

EDITORIAL

From family planning to sexual and reproductive health and rights: Reclaiming the ICPD Agenda for Africa's sustainable development

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i14.2

Friday Okonofua^{1,2} and Lorretta Favour Chizomam Ntoimo^{3,4}*

Editor in Chief, African Journal of Reproductive Health¹; Emeritus Professor of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin, Nigeria²; Editor, African Journal of Reproductive Health, Nigeria³; Department of Demography and Social Statistics, Faculty of Social Sciences, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria⁴

***For Correspondence:** Email: feokonofua@yahoo.co.uk

The International Conference on Population and Development (ICPD), held in Cairo in 1994, fundamentally transformed global thinking on population and reproductive health. Moving decisively away from the demographic targets and fertility-reduction strategies that had dominated previous decades, the ICPD Program of Action (PoA) established a comprehensive, rights-based framework that placed women and men - not population numbers - at the centre of development. It recognized sexual and reproductive health as a fundamental human right and affirmed that every individual has the right to attain the highest possible standard of sexual and reproductive health, make informed reproductive choices, enjoy bodily autonomy, and access quality health services without discrimination, coercion or violence.¹

The ICPD vision represented one of the most profound paradigm shifts in international development. Reproductive health was no longer defined simply as contraception and safe motherhood. Rather, it encompassed sexual health, responsible sexuality, reproductive rights, gender equality, adolescent and youth sexual and reproductive health, prevention and treatment of sexually transmitted infections, infertility services, safe pregnancy and childbirth, prevention of gender-based violence, elimination of harmful practices, male involvement, and universal access to comprehensive sexual and reproductive health information and services throughout the life course.²

Thirty years later, however, the implementation of this vision across much of Africa remains incomplete.³⁻⁴ While considerable progress has been made in expanding access to family planning and reducing maternal mortality in several countries, many national reproductive health programs continue to equate reproductive health almost exclusively with contraception, maternal health, and HIV services. The broader dimensions of sexual and reproductive health and rights (SRHR) - particularly sexuality, bodily

autonomy, reproductive choice, infertility, sexual rights, comprehensive sexuality education, and adolescent-friendly services - remain inadequately recognized, poorly funded, or politically neglected. This disconnect between the ICPD vision and national implementation deserves critical reflection.

The persistence of a narrow family planning paradigm is understandable. Family planning programs are relatively easy to measure through contraceptive prevalence, unmet need, and fertility rates. International financing has historically prioritized these indicators because of their demonstrated contribution to maternal and child survival and economic development. Consequently, governments and development partners have often invested heavily in contraceptive commodities while allocating comparatively limited attention to the wider sexual and reproductive well-being.

Although these investments have yielded important gains, they have inadvertently reinforced an incomplete interpretation of reproductive health. Women are too frequently viewed primarily as mothers rather than as individuals with sexual rights, reproductive aspirations, and lifelong health needs. Men continue to be treated as peripheral participants rather than equal stakeholders in reproductive health.⁵ Adolescents, despite representing the largest demographic group in Africa, frequently encounter legal, social, and institutional barriers that deny them access to accurate sexuality information and confidential services.⁶

Perhaps nowhere is this imbalance more evident than in the continued neglect of infertility. Infertility affects an estimated one in six people globally, with substantial burdens in sub-Saharan Africa, where reproductive tract infections, unsafe abortion, obstetric complications, and sexually transmitted infections remain common contributors.⁷ Yet infertility prevention, diagnosis, treatment, and psychosocial support rarely

receive adequate policy attention or budgetary allocation. This neglect persists despite overwhelming evidence that involuntary childlessness carries profound social, psychological, and economic consequences, particularly for women, who frequently experience stigma, marital instability, violence, abandonment, and social exclusion.⁸⁻¹⁰

Similarly, sexuality itself remains an uncomfortable subject within many policy environments. The ICPD recognized sexuality as a positive and integral component of human life, extending beyond reproduction alone. Yet discussions of sexual well-being, consent, pleasure, respectful relationships, sexual orientation, and bodily autonomy continue to be constrained by cultural sensitivities and political caution.¹¹⁻¹² The consequence is that many young Africans enter adulthood with limited knowledge, misinformation, and inadequate skills to negotiate healthy sexual relationships.

The situation is especially concerning for adolescents and young people. Africa is home to the world's youngest population, with 70% of sub-Saharan Africa below the age of 30 years.¹³⁻¹⁴ Their sexual and reproductive health needs extend well beyond pregnancy prevention. Adolescents require age-appropriate comprehensive sexuality education, protection from sexual violence, prevention and management of sexually transmitted infections, access to menstrual health services, mental health support, and confidential reproductive healthcare. Yet in many countries, restrictive laws, provider bias, parental consent requirements, and social stigma continue to limit adolescents' access to these essential services.¹⁵

Comprehensive sexuality education remains particularly contentious despite robust evidence demonstrating that it delays sexual initiation, reduces risky sexual behaviour, lowers unintended pregnancy, and promotes gender-equitable attitudes without encouraging sexual activity.¹⁶⁻¹⁷ Denying young people accurate information neither preserves innocence nor prevents sexual activity; rather, it increases vulnerability to exploitation, misinformation, unsafe abortion, HIV infection, and gender-based violence.

Another area where implementation has fallen short concerns reproductive rights. The ICPD program of Action emphasized informed choice, voluntary decision-making, freedom from discrimination, and respect for individual dignity. Yet many women across Africa continue to experience limited reproductive autonomy due to child marriage, intimate partner violence, unequal gender relations, economic dependence, restrictive laws, and inadequate access to quality healthcare. Rights exist on paper but are often difficult to exercise in practice.

These shortcomings have important implications for sustainable development. Sexual and reproductive health and rights are not isolated health interventions; they constitute foundational investments in human capital. They directly influence educational attainment, labour force participation, gender equality, poverty reduction, demographic transition, economic productivity, and social stability. Countries that invest comprehensively in SRHR create healthier populations, more productive workforce, and stronger institutions capable of sustaining inclusive development.

The Sustainable Development Goals (SDGs) explicitly recognize these interconnections. Universal access to sexual and reproductive healthcare services and reproductive rights is embedded within SDGs 3 and 5. However, progress towards these targets cannot be achieved by contraceptive services alone. Comprehensive SRHR demands integrated health systems that address the full spectrum of reproductive needs across the life course.¹⁸

Financing remains one of the greatest barriers. Although external donors continue to support family planning and HIV programs, domestic financing for comprehensive SRHR remains inadequate in many African countries. National health budgets rarely include dedicated funding for infertility services, adolescent sexual health programs, comprehensive sexuality education, prevention of gender-based violence, sexual counselling, or reproductive rights advocacy. Where such services exist, they are frequently dependent on donor-funded pilot projects with limited sustainability.

African governments should therefore move beyond rhetorical commitments towards measurable investments. Dedicated budget lines for comprehensive SRHR should be incorporated into national health financing frameworks. Governments should progressively increase domestic financing while reducing dependence on external donors. Resource allocation should reflect the full breadth of the ICPD Program of Action rather than disproportionately favouring selected interventions.

Equally important is policy reform. National reproductive health policies require periodic review to ensure alignment with contemporary evidence and human rights standards. Laws restricting adolescents' access to confidential services should be reconsidered. National guidelines should explicitly incorporate infertility prevention and management, sexual counselling, male reproductive health, comprehensive sexuality education, and services addressing gender-based violence. Monitoring frameworks should include indicators measuring reproductive rights, service quality, client satisfaction, equity, and bodily autonomy alongside conventional family planning indicators.

Regional institutions also have important responsibilities. The African Union, regional economic communities, professional associations, universities, and civil society organizations should collectively champion implementation of the ICPD agenda. The African Union's Agenda 2063 already envisions a healthy, prosperous, and inclusive Africa. Comprehensive SRHR should be recognized as indispensable to achieving that vision.

The research community likewise has a critical role. African researchers have generated substantial evidence on maternal mortality, HIV, and contraception. Comparable investment is now needed in neglected areas including infertility, sexual well-being, reproductive rights, gender norms, male involvement, ageing and reproductive health, and financing of SRHR. Stronger evidence will enable policymakers to design interventions that reflect African realities while responding to emerging demographic and epidemiological transitions.

Development partners should equally reconsider funding priorities. Continued support for family planning remains essential, but investments must become more balanced. Funding mechanisms should incentivize integrated programming rather than fragmented disease-specific or intervention-specific projects. Donors should support country ownership, health systems strengthening, and long-term institutional capacity to deliver comprehensive SRHR.

The unfinished ICPD agenda presents Africa with both a challenge and an unprecedented opportunity. Thirty years after Cairo, the continent possesses stronger institutions, better-trained health professionals, improved research capacity, expanding digital technologies, and a vibrant generation of young leaders capable of driving transformative change. What is now required is political courage to implement the ICPD program of Action in its entirety rather than selectively.

The time has come for African governments to reclaim the original vision of Cairo. Reproductive health must no longer be reduced to contraception alone. It must encompass sexuality, reproductive rights, infertility, adolescent sexual and reproductive health, gender equality, male engagement, respectful care, bodily autonomy, prevention of violence, and universal access to high-quality SRH services across the life course. Governments must translate these commitments into national legislation, adequately financed programs, robust accountability mechanisms, and measurable outcomes.

The dividends of such investments extend far beyond health. They strengthen families, empower women and girls, engage men as equal partners, enhance educational attainment, stimulate economic productivity, reduce poverty, promote social justice, and

accelerate progress towards the Sustainable Development Goals.

Africa cannot achieve a sustainable future while neglecting essential components of sexual and reproductive health and rights. The promise made in Cairo three decades ago remains unfinished. It is time for African governments, development partners, researchers, professional associations, civil society, and communities to renew their commitment to implementing the full ICPD program of Action, supported by adequate domestic financing and accountable governance. Only by addressing every component of sexual and reproductive health and rights can Africa unlock the full potential of its people and realize the prosperous, equitable, and sustainable future envisioned in Agenda 2063 and the Sustainable Development Goals.

Conflict of Interest: None

References

1. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York: United Nations; 1995.
2. World Health Organization. Sexual and reproductive health and rights. 2026. Accessed March 4, 2026. <https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
3. WHO Regional Office for Africa. Sexual and Reproductive Health Fact Sheet WHO African Region. World Health Organization; 2020. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-06/Sexual%20and%20reproductive%20health-%20Fact%20sheet%2028-05-2020.pdf>
4. WHO Regional Office for Africa. Sexual and Reproductive Health in the African Region in 2024: A Summary. 2025. https://files.who.int/afrohobckpcontainer/producton/files/Sexual_and_Reproductive_Health_Analytical_Brief_2025.pdf
5. El Ansari W, El-Ansari K, Arafa M. Breaking the silence – systematic review of the socio-cultural underpinnings of men's sexual and reproductive health in Middle East and North Africa (MENA): A handful of taboos? Arab Journal of Urology. 2025;23(1):16-32. doi:10.1080/20905998.2024.2387511
6. Sidamo NB, Kerbo AA, Gidebo KD, Wado YD. Socio-Ecological Analysis of Barriers to Access and Utilization of Adolescent Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review. Open Access Journal of Contraception. 2023;14(null):103-118. doi:10.2147/OAJC.S411924
7. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World Population Report 2025. New York: UNFPA.
8. Ekpore E, Brobbey SS, Kumah CY, Akyirem S. Experience of infertility-related stigma in Africa: a systematic review and mixed methods meta-synthesis. Int Health. 2025;17(6):903-913. doi:10.1093/inthealth/ihaf060
9. Roomaney R, Salie M, Jenkins D, et al. A scoping review of the psychosocial aspects of infertility in African countries. Reprod Health. 2024;21(1):123. doi:10.1186/s12978-024-01858-2

10. Archetti C. Infertility as Trauma: Understanding the Lived Experience of Involuntary Childlessness. *Cult Med Psychiatry*. 2024;48(4):940-960. doi:10.1007/s11013-024-09871-7
11. Sánchez SI, Jones HR, Bogen KW, Lorenz TK. Barriers experienced by emerging adults in discussing their sexuality with parents and health care providers: A mixed-method study. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2023;93(4):335-349. doi:10.1037/ort0000677
12. Okpalaku CJ, Ogubuike C. Exploring barriers to parent-adolescent sexual-risk communication among adolescents in Port Harcourt Nigeria: Adolescents' and parents' perspective. *PLOS Global Public Health*. 2025;5(1):e0003148. doi:10.1371/journal.pgph.0003148
13. UNDESA Population Division. World Population Prospects 2024 Online Edition. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2024.
14. United Nations. Young People's Potential, the Key to Africa's Sustainable Development. <https://www.un.org/ohrlls/news/young-people%E2%80%99s-potential-key-africa%E2%80%99s-sustainable-development>
15. Amanu A, Birhanu Z, Godesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: evidence synthesis and implications. *Global health action*. 2023;16(1):2279841.
16. Torres-Cortés B, Leiva L, Canenguez K, Olhaberry M, Méndez E. Shared Components of Worldwide Successful Sexuality Education Interventions for Adolescents: A Systematic Review of Randomized Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5):4170. doi:10.3390/ijerph20054170
17. Rodríguez-García A, Botello-Hermosa A, Borrallo-Riego Á, Guerra-Martín MD. Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education to Reduce Risk Sexual Behaviours Among Adolescents: A Systematic Review. *Sexes*. 2025;6(1):6. doi:10.3390/sexes6010006
18. Tazinya RMA, Hajjar JM, Yaya S. Strengthening integrated sexual reproductive health and rights and HIV services programs to achieve sustainable development goals 3 and 5 in Africa. *Reprod Health*. 2022;19(1):223. doi:10.1186/s12978-022-01535-2.

Du planning familial à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction : se réappropriier le programme de la CIPD pour le développement durable de l'Afrique

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i14.2

Friday Okonofua^{1,2*} et Lorretta Favour Chizomam Ntoimo^{3,4}

Rédacteur en chef, African Journal of Reproductive Health¹ ; Professeur émérite d'obstétrique et de gynécologie, Université de Benin, Nigeria² ; Rédacteur, African Journal of Reproductive Health, Nigeria³ ; Département de démographie et de statistiques sociales, Faculté des sciences sociales, Université fédérale d'Oye-Ekiti, Nigeria⁴

*Pour toute correspondance: Courriel : feokonofua@yahoo.co.uk

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, a profondément transformé la réflexion mondiale sur la population et la santé reproductive. Rompant résolument avec les objectifs démographiques et les stratégies de réduction de la fécondité qui avaient prévalu au cours des décennies précédentes, le Programme d'action de la CIPD a instauré un cadre global fondé sur les droits, plaçant les femmes et les hommes — et non les chiffres de population — au cœur du développement. Il a reconnu la santé sexuelle et reproductive comme un droit humain fondamental et a affirmé que chaque individu a le droit d'atteindre le meilleur niveau possible de santé sexuelle et reproductive, de faire des choix éclairés en matière de procréation, de jouir de l'autonomie corporelle et d'accéder à des services de santé de qualité sans discrimination, contrainte ni violence.¹

La vision de la CIPD a marqué l'un des changements de paradigme les plus profonds dans le domaine du développement international. La santé reproductive ne se définissait plus simplement par la contraception et la maternité sans risque. Elle englobait désormais la santé sexuelle, une sexualité responsable, les droits en matière de procréation, l'égalité des sexes, la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les services liés à l'infertilité, la grossesse et l'accouchement sans risque, la prévention de la violence fondée sur le genre, l'élimination des pratiques néfastes, l'implication des hommes ainsi que l'accès universel à des informations et des services complets de santé sexuelle et reproductive tout au long de la vie.² Trente ans plus tard, toutefois, la mise en œuvre de cette vision reste inachevée dans une grande partie de l'Afrique.³⁻⁴ Si des progrès considérables ont été réalisés pour élargir l'accès à la planification familiale et réduire la mortalité maternelle dans plusieurs pays, de nombreux programmes

nationaux de santé reproductive continuent d'assimiler la santé reproductive presque exclusivement à la contraception, à la santé maternelle et aux services de lutte contre le VIH. Les dimensions plus larges de la santé sexuelle et reproductive Les droits sexuels et reproductifs (DSR) — en particulier la sexualité, l'autonomie corporelle, le choix en matière de procréation, l'infertilité, les droits sexuels, l'éducation sexuelle complète et les services adaptés aux adolescents — demeurent insuffisamment reconnus, sous-financés ou politiquement négligés. Ce décalage entre la vision de la CIPD et sa mise en œuvre nationale mérite une réflexion critique.

La persistance d'un paradigme étroit de la planification familiale est compréhensible. Les programmes de planification familiale sont relativement faciles à mesurer grâce à la prévalence de la contraception, aux besoins non satisfaits et aux taux de fécondité. Historiquement, le financement international a privilégié ces indicateurs en raison de leur contribution avérée à la survie maternelle et infantile et au développement économique. Par conséquent, les gouvernements et les partenaires au développement ont souvent investi massivement dans les contraceptifs, tout en accordant une attention comparativement limitée au bien-être sexuel et reproductif au sens large.

Bien que ces investissements aient permis des progrès importants, ils ont involontairement renforcé une interprétation incomplète de la santé reproductive. Les femmes sont trop souvent perçues avant tout comme des mères, plutôt que comme des individus ayant des droits sexuels, des aspirations reproductives et des besoins de santé tout au long de leur vie. Les hommes continuent d'être considérés comme des acteurs périphériques plutôt que comme des parties prenantes à part entière en matière de santé reproductive.⁵ Les adolescents, bien que représentant le groupe démographique le plus important en Afrique, se heurtent

fréquemment à des obstacles juridiques, sociaux et institutionnels qui les privent d'informations fiables sur la sexualité et de services confidentiels⁶.

Ce déséquilibre est peut-être le plus flagrant dans la négligence persistante dont souffre l'infertilité. On estime qu'une personne sur six dans le monde est infertile, avec un fardeau considérable en Afrique subsaharienne, où les infections de l'appareil reproducteur, les avortements non médicalisés, les complications obstétricales et les infections sexuellement transmissibles demeurent des facteurs contributifs fréquents.⁷ Pourtant, la prévention, le diagnostic et... le traitement et le soutien psychosocial bénéficient rarement d'une attention politique ou de ressources budgétaires adéquates. Cette négligence persiste en dépit de preuves accablantes montrant que l'infertilité involontaire entraîne de lourdes conséquences sociales, psychologiques et économiques, en particulier pour les femmes, qui sont souvent confrontées à la stigmatisation, à l'instabilité conjugale, à la violence, à l'abandon et à l'exclusion sociale.⁸⁻¹⁰

De même, la sexualité elle-même demeure un sujet délicat dans de nombreux milieux politiques. La CIPD a reconnu la sexualité comme une composante positive et intégrante de la vie humaine, allant bien au-delà de la simple reproduction. Pourtant, les discussions sur le bien-être sexuel, le consentement, le plaisir, les relations fondées sur le respect, l'orientation sexuelle et l'autonomie corporelle restent freinées par des sensibilités culturelles et une certaine prudence politique.¹¹⁻¹² En conséquence, de nombreux jeunes Africains entrent dans l'âge adulte avec des connaissances limitées, des informations erronées et des compétences insuffisantes pour nouer des relations sexuelles saines.

La situation est particulièrement préoccupante pour les adolescents et les jeunes. L'Afrique abrite la population la plus jeune au monde ; en Afrique subsaharienne, 70 % de la population a moins de 30 ans.¹³⁻¹⁴ Leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive vont bien au-delà de la prévention des grossesses. Les adolescents ont besoin d'une éducation complète à la sexualité adaptée à leur âge, d'une protection contre les violences sexuelles, de services de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, d'un accès à des services d'hygiène menstruelle, d'un soutien en santé mentale et de soins de santé reproductive confidentiels. Pourtant, dans de nombreux pays, des lois restrictives, les préjugés des prestataires de soins, l'exigence d'un consentement parental et la stigmatisation sociale continuent de limiter l'accès des adolescents à ces services essentiels.¹⁵

L'éducation complète à la sexualité reste un sujet particulièrement controversé, malgré des preuves solides démontrant qu'elle retarde le début de la vie sexuelle,

réduit les comportements sexuels à risque ainsi que les grossesses non désirées, et favorise des attitudes fondées sur l'égalité des sexes, sans pour autant encourager l'activité sexuelle.¹⁶⁻¹⁷ Priver les jeunes d'informations fiables ne préserve ni leur innocence ni ne les empêche d'avoir une activité sexuelle ; cela accroît au contraire leur vulnérabilité face à l'exploitation, à la désinformation, aux avortements à risque, à l'infection par le VIH et aux violences fondées sur le genre.

Un autre domaine où la mise en œuvre reste insuffisante concerne les droits en matière de reproduction. Le Programme d'action de la CIPD mettait l'accent sur le choix éclairé, la prise de décision volontaire, l'absence de discrimination et le respect de la dignité individuelle. Pourtant, de nombreuses femmes à travers l'Afrique continuent de voir leur autonomie reproductive limitée en raison du mariage des enfants, de la violence du partenaire intime et des inégalités des relations entre les genres, la dépendance économique, les lois restrictives et l'accès insuffisant à des soins de santé de qualité. Les droits existent sur le papier mais sont souvent difficiles à exercer dans la pratique.

Ces lacunes ont des répercussions importantes sur le développement durable. La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation (SDSR) ne constituent pas des interventions sanitaires isolées ; ils représentent des investissements fondamentaux dans le capital humain. Ils influent directement sur le niveau d'instruction, la participation au marché du travail, l'égalité des sexes, la réduction de la pauvreté, la transition démographique, la productivité économique et la stabilité sociale. Les pays qui investissent de manière globale dans la SDSR favorisent l'émergence de populations en meilleure santé, d'une main-d'œuvre plus productive et d'institutions plus solides, capables de soutenir un développement inclusif.

Les Objectifs de développement durable (ODD) reconnaissent explicitement ces interconnexions. L'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux droits en matière de procréation est inscrit dans les ODD 3 et 5. Toutefois, les progrès vers ces objectifs ne peuvent reposer uniquement sur les services de contraception. Une approche globale de la SDSR exige des systèmes de santé intégrés répondant à l'ensemble des besoins en matière de procréation tout au long de la vie.

Le financement demeure l'un des obstacles majeurs. Bien que les bailleurs de fonds extérieurs continuent de soutenir les programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH, le financement national consacré à une SDSR globale reste insuffisant dans de nombreux pays africains. Les budgets nationaux de la santé prévoient rarement des fonds spécifiques pour les services liés à l'infertilité, les programmes de santé sexuelle pour les adolescents, l'éducation complète

à la sexualité, la prévention de la violence fondée sur le genre, le conseil en matière de sexualité ou la défense des droits reproductifs. Lorsque ces services existent, ils dépendent souvent de projets pilotes financés par des bailleurs de fonds, dont la pérennité est limitée.

Les gouvernements africains doivent donc dépasser le stade des engagements de principe pour passer à des investissements mesurables. Des lignes budgétaires spécifiques à une SDSR globale devraient être intégrées dans les cadres nationaux de financement de la santé. Les gouvernements devraient accroître progressivement le financement national tout en réduisant leur dépendance à l'égard des bailleurs de fonds extérieurs. L'allocation des ressources devrait refléter toute l'ampleur du Programme d'action de la CIPD, plutôt que de privilégier de manière disproportionnée certaines interventions spécifiques.

La réforme des politiques revêt également une importance capitale. Les politiques nationales de santé reproductive doivent être réexaminées périodiquement afin de garantir leur adéquation avec les données probantes actuelles et les normes relatives aux droits humains. Les lois restreignant l'accès des adolescents à des services confidentiels devraient être réévaluées. Les directives nationales devraient intégrer explicitement la prévention et la prise en charge de l'infertilité, le conseil en matière de sexualité, la santé reproductive masculine, l'éducation complète à la sexualité et les services de lutte contre la violence fondée sur le genre. Les cadres de suivi doivent inclure des indicateurs mesurant les droits en matière de reproduction, la qualité des services, la satisfaction des usagers, l'équité et l'autonomie corporelle, parallèlement aux indicateurs classiques de planification familiale.

Les institutions régionales ont également d'importantes responsabilités. L'Union africaine, les communautés économiques régionales, les associations professionnelles, les universités et les organisations de la société civile doivent promouvoir collectivement la mise en œuvre du programme d'action de la CIPD. L'Agenda 2063 de l'Union africaine envisage déjà une Afrique saine, prospère et inclusive. Une approche globale de la santé et des droits en matière de reproduction (SDSR) doit être reconnue comme indispensable à la réalisation de cette vision.

La communauté scientifique joue elle aussi un rôle crucial. Les chercheurs africains ont produit des données probantes substantielles sur la mortalité maternelle, le VIH et la contraception. Un investissement comparable est désormais nécessaire dans des domaines négligés tels que l'infertilité, le bien-être sexuel, les droits en matière de reproduction, les normes de genre, l'implication des hommes, le vieillissement et la santé reproductive, ainsi que le financement de la SDSR. Des données plus solides

permettront aux décideurs de concevoir des interventions reflétant les réalités africaines tout en répondant aux transitions démographiques et épidémiologiques émergentes.

Les partenaires au développement doivent également revoir leurs priorités de financement. Le soutien continu à la planification familiale reste essentiel, mais les investissements doivent être plus équilibrés. Les mécanismes de financement devraient encourager une programmation intégrée plutôt que des projets fragmentés ciblant des maladies ou des interventions spécifiques. Les bailleurs de fonds doivent soutenir l'appropriation nationale, le renforcement des systèmes de santé et les capacités institutionnelles à long terme pour assurer une SDSR complète.

Le programme inachevé de la CIPD représente pour l'Afrique à la fois un défi et une opportunité sans précédent. Trente ans après la conférence du Caire, le continent dispose d'institutions plus solides, de professionnels de santé mieux formés, de capacités de recherche améliorées, de technologies numériques en plein essor et d'une génération dynamique de jeunes leaders capables de susciter des changements transformateurs. Ce qu'il faut désormais, c'est le courage politique de mettre en œuvre le programme d'action de la CIPD dans son intégralité, plutôt que de manière sélective.

Le moment est venu pour les gouvernements africains de se réapproprier la vision initiale du Caire. La santé reproductive ne doit plus se limiter à la seule contraception. Elle doit englober la sexualité, les droits en matière de reproduction, l'infertilité, la santé sexuelle et reproductive des adolescents ainsi que les questions de genre l'égalité, l'engagement des hommes, des soins respectueux, l'autonomie corporelle, la prévention de la violence et l'accès universel à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité tout au long de la vie. Les gouvernements doivent traduire ces engagements en législations nationales, en programmes dotés de financements adéquats, en mécanismes de responsabilisation solides et en résultats mesurables.

Les retombées de tels investissements vont bien au-delà de la santé. Ils renforcent les familles, autonomisent les femmes et les filles, impliquent les hommes en tant que partenaires égaux, améliorent le niveau d'éducation, stimulent la productivité économique, réduisent la pauvreté, promeuvent la justice sociale et accélèrent les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable.

L'Afrique ne peut parvenir à un avenir durable tout en négligeant des composantes essentielles de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. La promesse faite au Caire il y a trente ans n'a pas encore été pleinement tenue. Il est temps pour les gouvernements africains, les partenaires au

développement, les chercheurs, les associations professionnelles, la société civile et les communautés de renouveler leur engagement à mettre en œuvre l'intégralité du Programme d'action de la CIPD, soutenu par un financement national adéquat et une gouvernance responsable. Ce n'est qu'en s'attaquant à toutes les composantes de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation que l'Afrique pourra libérer tout le potentiel de sa population et concrétiser l'avenir prospère, équitable et durable envisagé par l'Agenda 2063 et les Objectifs de développement durable.....

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. New York : Nations Unies ; 1995.
2. Organisation mondiale de la Santé. Santé et droits sexuels et reproductifs. 2026. Consulté le 4 mars 2026. <https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
3. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Fiche d'information sur la santé sexuelle et reproductive dans la Région africaine de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé ; 2020. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-06/Sexual%20and%20reproductive%20health-%20Fact%20sheet%2028-05-2020.pdf>
4. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. La santé sexuelle et reproductive dans la Région africaine en 2024 : une synthèse. 2025. https://files.who.int/afrohobckpcontainer/producton/files/Sexual_and_Reproductive_Health_Analytical_Brief_2025.pdf
5. El Ansari W, El-Ansari K, Arafa M. Briser le silence – revue systématique des fondements socioculturels de la santé sexuelle et reproductive des hommes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA) : quelques tabous ? Arab Journal of Urology. 2025;23(1):16-32. doi:10.1080/20905998.2024.2387511
6. Sidamo NB, Kerbo AA, Gidebo KD, Wado YD. Analyse socio-écologique des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents en Afrique subsaharienne : une revue systématique qualitative. Open Access Journal of Contraception. 2023;14(null):103-118. doi:10.2147/OAJC.S411924
7. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Rapport sur l'état de la population mondiale 2025. New York : UNFPA.
8. Ekpor E, Brobbey SS, Kumah CY, Akyirem S. Expérience de la stigmatisation liée à l'infertilité en Afrique : une revue systématique et une méta-synthèse à méthodes mixtes. Int Health. 2025;17(6):903-913. doi:10.1093/inthealth/ihaf060
9. Roomaney R, Salie M, Jenkins D, et al. Une revue exploratoire des aspects psychosociaux de l'infertilité dans les pays africains. Reprod Health. 2024;21(1):123. doi:10.1186/s12978-024-01858-2
10. Archetti C. L'infertilité comme traumatisme : comprendre le vécu de l'absence involontaire d'enfant. Cult Med Psychiatry. 2024;48(4):940-960. doi:10.1007/s11013-024-09871-7
11. Sánchez SI, Jones HR, Bogen KW, Lorenz TK. Obstacles rencontrés par les jeunes adultes pour aborder leur sexualité avec leurs parents et les professionnels de santé : une étude à méthodes mixtes. American Journal of Orthopsychiatry. 2023;93(4):335-349. doi:10.1037/ort0000677
12. Okpalaku CJ, Ogubuike C. Exploration des obstacles à la communication entre parents et adolescents sur les risques sexuels à Port Harcourt, au Nigeria : points de vue des adolescents et des parents. PLOS Global Public Health. 2025;5(1):e0003148. doi:10.1371/journal.pgph.0003148
13. Division de la population du DAES de l'ONU. Perspectives de la population mondiale 2024, édition en ligne. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population ; 2024.
14. Nations Unies. Le potentiel des jeunes, clé du développement durable de l'Afrique. <https://www.un.org/ohrlls/news/young-people%E2%80%99s-potential-key-africa%E2%80%99s-sustainable-development>
15. Amanu A, Birhanu Z, Godesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: evidence synthesis and implications. Global health action. 2023;16(1):2279841.
16. Torres-Cortés B, Leiva L, Canenguez K, Olhaberry M, Méndez E. Shared Components of Worldwide Successful Sexuality Education Interventions for Adolescents: A Systematic Review of Randomized Trials. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(5):4170. doi:10.3390/ijerph20054170
17. Rodríguez-García A, Botello-Hermosa A, Borrillo-Riego Á, Guerra-Martín MD. Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education to Reduce Risk Sexual Behaviours Among Adolescents: A Systematic Review. Sexes. 2025;6(1):6. doi:10.3390/sexes6010006
18. Tazinya RMA, Hajjar JM, Yaya S. Strengthening integrated sexual reproductive health and rights and HIV services programs to achieve sustainable development goals 3 and 5 in Africa. Reprod Health. 2022;19(1):223. doi:10.1186/s12978-022-01535-2.