation des <i>SDSR</i></b>	13
3.1. Manque de leadership, de bonne gouvernance et de ressources	13
3.2. Inégalités entre les sexes et manque d'autonomisation des femmes	13
3.3. Pratiques et usages traditionnels néfastes	14
3.4. Manque de conseils, d'informations, d'éducation	14
3.5. Accès restreint aux soins de santé de bonne qualité	15
3.6. Manque d'attention aux adolescents et jeunes	16
3.7. Violences sexuelles pendant les conflits et les catastrophes naturelles	16
3.8. Manque de recherche	17
<b>Chapitre II: La politique de la Coopération belge</b>	19
<b>1. Principes de coopération</b>	19
1.1. Une approche basée sur les droits humains	20
1.2. Une approche globale et positive de la sexualité et de la procréation	20
1.3. Les soins de santé pour tous	21
<b>2. Domaines stratégiques</b>	21
2.1. Promouvoir l'intégration des droits sexuels et reproductifs dans les politiques nationales	21
2.2. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des jeunes filles	22
2.3. Accorder plus d'attention aux adolescents et aux jeunes	22
2.4. Renforcer les systèmes de santé	22
2.5. Promouvoir une approche globale du SIDA	23
2.6. Soutenir la sensibilisation, l'information et l'éducation	23

<b>3. Domaines spécifiques de coopération</b>	24
3.1. Intégration des soins de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé généraux	24
3.2. Lutte contre la violence sexuelle et les pratiques néfastes	25
3.3. Soins et droits pendant les crises humanitaires, les conflits et la construction de la paix	25
<b>4. Mise en œuvre de la politique</b>	26
<b>Annexe 1: La contribution belge jusqu'à présent</b>	31
<b>Annexe 2: Liste des abréviations</b>	39

# Introduction

La promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs fait partie intégrante de la politique belge de coopération.

L'objectif de cette note est multiple. D'une part, elle veut présenter la position de la Coopération belge au Développement en la matière, et d'autre part, expliquer les principes sur lesquels elle se base, les domaines stratégiques et les domaines d'action spécifiques auxquels elle souhaite attacher une attention particulière, ainsi que les modalités de mise en œuvre de sa politique.

La santé sexuelle et reproductive fait partie des droits humains, elle est essentielle pour le bien-être de la personne, non seulement en ce qui concerne la procréation mais également en matière de relations sexuelles et d'épanouissement personnel. Néanmoins, les problèmes de santé reproductive sont l'une des plus grandes causes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement. Ils constituent - du fait qu'ils touchent principalement les femmes, et les jeunes - un frein important au développement socio-économique des communautés et des pays.

Le non respect des droits reproductifs et sexuels est à l'origine de sérieux problèmes tels que l'augmentation du nombre de grossesses chez les adolescentes, la morbidité et la mortalité maternelle et infantile élevée, la hausse des taux d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA, le taux élevé d'avortements, y compris les avortements à risque et illégaux et l'infécondité des femmes. La violence et l'exploitation sexuelle, notamment la traite des jeunes femmes, l'impunité des auteurs de ces crimes et délits, la stigmatisation des victimes et des personnes vulnérables, voire leur exclusion de la vie sociale, sont également des conséquences du non respect de ces droits.

Cette situation est favorisée par l'inégalité des sexes, le manque d'autonomisation des femmes, et des lacunes graves dans le domaine de l'éducation, y compris de l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive. Le manque d'accès aux services de santé, aux centres de planning familial, aux moyens de contraception, aux centres de dépistage et de traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA est autant la cause que la conséquence du non respect des droits reproductifs et sexuels. Les principales victimes en sont les adolescent(e)s, les personnes vulnérables, telles les personnes atteintes par le VIH/SIDA, ou encore les migrants, légaux ou illégaux, les réfugiés, les populations rurales et les minorités ethniques.

Le poids des traditions locales, les interdits de nature religieuse ou autres, viennent également entraver la mise en œuvre des politiques visant à instaurer le respect de ces droits et à promouvoir l'accès aux services de conseil et de santé qui s'y rapportent.

Le non respect de la santé et des droits reproductifs et sexuels s'inscrit dans le cadre général du sous-développement et de l'extrême pauvreté, et apparaît dès lors comme relevant des objectifs que s'est assignés la Coopération belge au Développement. La loi du 25 mai 1999 relative à la Coopération internationale belge souligne en effet dans son article 3 que *«la coopération internationale belge a pour objectif prioritaire le développement humain durable à réaliser par le biais de la lutte contre la pauvreté, sur base du concept du partenariat et dans le respect des critères de la pertinence pour le développement...»*. L'article 3 souligne par ailleurs que la coopération internationale belge a entre autres pour objectif de contribuer *«au respect de la dignité humaine, (...) des droits de l'homme et des libertés fondamentales avec une attention particulière pour la lutte contre toutes les formes de discrimination pour des raisons sociales, ethniques, religieuses, philosophiques ou basées sur le sexe»*.

La politique de la Belgique doit donc contribuer au respect des droits humains, des libertés fondamentales et à la lutte contre toutes les formes de discrimination. Les droits sexuels et reproductifs font partie intégrante des droits humains et des libertés fondamentales et reposent sur des traités et des conventions internationales qui ont été ratifiés par la Belgique.

La politique belge s'inscrit également dans son engagement en faveur des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et repose sur les recommandations et le plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire de 1994.

La thématique de la santé et des droits sexuels et reproductifs est également reprise dans les notes stratégiques relatives aux secteurs et thèmes de concentration figurant dans la loi de 1999: *«soins de santé de base, en ce compris la santé reproductive»*, *«enseignement et formation»*, *«rééquilibrage des droits et des chances des femmes et des hommes»*, *«droits de l'enfant»* ainsi que dans la note politique du gouvernement relative à la contribution de la Belgique à la lutte mondiale contre le VIH/SIDA.

En juillet 2005, la Chambre des Représentants a adopté une résolution visant à établir une note politique spécifique sur la santé et les droits reproductifs et sexuels. Cette résolution de la Chambre faisait suite à de nombreuses initiatives prises suite à la Conférence sur la Population et le Développement du Caire (1994) tant par le législateur que par la société civile. Ainsi, plusieurs programmes spéci-

fiques de coopération ont été financés dans le Sud, la Plateforme pour la Population et le développement a été créée, des centres de recherche spécialisés ont été instaurés dans les universités et les institutions scientifiques belges et la Commission Femmes et Développement a placé cette thématique parmi ses priorités.



# Chapitre I: La problématique mondiale

## 1. La situation dans le monde

Des données chiffrées provenant des rapports internationaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'ONUSIDA<sup>(\*)</sup> illustrent l'ampleur des conséquences dues au non respect des droits reproductifs et sexuels dans le monde.

- Dans les pays les plus pauvres, les relations sexuelles non protégées sont le deuxième facteur de risque de maladie, d'invalidité et de mort, après la malnutrition<sup>(\*\*)</sup>.

Chaque année, quelque 210 millions de femmes sont soumises à des complications de grossesse comportant un risque pour leur vie. 529.000 femmes, dont 99% dans les pays en développement, meurent en cours de grossesse, d'accouchement ou de conséquences puerpérales. On estime que dans le monde, 61% des accouchements sont pratiqués par du personnel qualifié alors qu'en Afrique, seuls 40% des accouchements en bénéficient.

- Plus de 120 millions de couples n'ont pas accès aux contraceptifs.
- 80 millions de femmes, chaque année, sont enceintes contre leur gré. Il s'agit soit de grossesses non désirées dans une relation de couple, soit de grossesses dues à une contrainte sexuelle. 46 millions de ces femmes choisissent d'interrompre leur grossesse. Pour 18 millions d'entre elles, dont 40% n'ont pas 25 ans, l'interruption de grossesse se fait dans des conditions insalubres, ce qui entraîne à nouveau 68.000 décès dus à des complications.
- On estime que chaque année, quelque 340 millions de personnes sont atteintes par les quatre infections sexuellement transmissibles (IST) les plus courantes. Au moins un tiers de ces infections concerne des jeunes de moins de 25 ans. Ces infections sont la cause de l'infertilité chez près de 180 millions de couples dans les pays en développement.
- Alors que le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde est estimé à 40 millions, on estime que le nombre de nouvelles infections en 2006 a atteint 4,3 millions et que 2,9 millions de personnes sont décédées du SIDA. Plus de 17 millions de femmes de plus de 15 ans dans le monde sont porteuses du VIH/SIDA. En Afrique subsaharienne, 74% des jeunes de 15 à 24 ans porteurs du VIH/SIDA sont des jeunes femmes. On estime que chaque jour, 1.500 enfants de moins de 15 ans sont infectés par le VIH/SIDA, le plus souvent par la transmission du virus de la mère à l'enfant.

---

(\*) La plupart des données chiffrées proviennent des rapports de l'OMS 2005, de l'ONUSIDA 2006

(\*\*) Rapport de l'OMS 2002



- ❑ Chaque année, 3 millions de petites filles sont victimes de mutilations génitales.
- ❑ Chaque année, 257.000 femmes meurent du cancer du col de l'utérus, la plupart dans des pays pauvres où manquent des moyens de dépistage.
- ❑ Près de 2,7 millions d'enfants morts-nés le sont à cause de la mauvaise santé de leur mère ou à cause de l'absence de soins ou de leur mauvaise qualité pendant la grossesse ou durant l'accouchement.

Il est, par contre, nettement plus difficile de disposer de données précises et fiables quant à la violence sexuelle. Des données partielles proviennent des services de police, des services de santé publique, d'ONG ou d'enquêtes. La violence sexuelle prend plusieurs formes telles que: la violence sexuelle du partenaire, l'inceste et la violence sexuelle au sein de la famille, les viols collectifs, le trafic des femmes et des enfants pour l'industrie du sexe, les relations sexuelles sous la contrainte à l'école, les violences sexuelles dans les camps de réfugiés et utilisés comme arme de guerre pendant les conflits, ainsi que diverses formes de pratiques relevant de la tradition, telles que l'initiation sexuelle sous la contrainte par un membre de la famille, les mariages de très jeunes filles, la transmission de la veuve au frère du défunt.

La violence sexuelle vis-à-vis des femmes, et particulièrement des jeunes filles, est d'autant plus dommageable pour la santé, que d'un point de vue biologique et physiologique, elles sont plus sensibles aux infections, aux maladies sexuellement transmissibles y compris au VIH/SIDA, que les hommes et garçons. La violence sexuelle à l'encontre des femmes et des jeunes filles est également la cause de grossesses précoces avec tous les risques de morbidité, d'infirmité - dont des fistules traumatiques-, d'infécondité subséquente et de mortalité pour la mère et/ou pour l'enfant. Au-delà des atteintes à la santé physique des victimes, les dommages psychologiques ont très souvent des effets irrémédiables.

## 2. La réponse internationale

La reconnaissance des droits reproductifs et sexuels est issue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Caire, 1994) et la Conférence Mondiale sur les Femmes (Beijing, 1995). L'énoncé de ces droits s'inscrit dans la lignée des principales conventions des droits de l'homme que sont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1976), la «Convention sur l'Élimination de toute forme de Discrimination envers les Femmes» (CEDAW) de 1981 et la «Convention relative aux Droits de l'Enfant» (CRC) de 1990.

En 1994, les représentants de 179 états participaient à la «Conférence Internationale sur la Population et le Développement» (CIPD) au Caire. S'appuyant sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes, la Déclaration du Caire invite les états à

assurer à chacun la santé et les droits reproductifs et sexuels comme une contribution importante au développement durable et à la lutte contre la pauvreté. La conférence a pu démontrer que le non respect des droits sexuels et reproductifs et l'absence de soins dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive affectent très négativement non seulement les individus, et en particulier les femmes, mais aussi le développement des communautés et des pays.

La 4ème «Conférence mondiale sur les femmes» qui s'est tenue à Beijing en 1995 a souligné le fait que pour les femmes, le droit à une santé sexuelle et reproductive est d'un intérêt vital afin qu'elles puissent participer à tous les secteurs de la vie en société.

Ces deux conférences ont permis une avancée considérable dans la reconnaissance de la santé et des droits sexuels et reproductifs comme composantes essentielles de la lutte contre la pauvreté et du renforcement de la position de la femme. Elles ont abouti pour la première fois à des définitions acceptées par tous, à l'exception des droits sexuels et de la santé sexuelle. Comme les activités sexuelles, le bien-être sexuel et les droits qui s'y rapportent dépassent largement les seuls besoins de procréation et la transmission de la vie, l'Organisation Mondiale de la Santé a comblé ces lacunes en proposant des définitions de travail.

## Définitions

**Genre<sup>(\*)</sup>:** Les différences biologiques existant entre les hommes et les femmes ne changent pas. Mais les rôles sociaux, acquis et non innés, évoluent dans le temps et varient d'une société à l'autre. L'expression «genre» renvoie aux caractéristiques et possibilités économiques, sociales, politiques et culturelles qui sont liées au fait d'être un homme ou une femme (DGCD, note stratégique sur «le rééquilibrage des droits et des chances des femmes et des hommes»).

**Sexualité:** La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la procréation.

La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toutes vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels (Définition de travail OMS).

**La santé sexuelle:** La santé sexuelle est un état complet de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités.

(\*) [www.dgcd.be/documents/fr/notes\\_strategiques/gender/note\\_gender\\_fr.pdf](http://www.dgcd.be/documents/fr/notes_strategiques/gender/note_gender_fr.pdf)

La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes en toute sécurité, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun (Définition de travail OMS).

**La santé reproductive:** La santé reproductive est un état de bien-être général, tant physique que mental et social et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.

La santé reproductive implique qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle a la possibilité de procréer et la liberté de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire (CIPD art. 7.2).

**Les droits sexuels:** Les droits sexuels font partie des droits de l'homme et ont été reconnus dans les législations nationales, les documents internationaux sur les droits de l'homme et les déclarations de consensus. Ils comprennent le droit de chaque personne, quelle que soit sa préférence sexuelle, et sans aucune forme de contrainte, discrimination et violence, de:

- Bénéficier des standards les plus élevés possibles en matière de santé et donc aussi l'accès le plus large possible aux services de santé sexuelle et reproductive.
- Chercher à avoir, recevoir et donner des informations relatives à la sexualité.
- Recevoir une éducation sexuelle.
- Voir respecter son intégrité physique.
- Choisir seul(e) son/sa partenaire sexuel(le).
- Décider seul(e) d'être/de ne pas être sexuellement actif/active.
- Décider conjointement d'établir une relation sexuelle avec son/sa partenaire.
- Choisir librement de se marier ou non par consentement mutuel.
- Choisir librement d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, de leur nombre et du rythme des naissances.
- Poursuivre une vie sexuelle satisfaisante, dans des conditions sûres et agréables.

*(Définition de travail OMS)*

### **Les droits reproductifs:**

- Le droit des 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 et des moyens nécessaires pour ce faire (CIPD art. 7.3).
- Le droit des hommes et des femmes à l'information et à l'accès à des méthodes de planification des naissances efficaces, abordables, acceptables et librement choisies ainsi qu'à l'accès à des services de soins de santé pour une grossesse et un accouchement sans risque (CIPD art. 7.36).
- Le droit des femmes de décider librement et avec discernement de leur sexualité, y compris de leur santé sexuelle et reproductive, sans aucune forme de discrimination, de contrainte ou de violence (*Plateforme d'Action de Beijing 596*).

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui découlent de la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2000, ainsi que la déclaration politique de suivi adoptée en 2005, constituent un cadre international visant au développement durable et à la réduction de la pauvreté. Quatre des huit OMD ont un rapport direct avec la santé et les droits reproductifs (il s'agit des objectifs 3, 4, 5 et 6), et les quatre autres y sont également étroitement associés.

## Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

1. Éliminer l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
4. Réduire la mortalité infantile
  - Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
5. Améliorer la santé maternelle
  - Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
  - Accès universel à la santé reproductive pour 2015
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies
  - D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle
7. Assurer un environnement durable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Le débat international relatif à la santé et aux droits sexuels et reproductifs a eu pour effet que la déclaration politique du Sommet mondial de 2005 («World Summit Outcome»)<sup>(\*)</sup> a mis en évidence l'importance de la santé reproductive pour atteindre les OMD. Cette Déclaration souligne que la santé reproductive est importante, non seulement pour l'atteinte des objectifs se rapportant à la santé (art. 57), mais aussi pour l'atteinte de l'objectif relatif à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (art.58). La résolution issue de ce sommet mondial proposait dès lors de faire de «l'accès universel à la santé reproductive en 2015» une cible («target») de l'objectif 5 des OMD. Cette proposition a été ratifiée fin 2006 par une décision de l'Assemblée Générale de l'ONU.

(\*) United Nations General Assembly: Resolution adopted by the General Assembly 60/1 2005 World Summit Outcome.

L'Union européenne fait de la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs une des pierres angulaires de son soutien afin d'atteindre les OMD. Cette volonté européenne se traduit dans plusieurs résolutions et décisions, comme le Règlement 1567/2003 du Parlement Européen et la Résolution du 15 juillet 2003 sur «la politique d'aide et les actions internationales relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans les pays en voie de développement». Ce règlement se rapporte à la période 2003-2006. Les actions pour la période 2007-2013 sont décrites dans les communications de la Commission au Conseil et au Parlement européen «Investir dans les ressources humaines» et «Actions extérieures au travers des programmes thématiques dans le cadre de futures perspectives financières» (COM(2005)324)<sup>(\*)</sup>. Une des conclusions du Conseil européen des relations extérieures relatives aux OMD du 24 mai 2005 soulignait que «l'Union européenne reconnaît que les OMD ne pourront pas être réalisés que si l'accès universel à la santé et aux droits reproductifs et sexuels sont garantis, conformément aux prescrits de la Conférence du Caire» (CIPD)<sup>(\*\*)</sup>.

Par ailleurs, bien que la Belgique n'y soit par essence non liée, trois documents normatifs régionaux en Afrique semblent pouvoir être invoqués dans le dialogue politique sur la santé et les droits reproductifs et sexuels. Ces textes sont d'autant plus essentiels que treize de nos dix-huit pays partenaires sont des Etats africains. Les trois documents qui suivent ont été adoptés par les Etats africains sous l'égide de l'Union africaine:

- La «**Déclaration d'Intention d'Abuja**» adoptée à Abuja (Nigéria) en 2006 par le Sommet spécial de l'Union africaine sur le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Cette déclaration souligne l'engagement des pays africains à consacrer 15% de leurs budgets nationaux aux soins de santé.
- Le «**Protocole sur les Droits de la Femme en Afrique**» de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, adopté à **Maputo** (Mozambique) en 2003. Les 41 états africains qui ont signé le protocole se sont engagés à garantir les droits des femmes et à prendre des mesures pour éliminer les pratiques néfastes à la santé des femmes et à leur bien-être général.
- Suite à ce Protocole, le «**Plan d'Action de Maputo**»<sup>(\*\*\*)</sup> (2007-2010) a été adopté en 2006 par la Session spéciale de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine. Ce Plan d'Action offre un cadre d'orientation continental pour la promotion des droits de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique.

---

(\*) [http://ec.europa.eu/development/body/development\\_policy\\_statement/docs/communication\\_edp\\_statement\\_en.pdf#zoom=1000](http://ec.europa.eu/development/body/development_policy_statement/docs/communication_edp_statement_en.pdf#zoom=1000)

(\*\*) Conclusions of EU External Relations Council – Acceleration progress towards MDGs, May 24, 2005

(\*\*\*) The Maputo Plan of Action for the operationalisation of the continental policy framework for sexual reproductive health and rights 2007-2010

Celui-ci établit une véritable stratégie en vue:

- d'intégrer les programmes et les services de santé et de droits reproductifs et sexuels et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA et les cancers de l'appareil reproductif;
- de repositionner la planification familiale comme volet essentiel pour atteindre les Objectifs du Millénaire dans le domaine de la santé;
- d'œuvrer à la satisfaction des besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes afin d'en faire un volet essentiel de la santé sexuelle et reproductive;
- de lutter contre l'avortement à risque;
- d'offrir des services de qualité à des coûts abordables afin de promouvoir la maternité sans risque, la survie de l'enfant et la santé maternelle, infantile et juvénile.

La mise en œuvre du Plan d'Action de Maputo, si elle est effectivement réalisée, permettrait de réduire sensiblement en Afrique, les graves problèmes de santé et les atteintes à la dignité et aux droits de la personne humaine qui sont la conséquence du non respect de la santé et des droits reproductifs et sexuels.

### **3. Difficultés de réalisation des SDRS**

Malgré les efforts qui découlent des plans d'actions issus de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire et de la Conférence Mondiale sur les Femmes à Beijing, et malgré l'engagement de toute la communauté internationale en faveur des OMD, beaucoup de difficultés, voire d'obstacles, subsistent quant à la réalisation des SDRS dans les pays en développement.

#### ***3.1. Manque de leadership, de bonne gouvernance et de ressources***

Bien que la plupart des gouvernements dans le Sud aient signé les principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, aux droits de l'enfant et aux droits de la femme et que plusieurs protocoles et plans d'action régionaux aient été élaborés, la transcription des principes dans des dispositions législatives ou réglementaires locales et leur application est encore loin d'être réalisée.

Par manque de leadership, de volonté politique, de bonne gouvernance et/ou de ressources suffisantes, les gouvernements et les parlements ne mènent pas toujours une politique conséquente en matière de santé reproductive et sexuelle dans les différents secteurs concernés (législation, santé publique, éducation, accueil des victimes, justice, etc.).

### ***3.2. Inégalités entre les sexes et manque d'autonomisation des femmes***

Dans de nombreux pays subsiste une grande inégalité entre les hommes et les femmes. Les discriminations envers les femmes et les jeunes-filles ont des conséquences immédiates sur leur santé et leurs droits reproductifs et sexuels. Les restrictions sociales, le manque de sécurité financière, l'absence de droit de propriété et de droit de succession, la dépendance économique, la dépendance dans les décisions domestiques, les restrictions quant à l'accès à l'éducation primaire, secondaire et supérieure contribuent à la dépendance sexuelle de la femme et à son incapacité à exiger des relations sexuelles protégées et responsables. Le non respect des droits des femmes et en particulier, du droit à la vie privée et à la confidentialité, leur assujettissement à l'homme sont, sinon encore enseignés, du moins inculqués par des usages traditionnels. Par ailleurs, les hommes échappent encore trop souvent à leurs responsabilités quant à leurs comportements sexuels et quant aux conséquences de leurs activités sexuelles. L'émancipation de la femme demande avant tout un changement de mentalité et de comportement des hommes.

### ***3.3. Pratiques et usages traditionnels néfastes***

Les pratiques et les traditions socioculturelles vont souvent à l'encontre des droits individuels. Pour beaucoup de communautés, la survie de la communauté l'emporte sur le respect de ces droits. La sexualité, la procréation et les relations entre les hommes et les femmes sont influencées par les traditions locales, des prescrits et interdits religieux ou animistes, et des rapports de force au sein des communautés. Les mutilations génitales des fillettes et des adolescentes en sont un exemple, de même que les rites d'initiation sexuelle, le mariage précoce des jeunes filles, ou encore la subordination sexuelle des femmes à un chef coutumier, la transmission de la veuve et des orphelins au frère du défunt. L'accompagnement traditionnel des grossesses et des accouchements sont parfois risqués et souvent responsables du recours tardif, en cas de complication obstétricale, à des soins médicaux qualifiés.

### ***3.4. Manque de conseils, d'informations, d'éducation***

Les hommes et les femmes ne disposent pas d'assez d'informations quant à leurs droits en matière de sexualité et de procréation, en matière de prévention et de traitement de problèmes de santé et quant aux différentes possibilités de choix de moyens de contraception et de planning familial.

Le manque de conseils, d'information et d'éducation, tant pour les garçons que pour les filles, les hommes que les femmes, mène à un comportement sexuel irresponsable, à des pratiques de discrimination sociale, à une attitude négative

à l'égard des femmes et des jeunes filles et à un pouvoir de décision limité des femmes et des jeunes filles dans la gestion de leur propre vie sexuelle et reproductive.

L'information et les conseils sur la santé sexuelle et reproductive font trop rarement partie des matières enseignées dans les écoles primaires et secondaires.

### **3.5. Accès restreint aux soins de santé de bonne qualité**

Dans beaucoup de pays, les personnes les plus pauvres et en particulier, les femmes et les adolescents, ne disposent que d'un accès limité aux soins de santé et aux soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Les soins de santé de base comprennent, entre autres, l'information et l'éducation sexuelle, des informations et des conseils concernant le planning familial, l'accès aux contraceptifs modernes (y compris les préservatifs), les soins pendant la grossesse et l'accouchement, la prévention, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA. Les systèmes de santé doivent également prévoir des mécanismes de référence pour faire face à des complications pendant la grossesse, des accouchements à risque, des avortements et des cancers qui dépassent le niveau de compétence des centres de premier niveau.

Le suivi des grossesses et particulièrement l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié ne sont pas encore suffisamment répandus, ce qui a pour conséquence une mortalité maternelle importante ou des complications, telles des fistules obstétricales<sup>(\*)</sup>.

Dans le monde, et principalement dans les pays du Sud, on constate un très grand déficit en personnel de santé qualifié, surtout féminin, qui est formé pour procurer des soins de santé reproductive de qualité. Ces soins demandent que le personnel de santé ait les compétences voulues en obstétrique mais également dans le domaine de la communication, des relations humaines, de l'écoute, et qu'il respecte la vie privée du patient et la confidentialité des informations.

Il manque également de soins de santé et d'accompagnement psychosocial pour les victimes de grossesses non désirées, de complications pendant la grossesse et l'accouchement, d'avortements pratiqués dans des conditions insalubres, de viols et de violences sexuelles.

Beaucoup de couples, femmes et adolescents qui veulent se protéger contre une grossesse non désirée ou une infection par des MST ou par le VIH/SIDA, ne sont pas capables de le faire parce que les moyens contraceptifs tels que les préservatifs ne sont pas disponibles ou sont trop chers.

---

(\*) Une fistule obstétricale est une lésion anatomique des tissus de la paroi vaginale, vésicale ou rectale. Cette lésion est favorisée par un accouchement difficile non pris en charge à temps.



### ***3.6. Manque d'attention aux adolescents et jeunes***

De façon générale, trop peu d'attention est accordée aux droits sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes. Malgré le fait qu'ils sont sexuellement actifs de plus en plus tôt, ils n'ont pas souvent d'accès à l'éducation sexuelle, à l'information, aux moyens de contraception, et à des soins adaptés, ce qui les rend très vulnérables à des grossesses non désirées, à des avortements à risques, aux IST, aux infections par le VIH/SIDA et à toutes les formes de violences sexuelles.

Les jeunes filles non mariées sont particulièrement vulnérables aux conséquences de grossesses non désirées. Elles courent un plus grand risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Elles sont souvent obligées d'arrêter leurs études et de s'occuper de leurs enfants, ce qui hypothèque leur avenir et celui de leur future famille et diminue leurs chances de briser le cercle vicieux de la pauvreté. Ces jeunes filles sont souvent exclues de leur famille et leurs chances de se marier diminuent, ce qui a des conséquences désastreuses dans les pays où le statut social et la sécurité des femmes sont fortement liés à leur état civil.

Dans les campagnes d'éducation sexuelle, on n'apprend pas suffisamment aux jeunes à communiquer et à négocier, à respecter leurs propres limites et celles de leur partenaire, à assumer leurs responsabilités quant aux conséquences de leur activité sexuelle.

Les jeunes ont trop peu l'occasion de faire entendre leur voix et de participer aux programmes et services relatifs à la sexualité, à la procréation et aux soins de santé sexuelle et reproductive.

Les services, mais aussi les communautés et l'environnement familial proche, ne disposent pas toujours eux-mêmes des compétences et moyens nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents, alors que cette attention est primordiale pour le développement de leur personnalité, de leurs comportements et de leur position future dans la société.

### ***3.7. Violences sexuelles pendant les conflits et les catastrophes naturelles***

L'usage systématique et étendu des violences sexuelles comme arme de guerre a été reconnu par la Cour pénale internationale comme un crime contre l'humanité et une atteinte aux droits humanitaires internationaux. Toutes les formes de violences sexuelles comme le viol et la prostitution forcée, l'esclavage sexuel sont utilisées comme armes de guerre. Surtout les filles et les femmes, mais également les hommes, les garçons et les jeunes enfants en sont les victimes. Une telle tactique de guerre cause des traumatismes sérieux chez les victimes mais également au sein de la société.

Les violences sexuelles ont lieu également dans les situations post-confliktuelles entraînant des déplacements de populations. Les réfugiés et les personnes déplacées sont particulièrement vulnérables. Des violences analogues se déroulent lors des catastrophes naturelles ou à la suite de celles-ci.

La violence sexuelle reste une pratique courante dans certaines régions. Plutôt que d'être secourues et assistées, les victimes sont stigmatisées et les auteurs de ces violences restent impunis.

Les programmes d'aide humanitaire, pendant les conflits armés et les désastres naturels, accordent trop peu d'attention aux soins de santé, à l'accueil et à la protection des personnes victimes de violences sexuelles. En outre, dans ces programmes, une attention insuffisante est accordée à l'intégration de services minimaux de soins de santé sexuelle et reproductive, même si ceci a été inclus dans les directives internationales pour l'élaboration de programmes humanitaires.

### ***3.8. Manque de recherche***

Trop peu de recherches opérationnelles portent sur les causes des difficultés d'accès aux services de soins de santé reproductive et de leur non utilisation par la population. De même, des études sont nécessaires pour comprendre les difficultés d'intégrer la prévention et le traitement dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle dans les systèmes de soins de santé de base. L'impact de l'intégration des activités de VIH/SIDA dans les services de santé de la reproduction mérite également d'être documenté.

Trop peu de ressources sont encore consacrées aux recherches scientifiques visant à mettre sur le marché des méthodes anticonceptionnelles qui soient efficaces et acceptables, ainsi que des moyens de protection contre des IST et le VIH/SIDA tels que les microbicides<sup>(\*)</sup> et les vaccins contre le SIDA. Il faut également poursuivre les recherches visant à la mise au point de méthodes simples et peu coûteuses de dépistage, de prévention et de traitement.

Enfin, davantage de recherches multidisciplinaires devraient être menées sur les causes et les effets de la violence sexuelle et des pratiques nuisibles afin de proposer des solutions appropriées.

---

(\*) gel ou autre produit à usage vaginal, permettant de réduire voire d'éliminer le risque d'infection au VIH/SIDA



# Chapitre II: La politique de la Coopération belge

La Belgique s'est engagée à appuyer la mise en œuvre des droits sexuels et reproductifs dans les pays en développement par le biais de sa politique de coopération internationale. Depuis un certain temps maintenant, cet engagement se traduit déjà concrètement dans ses programmes.

Comme il en ressort du chapitre précédent, la question de la mise en œuvre de la santé et des droits reproductifs et sexuels relève non seulement des domaines de la santé publique et des droits de la personne humaine, mais s'inscrit également pleinement dans la réalisation des OMD dans leur ensemble, et plus particulièrement dans la lutte pour la réduction de la pauvreté. Cette constatation implique que la Coopération belge au Développement appuie la politique de ses pays partenaires dans différents domaines pour améliorer la situation des femmes et des hommes quant à la jouissance d'une santé reproductive et sexuelle reposant sur le plein exercice de leurs droits en la matière.

Cependant, l'appui de la Coopération belge n'est pas uniquement multisectoriel, mais également spécifique, tout en préservant naturellement une dimension holistique dans ses programmes et projets.

L'engagement de la Belgique envers la promotion de la santé et des droits reproductifs et sexuels se décline aussi bien par son action multilatérale que par ses programmes et projets bilatéraux, directs et indirects. Cet engagement est attesté par l'accroissement important des moyens financiers qu'y consacre la Coopération au Développement ces dernières années.

La Belgique poursuivra son action en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs en rejoignant celle menée par l'Union européenne et la communauté internationale.

Conformément à la Déclaration de Paris, la Belgique cherchera à harmoniser sa politique et ses activités de coopération avec celles des autres donateurs et à les aligner à la politique de développement des pays bénéficiaires.

## 1. Principes de coopération

La politique de Coopération de la Belgique dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs repose sur trois principes fondamentaux: une approche basée sur les droits humains, une approche globale et positive de la sexualité et de la procréation, et le droit aux soins de santé pour tous.

## ***1.1. Une approche basée sur les droits humains***

La politique de développement d'un pays doit promouvoir le développement économique et social de tous ses citoyens en respectant leurs droits. De même en ce qui concerne l'accueil et le séjour de non-citoyens, le plus souvent de réfugiés et de migrants.

Le respect des droits sexuels et reproductifs combat l'inégalité entre l'homme et la femme, entre les jeunes et les vieux, entre les riches et les pauvres, entre les puissants et les faibles, ainsi que la discrimination des groupes vulnérables et des personnes avec une autre orientation sexuelle. Le non respect de ces droits a un impact négatif sur la santé reproductive.

Une approche basée sur les droits humains de la santé reproductive et sexuelle comprend trois composantes essentielles: l'obligation, les programmes et services, et enfin la participation. L'obligation implique que la loi, les réglementations et les mécanismes de suivi de leur mise en œuvre garantissent les droits sexuels et reproductifs de tous les citoyens (également des plus faibles et vulnérables) et les protègent contre l'exploitation, les pratiques nuisibles, la violence, la discrimination et l'exclusion. Les programmes et services doivent être disponibles pour l'information, l'éducation, les soins et l'assistance. Ils doivent être accessibles à tous, abordables financièrement, de qualité, adaptés à l'âge des personnes concernées, à l'environnement culturel et pouvoir préserver la confidentialité. La participation implique que les hommes, les femmes et les jeunes aient le droit d'être informés de façon objective et de se former pour pouvoir effectuer librement des choix, y compris en matière sexuelle et reproductive, et participer activement aux programmes et services.

## ***1.2. Une approche globale et positive de la sexualité et de la procréation***

Dans le passé, la sexualité était abordée de façon restrictive et négative. Elle se rapportait au seul besoin de procréation et de transmission de la vie. Parler de sexualité était tabou, ce qui maintenait les gens dans l'ignorance et encourageait les situations de discrimination. On en appelle aujourd'hui à débattre avec les hommes et les femmes de façon plus large et plus positive de la sexualité et de la procréation en prenant en compte différents facteurs émotionnels, psychologiques, et culturels dans une perspective de bien-être, tant physique qu'émotionnel ou social.

La sexualité touchant aux aspects intimes de la vie, la confidentialité et le respect de la vie privée sont donc nécessaires. L'individu a le droit de ne pas être identifié et d'être sûr qu'aucune information ne soit diffusée à son égard. Enfin, le respect des valeurs des autres est également indispensable: les personnes chargées d'informer, d'éduquer, de soigner et d'aider doivent le faire dans un esprit d'ouverture

aux valeurs d'autrui, ne pas émettre de jugement, ni imposer leur point de vue.

### **1.3. Les soins de santé pour tous**

L'accès universel aux soins de santé reproductive et sexuelle par leur intégration dans les services de soins de santé de premier niveau, est un des objectifs les plus importants du Plan d'action de la CIPD (art. 7.6). Cet accès universel est également essentiel pour la réalisation des OMD consacrés à la santé de la mère et de l'enfant et à la lutte contre le VIH/SIDA.

Le droit fondamental aux soins de santé a été une fois encore souligné par la Belgique en 2001 au cours d'une conférence organisée par la Présidence belge de l'Union européenne sur ce thème et à laquelle plusieurs ministres de la santé de pays du sud ont participé. Cette conférence a abouti à la déclaration d'Anvers: «Les soins de santé pour tous»<sup>(\*)</sup>.

## **2. Domaines stratégiques**

En se basant sur sa large expérience dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels, la Belgique a identifié six domaines stratégiques auxquels elle attachera une attention particulière et qui seront pris en compte de façon systématique dans ses interventions.

### **2.1. Promouvoir l'intégration des droits sexuels et reproductifs dans les politiques nationales**

L'une des particularités des partenariats de coopération qui se forment entre pays donateurs et pays bénéficiaires de l'aide est qu'il n'appartient plus aux pays donateurs d'imposer des priorités à leurs partenaires. Le principe d'appropriation des politiques de développement rend les pays responsables de leur politique économique et sociale et de leur stratégie nationale de réduction de la pauvreté. Ce sont nos pays partenaires qui doivent fixer les priorités sectorielles et les axes thématiques de leur approche du développement.

Par le dialogue politique, la Belgique continuera à encourager ses pays partenaires à intégrer la santé et les droits reproductifs et sexuels dans leurs stratégies nationales de réduction de la pauvreté et dans leurs plans sectoriels. Elle sera disposée à les soutenir dans cette démarche et à appuyer la mise en œuvre et l'évaluation de ces stratégies au niveau central, décentralisé ou communautaire et ce, dans les différents secteurs.

---

(\*) [www.itg.be/internet/hca/DEC16-11EN.pdf](http://www.itg.be/internet/hca/DEC16-11EN.pdf)

## ***2.2. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des jeunes filles***

Les femmes et les filles doivent être considérées et traitées comme citoyennes à part entière au même titre que les hommes et les garçons et jouir des mêmes droits, opportunités et responsabilités dans tous les domaines de la vie. Les Etats doivent garantir que ces droits soient protégés et que les femmes aient accès à la connaissance de ces droits et le pouvoir de les exercer.

La Belgique continuera à plaider pour l'égalité des droits et des chances des femmes et des hommes et le renforcement de la position des femmes dans la société. Elle plaidera en particulier pour la reconnaissance du droit de chaque femme à un service de soins de santé sexuelle et reproductive comme défini dans le Programme d'Action de la CIPD.

La Belgique appuiera en particulier les initiatives de ses pays partenaires visant à garantir aux filles un accès universel à l'éducation; à renforcer le pouvoir économique et politique des femmes au sein de leur communauté et de la société; à développer et promouvoir des méthodes de prévention des IST et de régulation des naissances renforçant l'autodétermination des femmes, tels que le préservatif féminin et les microbicides. Le gouvernement belge soutiendra également les initiatives visant à accroître la participation, la conscientisation et la prise de responsabilités des garçons et des hommes dans la promotion de l'égalité des sexes; à prévenir et lutter contre les violences sexuelles et les pratiques nuisibles, ainsi qu'à assurer l'accueil et la non-discrimination des victimes.

## ***2.3. Accorder plus d'attention aux adolescents et aux jeunes***

La Belgique veut promouvoir dans ses différents programmes d'appui une information et des services appropriés, spécifiques, conviviaux et accessibles pour les adolescents et les jeunes, pour ce qui concerne leur sexualité et leur vie sexuelle, et encourager la participation des adolescents dans la formulation et la mise en œuvre des programmes.

## ***2.4. Renforcer les systèmes de santé***

La Belgique plaide pour une approche globale et intégrée des problèmes de santé, avec suffisamment de moyens pour la prévention (préservatifs, moyens de contraception, vaccins), le diagnostic, le traitement, les soins et l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles, ainsi qu'un renforcement en nombre et en qualité des capacités du personnel médical.

Le gouvernement belge veut également soutenir, dans ses pays partenaires, le développement d'un système de santé efficace, juste et adapté qui offre des soins

de santé de qualité et accessibles à tous.

Enfin, la Belgique accordera une attention particulière à l'intégration des soins de santé reproductive dans le système de santé. Il devra comprendre la planification des naissances, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA via une information et la mise à disposition des moyens contraceptifs, des soins pendant la grossesse et l'accouchement, des soins néonataux, la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, la prévention d'avortements à risque et lorsque c'est légal, les interruptions de grossesse dans des conditions sûres, la prévention des violences sexuelles, l'accueil et le soin des victimes et enfin le renforcement des capacités du personnel médical.

### ***2.5. Promouvoir une approche globale du SIDA***

La Belgique continuera à veiller à ce qu'une attention accrue à la lutte contre le VIH/SIDA ne se fasse pas au détriment de l'amélioration globale de la santé reproductive et sexuelle et à ce que les programmes de prévention du VIH/SIDA soient intégrés dans une politique générale d'amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

Dans le cadre de la lutte contre la propagation du VIH/SIDA, le gouvernement belge continuera à promouvoir le respect des droits humains dans leurs aspects civils, politiques, juridiques, économiques, sociaux et culturels. Elle luttera contre toute forme de discrimination et d'inégalité entre les hommes et les femmes. La prévention, le traitement et les soins pour les populations les plus pauvres et les plus vulnérables, comme les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants doivent également être assurés.

La Belgique poursuivra une approche intégrée de la problématique du SIDA et du genre. Le statut juridique des femmes, des adolescents et des enfants doit être renforcé. Une attention particulière doit être prêtée aux lignes de fractures sociales entre les hommes et les femmes quant à la prévention, au soin et à l'atténuation de l'impact du SIDA.

La Belgique continuera enfin à concentrer son soutien à la lutte contre le SIDA dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et dans la coopération avec le secteur privé.

### ***2.6. Soutenir la sensibilisation, l'information et l'éducation***

La Belgique veillera à ce que, dans le cadre de son appui aux activités dans le domaine de l'enseignement, de l'éducation et de la communication, des informations appropriées et concrètes soient données sur la sexualité, la procréation, la planification des naissances, les droits, la prévention des IST et du VIH/SIDA, les



dangers de certaines pratiques traditionnelles, l'exploitation et la violence sexuelles. Elle veillera à ce que, dans les programmes qu'elle soutient, une attention suffisante soit accordée aux hommes et aux garçons pour qu'ils prennent conscience de leur rôle et de leur responsabilité en matière de santé sexuelle et reproductive et qu'ils apprennent à mieux communiquer et négocier avec leurs partenaires, ainsi qu'à les respecter. Elle veillera également à ce que les jeunes filles soient informées et averties sur les dangers et conséquences des mariages et grossesses à un jeune âge et à ce que des campagnes de sensibilisation soient menées à ce sujet au sein des communautés.

La Belgique sensibilisera et formera le personnel de la coopération au développement sur la problématique de la santé et les droits sexuels et reproductifs, et sur la mise en œuvre de la politique belge en la matière.

### **3. Domaines spécifiques de coopération**

Sur base de son expertise, des leçons tirées du passé et des besoins de ses pays partenaires, la Belgique a identifié trois domaines spécifiques de coopération: une approche intégrée des soins de santé sexuelle et reproductive, la lutte contre la violence et les pratiques néfastes, ainsi que les soins sexuels et reproductifs et le respect des droits dans les situations de crise humanitaire, de conflits et de construction de la paix.

#### ***3.1. Intégration des soins de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé généraux***

La Belgique continuera à plaider pour l'intégration de soins de santé sexuelle et reproductive dans la politique et services généraux de santé. Cette approche garantit des stratégies opérationnelles durables qui puissent assurer un ensemble continu de soins.

Le gouvernement belge continuera dès lors à soutenir la politique de ses pays partenaires visant à augmenter l'accessibilité des soins de santé publique sur les plans financiers, géographiques et culturels. A cette fin, et en collaboration avec les autres donateurs, elle utilisera de façon efficace et coordonnée les moyens disponibles, y compris les fonds dits verticaux, afin d'augmenter la qualité et l'accessibilité des soins de santé dont font partie la santé sexuelle et reproductive.

La Belgique continuera enfin à soutenir l'amélioration de la qualité du personnel médical et le renforcement de ses capacités professionnelles par des formations, des perfectionnements, des incitants, en attachant une attention particulière à l'apprentissage de techniques de communication respectant le droit à la vie

privée et la confidentialité de l'information. La Belgique prêtera également une attention particulière à la formation et l'emploi d'un personnel médical féminin, afin de favoriser l'utilisation des services disponibles par les femmes et les jeunes filles.

La Belgique veillera en particulier à ce que les services de soins de santé soient adaptés aux besoins des femmes et des jeunes.

### ***3.2. Lutte contre la violence sexuelle et les pratiques néfastes***

Vu l'impact de la violence sexuelle, de l'exploitation sexuelle, de la traite des femmes et des enfants et des pratiques néfastes telles que les mutilations génitales, les rituels d'initiation sexuelle, le mariage précoce, sur les filles, les femmes et sur l'ensemble de la société, la Belgique s'engagera d'avantage à appuyer les initiatives visant à éliminer toutes ces pratiques et à lutter contre toutes les formes de violence et de maltraitance envers les femmes et les enfants.

La Belgique veillera en particulier, dans le cadre du dialogue politique avec ses pays partenaires où se pratiquent encore à large échelle les MGF, à accorder une attention particulière au respect des termes du Protocole de Maputo que ces pays ont signé et pour la plupart ratifié, et à ce qu'il soit transcrit dans la législation nationale et mis en œuvre. La Belgique appuiera la société civile et les organisations locales ayant acquis une expérience en la matière, ainsi que les actions privilégiant une approche communautaire en faveur de l'abandon des mutilations génitales féminines et le dialogue avec les autorités traditionnelles. Enfin, elle soutiendra les campagnes de sensibilisation nationales et régionales visant aux changements de comportements des communautés locales.

### ***3.3. Soins et droits pendant les crises humanitaires, les conflits et la construction de la paix***

La Belgique veut contribuer au développement et au renforcement de l'Etat de droit, d'une part en appuyant des initiatives dans le domaine de la prévention des conflits et de la construction de la paix, et d'autre part, en aidant les populations victimes de conflits armés internes ou internationaux ou victimes d'autres situations de crise, telles que les catastrophes naturelles.

Le gouvernement belge veillera à ce que les soins de santé sexuelle et reproductive et le respect des droits qui s'y rapportent soient pris en compte dans les programmes d'aide humanitaire et de construction de la paix.

La Belgique veillera au suivi et à la mise en œuvre du «Brussels call to Action» issu de la «Conférence internationale sur la violence sexuelle pendant les conflits et

au-delà»<sup>(\*)</sup> qui s'est tenue à Bruxelles en juin 2006. Le «Brussels call to Action» demande aux gouvernements, aux institutions européennes, aux Nations Unies, aux organisations humanitaires et à la société civile d'accorder une priorité à la lutte contre la violence sexuelle dans toutes les actions humanitaires, de construction de la paix et de développement dans les pays affectés par des conflits.

Dans tous les programmes qu'elle soutient, la Belgique favorisera le partenariat avec d'autres acteurs et une approche multidimensionnelle comprenant: la prévention contre la violence sexuelle, l'accueil, la protection et l'assistance médicale et psychologique des femmes et des hommes, ainsi que des enfants traumatisés ou nés suite aux viols, des mesures législatives et judiciaires pour lutter contre l'impunité des auteurs de ces délits.

La Belgique veut collaborer à une «Coalition mondiale contre la violence sexuelle dans les conflits» qui mobiliserait non seulement la communauté internationale et les organisations de la société civile, mais aussi les organisations régionales de sécurité.

## 4. Mise en œuvre de la politique

Sans vouloir anticiper sur les budgets qui seront disponibles à l'avenir pour poursuivre et amplifier nos programmes, mais en tenant compte de la volonté du gouvernement de consacrer en 2010, 0,7% de son Revenu National Intérieur (RNI) à l'Aide publique au Développement (APD) on peut estimer que les dépenses annuelles consacrées spécifiquement à la promotion de la santé et des droits reproductifs et sexuels, qui s'élevaient à 22,5 millions d'euros en 2005, augmenteront chaque année de façon proportionnelle.

On rappellera aussi la volonté de doubler, d'ici à 2010, les contributions belges aux efforts multilatéraux de lutte contre le VIH/SIDA. De +/- 15 millions d'euros par an, ces contributions devraient atteindre +/-30 millions d'euros par an.

L'appui du Parlement sera indispensable pour atteindre ces objectifs budgétaires.

La Belgique continuera à plaider, lors de ses contacts bilatéraux avec ses partenaires dans le cadre de l'Union européenne ainsi qu'au sein d'instances internationales, pour le respect des droits sexuels et reproductifs et pour une approche

---

(\*) En juin 2006, le FNUAP a organisé à Bruxelles, avec l'appui de la Belgique et de la Commission européenne, une Conférence Internationale sur la violence sexuelle pendant les conflits et au-delà. Cette conférence a connu un grand retentissement international et a permis l'adoption d'un document, le "Brussels Call for Action to address sexual violence in conflict and beyond" invitant les Etats et organisations à s'engager à mener des actions visant à prévenir et à lutter contre les violences sexuelles pendant et après les conflits, et à participer à une coalition mondiale contre ces violences.

[www.dgcid.be/fr/actualite/20060623.html](http://www.dgcid.be/fr/actualite/20060623.html)

holistique et multisectorielle de ces droits. Elle plaidera pour une action conjointe des gouvernements, des organisations internationales, des donateurs et de la société civile afin de bâtir un consensus positif basé sur le respect des droits et la dignité de la personne humaine. Le monde parlementaire belge sera encouragé à poursuivre son dialogue avec les parlementaires et décideurs politiques des pays en développement sur l'application du plan d'action de la CIPD<sup>(\*)</sup>.

Par la voie diplomatique, la Belgique encouragera les Etats africains qui ne l'ont pas encore fait, à ratifier le Protocole de Maputo (11 juillet 2003) et appuiera les gouvernements qui ont signé le plan d'action de Maputo dans l'exécution de celui-ci, notamment en ce qui concerne le droit de la femme à la dignité, l'intégrité et la sécurité, l'élimination de la discrimination et des pratiques nuisibles comme les mutilations génitales féminines, la protection des femmes et des filles pendant les conflits armés, le droit à la santé reproductive et sexuelle et aux soins qui s'y rapportent

En tant que membre non permanent du Conseil de Sécurité des Nations Unies pour 2007 et 2008, la Belgique veillera à ce que la problématique de la santé et des droits reproductifs et sexuels, en particulier celle de la violence sexuelle, soit prise en compte dans les situations de conflits, de post conflits, ainsi que dans le cadre des interventions humanitaires ou militaro-humanitaires. Cette préoccupation sera également celle de notre pays dans d'autres instances que le Conseil de Sécurité.

L'implication des femmes dans la résolution des conflits, telle que la Résolution 1325 «Femmes, paix et sécurité» du Conseil de Sécurité l'encourage, sera défendue chaque fois que cela s'avèrera nécessaire. Dans le cadre des opérations de maintien de la paix, ou dans le cas où notre pays participerait à la formation de troupes étrangères, la Belgique veillera à ce que les règles relatives au respect de la santé et des droits reproductifs et sexuels soient respectées par le personnel militaire en mission.

Le gouvernement belge soutiendra les campagnes d'information, de sensibilisation et de communication qui ont trait à la santé et aux droits reproductifs et sexuels tant en Belgique que dans les pays en développement. Elle soutiendra également les réseaux en Belgique et dans le Sud en vue de l'échange d'informations et le partage de compétences.

En ce qui concerne la coopération gouvernementale, la Belgique, conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, alignera ses programmes sur la politique de coopération des pays aidés. Le dialogue politique mettra l'accent sur

---

(\*) IPCI: International Parliamentarians Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action, Ottawa (2002) – Strasbourg (2004) – Bangkok (2006)

la nécessité d'inscrire la santé et les droits sexuels et reproductifs au centre de leur politique et stratégies de réduction de la pauvreté. A la demande des pays, la Belgique renforcera les capacités institutionnelles et humaines dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels. La formulation des politiques, leur mise en œuvre et évaluation pourront être soutenues à différents niveaux par un appui financier, une assistance technique, des formations et perfectionnements, par l'organisation de séminaires. La Belgique contribuera activement à l'amélioration de la coordination et de l'harmonisation des initiatives des donateurs.

Pour ce qui concerne la coopération multilatérale, la Belgique continuera à collaborer avec les organisations internationales qui jouent un rôle normatif et/ou qui promeuvent la santé et les droits sexuels et reproductifs dans leurs programmes. Il s'agit en particulier de: FNUAP, OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNIFEM, de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le Paludisme (GFATM).

Dans le cadre européen, la Belgique appuiera les politiques d'aide au développement poursuivant les mêmes objectifs et favorisera, comme dans d'autres domaines, l'échange d'expertise et la répartition des tâches par une meilleure harmonisation. Dans le processus de planification de l'aide prévue par le 10e Fonds Européen de Développement (10e FED) qui entrera en vigueur le 1er janvier 2008, la Belgique plaidera pour une allocation supplémentaire, au titre des financements encourageant la bonne gouvernance, à rendre éligibles à ces fonds d'incitation, les mesures prises par les pays partenaires en vue d'intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté.

Dans le cadre de sa coopération indirecte, la Belgique continuera à encourager les ONG du Nord et du Sud, engagées dans la promotion de la santé et des droits reproductifs et sexuels, à mener des actions au sein des communautés locales.

Les universités et les institutions scientifiques seront encouragées à poursuivre et à amplifier leurs recherches opérationnelles et cliniques, ainsi que leurs recherches en appui à la politique relatives à la santé et aux droits reproductifs et sexuels. Les études concerneront tant les domaines scientifiques et médicaux de la santé, que les aspects psychologiques, anthropologiques, culturels, économiques, sociaux et politiques permettant de mieux appréhender les problèmes, de mettre au point de nouvelles méthodes de prévention et de soins relatives à la santé reproductive et sexuelle. Les universités et les institutions scientifiques seront également encouragées à renforcer leurs partenariats et réseaux de partage de connaissances, d'expertises et d'expériences avec les universités et institutions scientifiques du Sud et les réseaux Sud-Sud.

Via le canal de l'aide d'urgence et de la prévention des conflits, la Belgique veillera

à intégrer la santé reproductive préventive et curative, et en particulier les soins et l'accompagnement des victimes de violence sexuelle dans les interventions et dans la formation du personnel pour les missions de paix et les actions humanitaires.

La DGCD, avec l'appui d'une expertise externe, cherchera à établir des critères et une méthode permettant de mesurer l'impact des programmes et projets de coopération de la Belgique sur la santé reproductive et sexuelle et la promotion des droits qui s'y rapportent.



# Annexe 1: La contribution belge jusqu'à présent

«**La santé de base, y compris la santé reproductive**» est un des cinq secteurs de concentration de la Coopération au Développement belge reconnu par la loi du 25 mai 1999 relative à la Coopération internationale. Cette même loi reconnaît également «**l'égalité des droits et des chances entre les femmes et les hommes**» comme thème transversal dans la Coopération au développement. Plus récemment, «**les droits de l'enfant**» ont été également intégrés dans la loi, comme thème transversal de notre coopération.

La thématique de la santé et des droits sexuels et reproductifs est reprise dans les notes stratégiques qui ont été établies pour le secteur de la santé, les thèmes du genre et des droits de l'enfant, ainsi que dans «**la note politique du gouvernement relative à la contribution belge à la lutte mondiale contre le VIH/SIDA**».

L'engagement spécifique de la Belgique envers la promotion de la santé et des droits reproductifs et sexuels est attesté par l'accroissement des moyens financiers qu'y consacre la Coopération au Développement.

Ainsi, à la fin des années 1990 c'est-à-dire après les Conférences du Caire de 1994 et de Beijing en 1995, les dépenses de la Coopération belge dans le domaine spécifique de la santé reproductive et sexuelle ont connu une forte augmentation. Depuis 2000, elles se sont stabilisées à un niveau d'environ 17,5 millions d'euros par an, avec une augmentation sensible en 2004, puisque les dépenses ont alors atteint 30,5 millions d'euros. En 2005, les dépenses se sont élevées à 22,5 millions d'euros. Un bilan des contributions de la DGCD des dix dernières années consacrées spécifiquement à la santé reproductive montre qu'une grande partie des ressources ont été destinées à la lutte contre le VIH/SIDA.

Comme la Coopération au Développement soutient depuis toujours l'intégration de la santé reproductive et sexuelle dans le cadre de son appui au secteur de la santé, certaines dépenses dans ce secteur concernent également la santé sexuelle et reproductive, par exemple: la politique en matière de soins prénataux et périnataux, le soutien aux centres de santé et aux hôpitaux, y compris en ce qui concerne les soins de santé reproductive et la prévention, la construction de maternités, la formation de personnel de santé. En 2005, les dépenses consacrées à ce secteur se sont élevées à près de 60 millions d'euros.

Les tableaux ci-dessous montrent les montants dépensés entre 1996 et 2005 pour les soins de santé. Le premier tableau indique les montants qui ont été exclusivement dépensés pour les soins de santé sexuelle et reproductive, le deuxième tableau indiquant quant à lui les montants dépensés en sus pour les soins de



santé généraux, mais dont un pourcentage difficile à définir est affecté aux soins de santé reproductive.

<b>La santé reproductive 1996-2005 (1000 euros)</b>										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Politique</b>	2.512	2.138	1.842	2.174	4.345	4.263	4.648	2.975	5.070	5.529
<b>Soins</b>	114	123	81	53	2.056	2.003	2.518	2.468	1.246	510
<b>Plan. Fam</b>	0	141	0	10	4	372	0	7	116	186
<b>Droits SR</b>	0	0	0	0	0	0	0	55	415	703
<b>MST – VIH/ SIDA</b>	2.869	2.932	3.586	3.157	11.505	10.419	16.802	12.675	25.528	17.275
<b>Formation</b>	0	0	0	0	0	0	0	67	65	143
<b>TOTAL</b>	<b>5.496</b>	<b>5.334</b>	<b>5.509</b>	<b>5.393</b>	<b>17.909</b>	<b>17.057</b>	<b>23.967</b>	<b>18.248</b>	<b>32.440</b>	<b>24.347</b>

En moyenne, 55% de ces montants ont été affectés à la coopération multilatérale, et 15% d'entre eux sont allés au soutien apporté dans le cadre de la coopération gouvernementale; il s'agissait par ailleurs pour 25% de subventions allouées à des ONG, et pour 5% aux universités et aux établissements scientifiques.

<b>Santé de base 1996-2005 (1000 euros)</b>										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Politique et gestion</b>	3.747	1.590	2.072	6.016	5.013	3.273	8.910	5.377	6.208	12.468
<b>Santé de base</b>	17.396	22.807	26.288	22.634	25.593	25.836	21.716	19.619	16.475	23.501
<b>Infrastructures</b>	1.503	965	1.726	3.149	3.147	5.275	3.780	2.796	996	4.682
<b>Nutrition</b>	131	153	199	35	49	144	137	424	617	626
<b>Formation</b>	7.768	6.952	10.090	9.468	9.054	10.325	3.957	2.750	3.895	3.778
<b>Maladies contagieuses</b>	3.155	6.880	6.924	7.533	8.341	9.048	10.076	9.119	10.748	11.908
<b>Recherches</b>	698	815	650	297			2.081	2.085	2.589	2.342
<b>TOTAL</b>	<b>34.398</b>	<b>40.162</b>	<b>47.949</b>	<b>49.132</b>	<b>51.197</b>	<b>53.901</b>	<b>50.657</b>	<b>42.170</b>	<b>41.528</b>	<b>59.305</b>

En moyenne, 15% de ces montants ont été affectés à la coopération multilatérale, et 53% d'entre eux sont allés au soutien apporté dans le cadre de la coopération gouvernementale; il s'agissait par ailleurs pour 20% de subventions allouées à des ONG, et pour 12% aux universités et aux établissements scientifiques.

Sur le plan de la répartition géographique, en 2005, environ la moitié des contributions à la santé reproductive (soit 11.312.000 euros) a été affectée à des pro-

grammes et projets en Afrique, dont environ 7 millions d'euros en Afrique centrale; pour ce qui concerne les soins de santé de base, plus de 36 millions d'euros ont été affectés à l'Afrique.

Dans le cadre de sa **coopération multilatérale**, la contribution belge au **FNUAP** reste essentielle, cette organisation jouant un rôle central dans le suivi et la mise en œuvre du Plan d'action de la CIPD. A cet effet, en 2005 une contribution belge de 3 millions d'euros était accordée aux ressources générales (core-funding) du FNUAP et plusieurs JPO (Junior Professional Officers) ont été également financés auprès du FNUAP.

Une contribution est également attribuée à un certain nombre de projets et programmes spécifiques. On citera ainsi les programmes:

- «Support for reproductive health and gender needs for displaced populations with special attention to adolescents». Ce projet d'un montant de 2.354.990 euros (2000-2004) s'est développé dans 7 pays: le Libéria, le Sierra Leone, la Palestine, le Rwanda, le Burundi, la RDC et la Colombie.
- «Adolescent sexual and reproductive health promotion and HIV-prevention in Sub-Saharan Africa». Ce projet d'un montant de 2.974.722 euros (2001-2004) visait à améliorer la santé reproductive et sexuelle des jeunes en Côte d'Ivoire, au Mali et au Niger, avec une attention particulière à la prévention du VIH/SIDA.
- La prévention et la réponse aux violences sexuelles faites aux femmes, aux jeunes et aux enfants en RDC (2004-2007) pour un montant de 7.820.000 euros.

Ce dernier programme est exécuté selon le principe de la programmation conjointe avec l'**UNICEF** et l'**OHCHR**. Ce programme est notre plus grande action spécifique en la matière. Il a été salué comme «exemplaire» par M. Kofi Annan, alors Secrétaire général des Nations Unies, et a été également cité comme exemple à suivre en décembre 2006, lors du Conseil de Programmation d'ONUSIDA réuni à Lusaka en Zambie. Le caractère innovateur de ce programme réside dans le fait qu'il aborde le problème des violences sexuelles de façon holistique, répondant ainsi aux préoccupations médicales, économiques, psychosociales, légales et sécuritaires des populations affectées, et qu'il s'appuie sur un partenariat entre les différentes institutions internationales concernées et les ONG locales.

La Coopération belge soutient des programmes de recherches de l'**OMS** dans le domaine de la santé reproductive et le développement de lignes directrices pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Une contribution est également affectée à un programme spécifique de recherche dans les pays membre du SADC. Le montant total de la contribution à l'OMS dans le domaine de la santé reproductive s'est élevé à 322.000 euros en 2005.

Dans le domaine multilatéral encore - mais spécifiquement en ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA - on citera nos contributions à **ONUSIDA**, s'élevant à environ 5 millions d'euros par an (y compris le paiement d'experts) et au Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (le Fonds Mondial ou le **GFATM** selon son acronyme anglais): en moyenne 5 millions d'euros par an, mais en augmentation: en 2006, notre contribution s'élèvera à 8 millions d'euros. Les programmes d'ONUSIDA visent essentiellement au renforcement des capacités institutionnelles et à l'assistance technique des systèmes de santé publique, y compris en matière de santé reproductive et sexuelle. Les financements du GFATM pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA se partagent entre des programmes de traitements et de soins, des programmes de prévention, de conseil et de dépistage, des programmes de renforcement des systèmes de santé et de surveillance épidémiologique. Conformément aux prescrits de l'OMS, d'ONUSIDA et des programmes nationaux des pays bénéficiaires de l'aide, l'approche du VIH/SIDA est multisectorielle, et comporte donc des volets relatifs aux aspects non strictement médicaux de la promotion de la santé et des droits reproductifs et sexuels. Notre pays attache une importance particulière au programme conjoint d'ONUSIDA et de l'UNICEF en vue de réduire la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, de favoriser la mise à la disposition de médicaments ART sous formes pédiatriques, d'assurer la prévention de la maladie auprès des jeunes, de prendre en charge les enfants orphelins et vulnérables.

Si la contribution annuelle belge à la lutte contre le VIH/SIDA est actuellement de quelques 25 millions d'euros par an (en progression constante depuis 1995 où elle n'était que de 1 million d'euros), près des deux tiers est consacré aux programmes multilatéraux, soit près de 15 millions d'euros par an. On soulignera aussi la décision prise par le Ministre de la Coopération au Développement de doubler d'ici à 2010 les contributions belges à ONUSIDA et au GFATM.

Parmi les initiatives récentes, on citera la décision du gouvernement d'allouer, pour une période initiale de 3 ans à partir de 2007, 1 million d'euros au **Partenariat International pour les Microbicides** (IPM selon son acronyme anglais). L'IMP, qui est un partenariat privé-public, mène des recherches de développement clinique de microbicides, un gel ou autre produit à usage vaginal permettant de réduire voire d'éliminer le risque d'infection au VIH/SIDA. Si les microbicides répondent naturellement aux exigences médicales en vue d'améliorer la prévention, leur usage lorsque leur efficacité sera prouvée scientifiquement et médicalement et s'inscrira également dans une démarche d'autonomisation des femmes, celles-ci pouvant se protéger de l'infection sans devoir négocier avec leurs partenaires sexuels l'usage d'un préservatif masculin ou féminin.

Toujours dans le domaine des contributions multilatérales de la Belgique en faveur de la promotion de la santé reproductive et sexuelle, on notera notre contribution annuelle (500.000 euros en 2005, 400.000 euros en 2006) au **World Bank Institute** en vue d'intégrer la lutte contre le VIH/SIDA et la santé reproductive sexuelle dans les politiques nationales de réduction de la pauvreté (PRSP), ceci en tenant compte de l'harmonisation des politiques des pays et organismes donateurs, de la gestion macro-économique de l'Etat, des mécanismes conjoints de coordination de la Banque Mondiale, du PNUD et d'ONUSIDA. Ce programme vise aussi au renforcement des systèmes de santé avec une attention particulière à la prise en compte de la santé et des droits reproductifs et sexuels des couches les plus vulnérables de la population. Ce programme est pour l'instant mis en œuvre au Mali et au Mozambique. Des discussions se poursuivent en vue de l'étendre à la RDC.

Dans le cadre de la **coopération gouvernementale (bilatérale directe)**, les pays partenaires sont principalement aidés dans la mise en œuvre des systèmes de santé offrant des soins accessibles et de qualité aux populations les plus pauvres avec une attention particulière pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA. La Belgique contribue au renforcement de la politique ainsi qu'aux services, à la fourniture de médicaments et de matériel de diagnostic et de prévention.

Pendant la période 2004-2005, la Coopération belge a financé de nombreux projets dont le but est l'amélioration des soins de santé primaires, y compris ceux relatifs à la santé reproductive et sexuelle, à travers un appui aux districts sanitaires. A titre d'exemple, nous pouvons citer:

- En Algérie, un projet intégré de santé publique à Tamanrasset. Ce projet d'un montant de 2.888.211 euros qui a débuté fin 2004 pour une durée de quatre ans vise à améliorer la santé des populations par des interventions dans les domaines de la lutte contre le VIH/SIDA et les MST, la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale, la planification familiale, avec une attention particulière accordée aux jeunes.
- Au Bénin, un programme d'amélioration de la sécurité transfusionnelle (notamment à la suite d'accouchements) dans les départements de l'Atacora, de la Donga, du Mono et du Couffo, qui a débuté en 2005 pour une durée de 60 mois. La contribution belge y est de 2,3 millions d'euros, soit +/- 460.000 euros par an.
- Au Burkina Faso, un projet de santé et un projet de contrôle du SIDA et de la tuberculose se sont achevés dernièrement au Nord Est et à l'Est de Ouagadougou.

- Au Mali, un programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles a été signé en 2006 pour un montant de 400.000 euros.
- Au Maroc, un programme d'appui au Programme National de lutte contre le SIDA est en cours depuis 2003 (contribution belge: +/- 400.000 euros par an).
- En RDC, la Coopération belge appuie depuis 2003 le Programme National de lutte contre le SIDA, pour un montant annuel de +/- 1.400.000 euros par an. Ce programme s'étend aux provinces de l'Equateur et du Bas Congo et à la ville de Lubumbashi.
- En Tanzanie, la Coopération finance d'une part un projet de contrôle des maladies sexuellement transmissibles, et finance d'autre part depuis 2007 une campagne d'information et d'éducation à la santé reproductive et sexuelle dans plusieurs districts autour de Dar Es Salam.

Trois autres programmes méritent d'être cités:

- «Reproductive Health Makeni, Kenya», un programme promouvant l'amélioration de la santé reproductive dans le district de Makeni (2,5 millions d'euros, 5 ans).
- Le «Programme national de lutte contre la violence familiale et sexuelle» au Pérou (1,74 millions d'euros, 3 ans). Ce programme collabore avec un réseau d'institutions publiques (Police, Justice), ainsi qu'avec des centres d'urgence pour les femmes, installés dans les municipalités. Il comprend les soins, la prévention et la réinsertion des personnes victimes de violence familiale et sexuelle dans une perspective d'égalité des chances et de respect des droits humains. Les victimes de la violence, accueillies par le programme, sont encouragées à participer à des petits projets pilotes générateurs de revenus ou d'insertion au travail, afin de pouvoir sortir de leur situation de victime et d'obtenir leur autonomie.
- La «Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes» (2,06 millions d'euros, 4 ans) en Equateur, un programme qui est mis en œuvre dans 11 villes de l'Equateur et vise à développer les réseaux entre les autorités, la société civile et les communautés. Ce programme s'articule autour de (i) la promotion et la défense des droits des adolescent(e)s, l'accent étant mis sur leurs droits reproductifs et sexuels; (ii) l'intégration de la dimension de genre; (iii) l'encouragement des jeunes, via l'aide aux groupements et organisations de jeunes, à participer activement à des sessions d'information en matière de santé et de droits reproductifs et sexuels.

La Coopération belge soutient le projet «Appui à l'accompagnement des femmes traumatisées» au **Sud-Kivu (RDC)**, du Centre Olame. Ce programme, démarré en janvier 2004, vise la réhabilitation et la réinsertion des femmes victimes de violences sexuelles et le renforcement des capacités du Centre. Ceci pour un montant de 155.648 euros sur 2 ans.

En ce qui concerne la **coopération bilatérale indirecte**, la Coopération belge cofinance des actions d'**ONG belges** qui se situent surtout dans le domaine des soins de santé primaire, la prise en charge des malades du sida et la prévention de la transmission du virus VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Dans le domaine de la santé reproductive, nous pouvons citer deux programmes: «L'éducation pour la santé sexuelle et reproductive à Cuba» de l'ONG FOS (0,280 millions d'euros, 5 ans) et «la santé maternelle» du Consortium Louvain Développement (0,5 millions d'euros, 5 ans). Dans le domaine de la prévention, du traitement des IST, y compris le VIH/SIDA, plusieurs ONG bénéficient de cofinancements de leurs projets: ACDLg/ACDST, AZG/MSF, Médecins du Monde, Solidarité protestante, SON-Ges.

La DGCD finance également les **micro-interventions et les projets ONG locales** dont certains visent à la promotion des SDSR et au renforcement de la position de la femme.

Les **universités néerlandophones (VLIR) et francophones (CIUF-CUD)** effectuent des études visant à la préparation des politiques sur l'intégration de la santé et des droits sexuels dans les Documents stratégiques de réduction de la pauvreté et soutiennent les recherches multidisciplinaires menées par leurs institutions partenaires sur l'amélioration de la santé reproductive et de la lutte contre le VIH/SIDA.

**L'Institut de Médecine Tropicale** effectue des recherches, renforce les capacités institutionnelles et organise des programmes de formation qui sont cofinancés par la Coopération belge. Il réalise des recherches opérationnelles sur la santé reproductive et la prévention du VIH/SIDA, notamment chez les adolescents au Kenya, parmi les professionnelles du sexe au Cambodge et en Côte d'Ivoire, appuie des institutions partenaires en Afrique et en Asie dans le domaine de la recherche sur le VIH/SIDA, et organise des cours de «santé reproductive» et «traitements antirétroviraux et soins». Les bourses en faveur des étudiants des pays en développement sont également prises en charge par la Coopération. Dans le cadre du programme quinquennal en cours (2003-2007), environ 3,5 millions d'euros sont consacrés à des activités dans le domaine de la santé reproductive.

Le «**International Centre for Reproductive Health**» (l'ICRH) à l'Université de Gand s'est spécialisé dans la santé sexuelle et reproductive, en particulier: la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant; les microbicides; la promotion de l'usage de «female controlled barriers» comme le diaphragme; le cancer du col de l'utérus; la réduction de la vulnérabilité de groupes spécifiques comme les professionnel(le)s du sexe; les femmes et les adolescents; la violence sexuelle avec une attention particulière pour les mutilations génitales féminines; une approche sensible au genre et respectueuse des droits humains en particulier dans

des situations de conflits armés et de catastrophes humanitaires.

Le Vlaamse Vereniging voor Ontwikkelingssamenwerking en Technische Bijstand - **VVOB** et l'association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger - **APEFE** bénéficient de financements pour des projets relatifs à la prévention du VIH/SIDA et à l'appui et la formation de personnel de santé.

**L'aide d'urgence** concerne des actions limitées de 9 à 18 mois, prévoyant des équipements médicaux généraux. Dans le futur, l'accent devra d'avantage être mis sur la santé reproductive et la prévention de violences sexuelles et la prise en charge des victimes.

## Annexe 2: Liste des abréviations

<b>CE</b>	La Commission européenne
<b>CEDAW</b>	La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1981)
<b>CIPD</b>	La Conférence internationale sur la population et le développement (Caire 1994)
<b>CIUF</b>	Le Conseil Interuniversitaire de la Communauté Française (Couple des universités francophones)
<b>CRC</b>	La Convention internationale des droits de l'enfant (1990)
<b>DGCD</b>	La Direction Générale de la Coopération au Développement
<b>FNUAP</b>	Le Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>GFATM</b>	Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
<b>ICESCR</b>	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1976)
<b>ICRH</b>	International Centre for Reproductive Health (Universiteit Gent)
<b>IST</b>	Les Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MST</b>	Les Maladies Sexuellement Transmissibles
<b>OMD</b>	Les Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	L'Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	L'Organisation des Nations Unies
<b>ONUSIDA</b>	Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>SPF</b>	Le Service Public Fédéral
<b>UE</b>	L'Union européenne
<b>UNIFEM</b>	Le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VLIR</b>	Vlaamse Interuniversitaire Raad (Koepel Vlaamse Universiteiten)



**Service public fédéral Affaires étrangères,  
Commerce extérieur et Coopération au développement**

Service Communication  
Rue des Petits Carmes 15  
1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. +32 2 501 81 11  
[www.dgcd.be](http://www.dgcd.be)  
[www.diplomatie.be](http://www.diplomatie.be)

Editeur responsable: Jan Grauls, rue des Petits Carmes 15, 1000 Bruxelles

Dépôt légal : 0218/2007/19

Les données reprises dans cette publication sont purement informatives et ne lient légalement, en aucune manière, le Service Public Fédéral.

Septembre 2007